

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**

**ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ELENA LOMBA DE OLIVEIRA**

**DISTRESSE MORAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA  
ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA ÉTICA DO CUIDADO**

Curitiba

2024

**ELENA LOMBA DE OLIVEIRA**

**DISTRESSE MORAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA  
ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA ÉTICA DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Corradi Perini

Co-orientador: Prof. Dr. Murilo Karasinski

Curitiba

2024

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O48d<br>2024 | <p>Oliveira, Elena Lomba de</p> <p>Distresse moral de profissionais de enfermagem : uma análise na perspectiva da ética do cuidado / Elena Lomba de Oliveira ; orientadora: Carla Corradi Perini ; coorientador: Murilo Karasinski. – 2024.</p> <p>76 f. : il. ; 30 cm</p> <p>Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2024</p> <p>Bibliografia: 66-67</p> <p>1. Bioética. 2. Angústia psicológica. 3. Cuidados de enfermagem. I. Perini, Carla Corradi. II. Karasinski, Murilo. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. IV. Título.</p> <p>CDD. 20. ed. – 174.9574</p> |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



# PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Escola de Medicina e Ciências da Vida  
Programa de Pós-Graduação em Bioética

## ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADOPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº23/2024

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos

Em Sessão Pública às oito horas do dia seis de dezembro do ano de dois mil e vinte quatro, via Plataforma Zoom link <https://us06web.zoom.us/j/81503324485?pwd=5QR1hrbdMJq1QXKVSRbFF53JEXZY03.1>, realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação “**Distresse moral de profissionais de enfermagem: uma análise na perspectiva da ética do cuidado**” apresentada pela estudante **Elena Lomba de Oliveira** sob orientação da **Professora Doutora Carla Corradi Perini** e coorientação do **Professor Doutor Murilo Karasinski** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Carla Corradi Perini  
**Presidente (PUCPR)**

Documento assinado digitalmente  
**CARLA CORRADI PERINI**  
Data: 06/12/2024 10:06:42-0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

Professor Doutor Anor Sganzerla  
**Membro interno (PUCPR)**

*Anor Sganzerla*

Professora Doutora Mirelle Finkler  
**Membro externo (UFSC)**

Documento assinado digitalmente  
**Mirelle Finkler**  
Data: 06/12/2024 11:12:55-0300  
CPF: \*\*\*.463.199-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://u.ufsc.br>

**Início: 8:00 Término: 9:35**

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado.

A estudante está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Estudante: **Elena Lomba de Oliveira**

Documento assinado digitalmente  
**CAROLINE FILLA ROSANELI**  
Data: 26/01/2025 11:32:52-0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli  
**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Bioética**

**PUCPR**  
GRUPO MARISTA

Rua Imaculada Conceição, 1155 | Prado Velho | Curitiba | Paraná  
Cep 80215 901 | Tel. 41 3271-1555 | [www.pucpr.br](http://www.pucpr.br)

Dedico este trabalho à Elena do  
passado, por ter persistido,  
construído seus sonhos e  
reconhecido seu papel como  
protagonista da própria vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço aos meus pais e irmão, cuja dedicação, amor e apoio incondicional foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Vocês sempre acreditaram em mim e me incentivaram a buscar meus sonhos, oferecendo-me força e inspiração em todos os momentos.

Aos meus amigos, sou imensamente grata pelo carinho, incentivo e paciência. Vocês foram o alicerce que me sustentou nos momentos de incerteza e as vozes de encorajamento que me impulsionaram a continuar. Cada conversa, cada risada e cada palavra de apoio foram vitais para esta conquista.

A Deus, agradeço por me conceder forças nos momentos mais difíceis e por guiar meus passos nesta trajetória. Sua presença constante me trouxe paz, coragem e esperança para seguir em frente, mesmo quando os desafios pareciam insuperáveis.

A todos vocês, meu mais sincero e profundo agradecimento.

No matter who you are, where you're  
from, your skin color, your gender  
identity: speak yourself. Find your  
name and find your voice by  
speaking yourself.  
(Kim Namjoon, 2018)

## RESUMO

**Introdução:** O distresse moral é definido por sentimentos de angústia e instabilidade psicológica que surgem quando os profissionais de enfermagem têm consciência do que é moralmente correto, mas se sentem impossibilitados de agir de acordo com essa convicção. Com isso, evidencia-se a importância de direcionar a atenção para o profissional de enfermagem, questionando: "quem cuidará dos cuidadores?" Essa reflexão ressalta a responsabilidade moral e ética inerente à prática da enfermagem. **Objetivo:** analisar o distresse moral em profissionais de enfermagem na perspectiva da ética do cuidado. Especificamente, busca-se avaliar o distresse moral em profissionais de enfermagem e identificar os fatores relacionados ao distresse moral desses profissionais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, abordagem quantitativa com a coleta dos dados a partir da aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) para os profissionais de enfermagem. **Resultados:** Participaram do estudo 96 profissionais de enfermagem do Estado do Paraná, sendo 76% do gênero feminino. Os dados indicam que a intensidade das circunstâncias que geram distresse moral é maior do que a frequência com que estas ocorrem. Observou-se que profissionais do setor administrativo apresentaram pontuações mais altas em distresse moral em comparação com aqueles que atuam em setores críticos, especialmente em relação à frequência dos eventos. A análise das correlações entre os fatores de distresse moral revelou relações significativas, variando em intensidade e frequência. O Fator 2 – Cuidado Seguro e Qualificado – mostrou uma correlação muito forte com a intensidade do Fator 3 – Defesa de Valores e Direitos. Isso sugere que, quanto mais os profissionais percebem a necessidade de garantir um cuidado seguro e qualificado, mais são afetados em sua capacidade de defender seus próprios valores e direitos, tanto em intensidade quanto em frequência. Além disso, as respostas das questões abertas destacaram problemas como assédio moral e abuso hierárquico, sobrecarga de trabalho e falta de autonomia, refletindo as dificuldades enfrentadas por esses profissionais em seu cotidiano. **Considerações finais:** A indagação "quem cuidará dos cuidadores?" emerge como uma reflexão essencial na discussão sobre o distresse moral. Cuidar dos que cuidam é um imperativo ético e prático, demandando a formulação de políticas e práticas institucionais que ofereçam suporte psicológico, emocional e profissional aos enfermeiros. Sob a perspectiva da ética do cuidado, é fundamental reconhecer que a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de enfermagem são responsabilidades que transcendem a esfera individual, requerendo um compromisso coletivo. O cuidado deve ser integral e centrado no ser humano, promovendo um ambiente de trabalho que valorize a dignidade e a autonomia desses profissionais. Um olhar para as vulnerabilidades enfrentadas por estes profissionais e investir no cuidado de quem cuida não apenas melhora a qualidade de vida e o trabalho dos profissionais de enfermagem, mas também contribui para a construção de um sistema de saúde mais humanizado.

**Palavras-chave:** Distresse Moral; Sofrimento Psicológico; Ética do Cuidado; Profissionais de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Moral distress is defined as feelings of anguish and psychological instability that arise when nursing professionals are aware of what is morally right but feel unable to act according to that conviction. This highlights the importance of focusing attention on the nursing professional, posing the question: "who will take care of the caregivers?" This reflection underscores the moral and ethical responsibility inherent in nursing practice. **Objective:** To analyze moral distress in nursing professionals through the lens of ethics of care. Specifically, this study aims to assess the moral distress experienced by nursing professionals and identify the factors related to this distress. **Methodology:** This is a cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach, collecting data through the application of the Brazilian Moral Distress Scale - Nurses (BMDS-N) to nursing professionals. **Results:** The study included 96 nursing professionals from the State of Paraná, 76% of whom were female. The data indicates that the intensity of circumstances causing moral distress is greater than the frequency with which they occur. It was observed that professionals in the administrative sector reported higher levels of moral distress compared to those working in critical care areas, particularly regarding the frequency of events. The analysis of correlations between the factors of moral distress revealed significant relationships, varying in intensity and frequency. Factor 2 – Safe and Qualified Care – showed a very strong correlation with the intensity of Factor 3 – Defense of Values and Rights. This suggests that the more professionals perceive the need to ensure safe and qualified care, the more they are affected in their ability to defend their own values and rights, both in terms of intensity and frequency. Furthermore, responses to open-ended questions highlighted issues such as moral harassment and hierarchical abuse, workload overload, and lack of autonomy, reflecting the difficulties these professionals face in their daily lives. **Final Considerations:** The question "who will take care of the caregivers?" emerges as an essential reflection in the discussion of moral distress. Caring for those who care is an ethical and practical imperative that demands the formulation of policies and institutional practices providing psychological, emotional, and professional support to nurses. From the perspective of the bioethics of care, it is crucial to recognize that the mental health and well-being of nursing professionals are responsibilities that transcend the individual sphere, requiring a collective commitment. Care should be comprehensive and human-centered, fostering a work environment that values the dignity and autonomy of these professionals. Addressing the vulnerabilities faced by these professionals and investing in caring for those who care not only improves the quality of life and work of nursing professionals but also contributes to the construction of a more humane health system.

**Key-words:** Moral Distress; Psychological Suffering; Ethics of Care; Nursing Professionals.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Orientações fornecidas aos participantes para o preenchimento da Escala Brasileira de Distresse Moral ..... | 31 |
| Gráfico 1 - Intenção anterior de abandono de trabalho .....                                                            | 45 |
| Gráfico 2 - Intenção atual de abandono de trabalho .....                                                               | 45 |
| Gráfico 3 - Comparação de intenção de abandono de posição de trabalho em decorrência do DM .....                       | 44 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Dados descritivos da caracterização dos participantes.....                                                                                    | 35 |
| Tabela 2 - Frequência e intensidade dos itens da EDME-Br relacionados ao distresse moral de profissionais de enfermagem, distribuídos em seis fatores.37 |    |
| Tabela 3 - Estatística descritiva da frequência e intensidade de distresse moral conforme fatores. ....                                                  | 39 |
| Tabela 4 - Comparação das pontuações dos fatores de distresse moral entre os gêneros feminino e masculino.....                                           | 39 |
| Tabela 5 - Comparação das pontuações dos fatores de distresse moral entre profissionais de diferentes setores de atuação .....                           | 40 |
| Tabela 6 - Correlação entre os fatores da escala.....                                                                                                    | 43 |

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |                                                      |
|---------|------------------------------------------------------|
| ABNT    | Associação Brasileira de Normas Técnicas             |
| BMDS-N  | Brazilian Moral Distress Scale - Nurses              |
| comp.   | Compilador                                           |
| coord.  | Coordenador                                          |
| DM      | Distresse Moral                                      |
| ed.     | Edição                                               |
| Ed.     | Editor                                               |
| EDME-Br | –Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros |
| EPIs    | Equipamentos de Proteção Individual                  |
| f.      | Folha                                                |
| ISBN    | <i>International Standard Book Number</i>            |
| p.      | Página                                               |
| PUCPR   | Pontifícia Universidade Católica do Paraná           |
| SIBI    | Sistema Integrado de Bibliotecas                     |
| trad.   | Tradutor                                             |

## SUMÁRIO

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                             | <b>15</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                     | <b>18</b> |
| 2.1 DISTRESSE MORAL NA ENFERMAGEM.....                                | 18        |
| 2.2 A ÉTICA DO CUIDADO COMO ENFRENTAMENTO AO DISTRESSE<br>MORAL ..... | 21        |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>                                            | <b>28</b> |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA.....                                             | 28        |
| 3.2 PARTICIPANTES.....                                                | 29        |
| 3.2.1 Critérios de inclusão .....                                     | 30        |
| 3.2.2 Critérios de exclusão .....                                     | 30        |
| 3.3 COLETA DOS DADOS.....                                             | 30        |
| 3.4 ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL .....                        | 32        |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>                                              | <b>35</b> |
| <b>5 DISCUSSÃO .....</b>                                              | <b>49</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                   | <b>59</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                               | <b>64</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                   | <b>66</b> |
| ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....                          | 66        |
| ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....             | 69        |
| ANEXO 3: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....                          | 71        |

## **APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O TEMA DE PESQUISA**

Sou enfermeira, formada em 2020, tendo como principal cenário de aprendizado prático a pandemia de COVID-19. Logo após a graduação, iniciei minha atuação profissional em um hospital de trauma, onde vivenciei, na prática, situações que antes eram apenas conceitos abordados em sala de aula. Foi também nesse momento que percebi o quão limitado havia sido o contato com a bioética durante a minha formação.

Apesar da oportunidade de ingressar diretamente no mestrado ao concluir a graduação, optei por me dedicar, primeiro, à construção da profissional que eu desejava ser. Esse caminho não foi simples. Com o passar dos anos, uma questão começou a me inquietar cada vez mais: “Quem cuida dos cuidadores?”

No meu trabalho de conclusão de curso da graduação, explorei a empatia e a hospitalidade na prática de enfermagem, acreditando que esses eram pilares essenciais para um cuidado humanizado e seguro. No entanto, ao mergulhar no cotidiano da profissão, me vi confrontada com uma realidade mais complexa: como exigir humanização e qualidade no cuidado se, muitas vezes, sequer há recursos básicos para executar um procedimento? Como suportar ver pacientes morrendo diante de mim sem poder fazer nada? Compreendi que minha frustração não se limitava à falta de insumos ou à sobrecarga de trabalho, mas também ao sofrimento moral imposto pela necessidade de lidar, diariamente, com dilemas para os quais eu não tinha ferramentas adequadas.

Diante desse cenário, decidi que meu mestrado seria em Bioética. Busquei compreender de forma mais profunda o distresse moral que eu e tantos outros profissionais vivenciávamos, para que, a partir desse conhecimento, pudesse contribuir na construção de estratégias que auxiliem enfermeiros tanto na formação quanto na prática profissional.

O mestrado me proporcionou uma base sólida para refletir e abordar questões éticas, valores e gestão de conflitos, além de aprofundar minha compreensão sobre o impacto do distresse moral na enfermagem. Essa jornada acadêmica não apenas me permitiu enfrentar meus próprios desafios, mas também me motivou a buscar formas concretas de apoiar outros profissionais, tanto aos em processo de formação, como aos que já exercem sua prática.

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde caracteriza-se por sua complexidade, demandando atuação em equipes multi e interprofissionais. Dentro desse contexto, a equipe de enfermagem, composta por auxiliares, técnicos(as) e enfermeiros(as), que desempenham um papel essencial na assistência aos pacientes. Embora o distresse moral seja um fenômeno que pode afetar diversas profissões da saúde, a enfermagem tem se destacado como pioneira no estudo desse tema, dada a relevância e a frequência com que seus profissionais enfrentam dilemas éticos e situações desafiadoras em sua prática cotidiana.

Profissionais de enfermagem se caracterizam por serem solucionadores de problemas e inovadores, ao usar de suas habilidades para resolver problemas em seus centros de atuação, sejam eles assistenciais, de gestão ou educação. Porém, o constante desafio de manter os recursos necessários a fim de fornecer cuidados de enfermagem seguros e de alta qualidade pode contribuir para o sofrimento moral (Cacchione, 2020).

A definição do distresse moral (DM), ou sofrimento moral, pode ser caracterizado por sentimentos de angústia e a instabilidade psicológica precipitados quando profissionais sabem moralmente o que fazer e não conseguem realizar a ação. Isso pode ser consequência de conflitos hierárquicos e barreiras institucionais que obstruem a capacidade destes de fazerem o que consideram moralmente correto (Jameton, 1984). Segundo Corley (2002), trata-se de um desequilíbrio psicológico, estado de sentimento negativo e sofrimento vivenciado quando profissionais de enfermagem tomam uma decisão moral e, então, sentem que não podem prosseguir com a ação escolhida devido a diferentes barreiras

Indubitavelmente, o sofrimento psicológico é uma das condições necessárias para o DM, mas não é suficiente ou apenas esse fato como discriminatório. Uma pessoa pode experimentar angústia psicológica ligada a eventos da vida, mas para ser adequadamente rotulada como DM, se mostra imperativo que a angústia esteja diretamente relacionada a um 'evento moral'. Sendo assim, tornaria a combinação de uma experiência de um evento moral com a experiência de 'sofrimento psicológico' e uma relação causal direta entre

ambas, tornando as condições necessárias e suficientes para DM (Morley, 2018).

Segundo Riedel et al. (2022) há três tipos de estressores morais. O primeiro refere-se ao nível do paciente, podendo ser exemplificado por cuidados inadequados realizados a eles. Outro estressor moral se relaciona ao interpessoal que representa conflitos entre equipe, falta de competência profissional e coleguismo. E, por fim, os estressores organizacionais aparecem geralmente na falta de recursos, tempo e equipe estruturada (Ahokas; Hemberg, 2022).

A forma de lidar com as demandas e pressões do trabalho, tendo que tomar decisões com base em critérios que estão além do seu controle, faz com que o profissional de enfermagem perceba que não recebe apoio suficiente de seus supervisores e colegas de trabalho (Koppmann, et al. 2021). Tanto a falta de posicionamento por parte da instituição, como a escassez de recursos podem acarretar o agravamento do DM, implicando na insegurança referente à possibilidade de falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), profissionais, recursos materiais e insumos, bem como o risco de contaminação constantes (Luz, et al., 2020) como foi desvelado na pandemia de COVID-19.

Os efeitos insalubres do DM, com correlações entre níveis mais altos de DM oferecem percepções negativas do clima ético e níveis aumentados de fadiga entre enfermeiros (Epstein; Delgado, 2010). A presença de obstáculos como a disponibilidade inadequada de recursos pode fazer com que esses profissionais sejam incapazes de seguir o que acreditam ser um curso de ação mais adequado que evite causar danos à pessoa foco de sua assistência. Dessa forma, o DM pode impactar negativamente no cuidado ao paciente, uma vez que faz com que os profissionais de enfermagem evitem determinadas situações clínicas e, possam optar por abandonar a profissão (Morley, 2018).

Um aspecto fundamental a ser destacado é a importância e a necessidade de direcionar a atenção para o profissional de enfermagem - afinal, quem cuidará dos cuidadores? Essa reflexão não apenas enfatiza a responsabilidade moral e ética inerente à prática de enfermagem, mas também sublinha a urgência de

fornecer apoio e proteção aos profissionais que enfrentam desafios significativos diariamente.

Essa preocupação não é apenas relevante para a comunidade acadêmica, mas também para a sociedade em geral. O bem-estar dos profissionais de enfermagem não só afeta a qualidade dos cuidados prestados, mas também possui um impacto direto na saúde pública e na confiança da população nos serviços de saúde. Portanto, entender o distresse moral e suas implicações é fundamental não apenas para o profissional, mas também para a sociedade como um todo.

Conforme o exposto, os profissionais de enfermagem enfrentam diversas situações difíceis relacionadas aos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais entre colegas e na relação profissional-usuário, estando assim mais suscetíveis ao DM em seu processo de trabalho. Portanto, esta dissertação busca responder à seguinte pergunta-problema: quais os fatores relacionados ao distresse moral de profissionais de enfermagem? Como hipótese, tem-se que o distresse moral está relacionado principalmente à falta de recursos adequados para fornecer cuidados de qualidade aos pacientes. Recursos englobam equipamentos, insumos, medicamentos ou pessoal, sendo o distresse moral devido ao conflito entre seus valores éticos e a realidade das limitações desses recursos.

Esta dissertação se propõe a aprofundar a compreensão do distresse moral experimentado por profissionais de enfermagem, enraizando-se na estrutura conceitual da bioética. Explorando as causas subjacentes e os impactos psicossociais desse fenômeno, pretendendo lançar luz sobre a complexidade das decisões éticas enfrentadas por esses profissionais no curso de suas atividades diárias.

Assim, tem como objetivo geral analisar o distresse moral em profissionais de enfermagem na perspectiva da ética do cuidado. Especificamente, busca-se avaliar o distresse moral em profissionais de enfermagem e identificar os fatores relacionados ao distresse moral desses profissionais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DISTRESSE MORAL NA ENFERMAGEM

Andrew Jameton (1984) introduz o conceito de distresse moral (DM) no campo da saúde, definindo como o sofrimento experimentado por profissionais de saúde que reconhecem a ação eticamente correta, mas são impedidos de realizá-la devido a barreiras institucionais, como hierarquias rígidas, restrições de recursos ou políticas organizacionais.

O DM é um fenômeno que ocorre quando indivíduos, muitas vezes profissionais de áreas como saúde, educação e serviços sociais, enfrentam situações em que seus princípios éticos e valores pessoais entram em conflito com as demandas de suas responsabilidades profissionais ou as normas sociais vigentes. Esse conflito entre o que uma pessoa acredita ser correto e as ações que ela é obrigada a realizar pode levar a uma intensa angústia emocional e psicológica, ou seja, um desafio que surge quando o profissional possui um julgamento ético ou moral sobre o cuidado que difere daquele dos outros responsáveis, em contraste com um dilema, que é mais preocupado com conflitos éticos entre os objetivos e princípios mais amplos e abstratos do cuidado (Jameton, 1984).

Por outro lado, em sua publicação de 2013, Jameton revisita o conceito de distresse moral, originalmente introduzido em 1984, e oferece uma análise mais abrangente e contextualizada à luz das transformações no campo da saúde. Assim, amplia a definição ao considerar como o distresse moral é influenciado por dinâmicas sociais, econômicas e tecnológicas, ressaltando que mudanças nos sistemas de saúde, como a crescente mercantilização e a complexidade organizacional, intensificaram os dilemas éticos enfrentados pelos profissionais (Jameton, 2013).

Além disso, destaca em sua revisão a necessidade de abordar o impacto cumulativo do distresse moral, que pode levar a exaustão emocional, perda de comprometimento com o trabalho e até abandono da profissão. Jameton chama atenção para os desafios contemporâneos, como a pressão por produtividade, a falta de autonomia e as demandas crescentes em um contexto de recursos

limitados (Jameton, 2013). A partir disto, é possível destacar que o distresse moral não é apenas uma questão individual, mas também um problema sistêmico que exige estratégias coletivas para promover ambientes éticos e sustentáveis. Essa abordagem renovada reforça a importância de criar políticas organizacionais e culturais que mitiguem as barreiras ao comportamento ético e preservem a integridade moral dos profissionais.

De tal modo, o DM não é apenas uma experiência interna, mas também uma situação socialmente complexa que pode surgir em contextos profissionais, institucionais e nas interações diárias ao considerar as relações interpessoais. Por ser um fenômeno complexo e intrincado, o DM tem sido um tema de interesse crescente na área da enfermagem. Dilemas éticos podem surgir quando os valores pessoais dos profissionais entram em conflito com as demandas da prática clínica, levando a um desconforto emocional e psicológico que é conhecido como distresse moral (Morley, 2018).

Jameton (1984) descreveu duas formas principais de DM. A primeira acontece quando o profissional reconhece a ação correta a ser tomada, mas fatores externos, como políticas institucionais ou hierarquias, impedem a implementação dessa ação. Na segunda forma, o profissional se depara com conflitos de valores interpessoais, onde diferentes opções éticas competem entre si, levando a sentimento de impotência e conflito interno. O trabalho de Jameton (1984) chamou a atenção para o impacto emocional e psicológico do DM sobre os profissionais de enfermagem e lançou as bases para discussões subsequentes sobre esse tema.

Lützén et al., (2003) expandiram essa compreensão, destacando que o distresse moral não é apenas uma batalha entre valores pessoais e profissionais, mas também um conflito entre os deveres éticos e os valores individuais. Os autores argumentaram que o ambiente de trabalho e a cultura institucional podem exacerbar o DM, principalmente quando as diretrizes organizacionais não estão alinhadas com os princípios éticos dos profissionais. Lützén et al., (2003) ressaltam a importância de criar um ambiente que promova discussões abertas sobre dilemas éticos e que ofereça apoio emocional para enfrentar essas questões complexas.

Gallagher (2011), também contribuiu para o entendimento do DM na enfermagem. Ela ressaltou que o impacto do distresse moral não se limita ao indivíduo, afetando a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Gallagher (2011) e Defilippis et al. (2019) argumentam que a angústia emocional, decorrente de conflitos bioéticos, como por exemplo a decisão de suspender tratamentos de suporte vital em pacientes terminais ou a sobrecarga de trabalho atrelada à necessidade de realocação de recursos, pode comprometer a tomada de decisões clínicas e a relação com os pacientes.

Por outro lado, ao considerar Wilkinson (1987), que argumenta que a ênfase exagerada no distresse moral pode obscurecer outros fatores importantes que afetam a prática ética dos profissionais de saúde, é possível entender a questão levantada pela autora de que, ao enfatizar a angústia pessoal, pode-se negligenciar a análise das estruturas institucionais e das políticas organizacionais que podem contribuir para conflitos bioéticos. Wilkinson (1987) resalta que, muitas vezes, a responsabilidade não recai apenas sobre os indivíduos, mas também sobre as organizações em que trabalham.

Tendo tais argumentos em consideração, Trautmann *et al.* (2015), por sua vez, permeiam no âmbito de estratégias para enfrentar o DM na enfermagem, enfatizando a importância da consulta ética, encorajando os profissionais a buscar orientação e apoio de colegas, supervisores e comitês de ética. Através do compartilhamento de perspectivas e da reflexão conjunta, os enfermeiros podem encontrar maneiras de abordar os conflitos bioéticos de maneira mais adequada e equilibrada. Também, define-se como relevante criar um ambiente que encoraje a comunicação aberta e o apoio mútuo, a fim de mitigar os impactos negativos do distresse moral (Trautmann *et al.*, 2015).

Ao abordar o DM na enfermagem, é fundamental considerar a diversidade de perspectivas e abordagens existentes, principalmente devido à vulnerabilidade inerente aos profissionais que vivenciam dilemas bioéticos em suas práticas diárias, compondo desta dissertação a identificação de tais dilemas e sua influência no DM de profissionais de enfermagem, bem como o seu enfrentamento mediante à ética do cuidado.

Incorporar as críticas e desafios apresentados pelos autores referenciais permite um exame mais profundo não somente de tais vulnerabilidades e dilemas que permeiam a prática profissional, mas também dos fatores que podem estar associados, oferecendo uma compreensão mais abrangente das complexidades enfrentadas. Esse processo não só enriquece o debate, mas também fortalece a capacidade de desenvolver estratégias de enfrentamento e intervenções que sejam verdadeiramente sensíveis e eficazes, contribuindo para um ambiente de trabalho mais ético e seguro para os profissionais de enfermagem

## 2.2 A ÉTICA DO CUIDADO COMO ENFRENTAMENTO AO DISTRESSE MORAL

Na área da Bioética, pode-se destacar diversos autores que contribuem para definições de cursos de ação para uma tomada de decisão, como por exemplo Figueiredo (2011) com a Ênfase na Ética e Integridade Profissional que enfatiza a importância de cultivar uma sólida base ética e manter a integridade profissional ou, priorizar o bem-estar do paciente sobre considerações financeiras e tomar decisões com base em princípios éticos, mesmo quando confrontado com pressões externas. Ou também, Blackburn (1982) com a Ética da Virtude que enfatiza a importância do desenvolvimento de virtudes morais nos profissionais de saúde, implicando cultivar traços de caráter, como empatia, compaixão e coragem moral, que os ajudarão a tomar decisões éticas em situações desafiadoras.

Cada abordagem trata de diferentes aspectos da bioética clínica e pode ser adaptada às circunstâncias específicas enfrentadas pelos profissionais de saúde. Por outro lado, as motivações éticas para o cuidado possuem um grau de importância no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Dessa forma, o presente estudo busca por meio da Ética do Cuidado como base teórica, evidenciar o enfrentamento do DM em profissionais de enfermagem, pois essa abordagem enfatiza a importância das relações, da empatia e da responsabilidade mútua. Ao valorizar o cuidado como um princípio central, a Ética do Cuidado oferece uma perspectiva humanizada e

contextualizada das experiências dos profissionais de enfermagem, permitindo compreender de forma mais profunda os desafios éticos que enfrentam.

Além disso, este estudo também se baseia em autores que abordam os dilemas éticos específicos da prática em enfermagem, alinhando suas perspectivas à ética do cuidado, visando identificar estratégias que contribuam positivamente para o enfrentamento do DM entre os profissionais de enfermagem. Essa abordagem possibilita a construção de estratégias de apoio e intervenção que levem em conta as necessidades reais dos indivíduos e do coletivo, promovendo um ambiente mais acolhedor e ético na prática profissional.

Noddings (2013), filósofa da educação e uma das principais teóricas do cuidado, traz a importância das motivações éticas para o cuidado, destacando que o cuidado genuíno é motivado por um compromisso emocional e relacional com o bem-estar dos outros. A autora argumenta que o cuidado autêntico não é apenas uma ação, mas uma expressão de carinho, preocupação e responsabilidade moral em relação aos outros.

Para Noddings (2013), as motivações éticas são fundamentais para que o cuidado seja verdadeiramente significativo, pois elas afetam diretamente a qualidade e a profundidade das interações entre o cuidador e quem recebe o cuidado. A autora contrapõe essa perspectiva à 'ética da justiça', que é baseada em princípios e regras universais, argumentando que a ética do cuidado, ao contrário, valoriza as relações interpessoais e a preocupação genuína pelo bem-estar do outro. Essa distinção ressalta que, enquanto a ética da justiça foca em imparcialidade e igualdade, a ética do cuidado privilegia a conexão emocional e a responsabilidade individual em contextos específicos.

Já para Gilligan (2018), outra teórica que aborda as motivações éticas no contexto do cuidado conhecida por seu trabalho sobre a "ética do cuidado" e como as diferenças de gênero podem influenciar as percepções morais. Gilligan (2018) argumenta que as motivações éticas, como a empatia e a responsabilidade pelo bem-estar dos outros, desempenham um papel crucial na tomada de decisões.

Gilligan (2018), sugere que as motivações éticas podem ser especialmente relevantes em situações em que os princípios éticos entram em conflito. Ela observa que, em tais situações, as pessoas podem ser guiadas por um desejo de manter relacionamentos positivos e cuidar dos outros, mesmo que isso signifique desviar-se dos princípios tradicionais, como a imparcialidade e a aplicação de regras ou deveres universais.

A importância das motivações éticas no cuidado é debatida dentro do contexto da bioética clínica e da relação profissional-paciente, pois as motivações genuínas e compassivas para o cuidado podem levar a uma experiência mais significativa e satisfatória tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Além disso, a consideração das motivações éticas pode influenciar as decisões clínicas e promover a empatia, a compaixão e a sensibilidade às necessidades individuais dos pacientes (Gilligan, 2018).

Quando os profissionais de saúde se deparam com dilemas éticos e situações que entram em conflito com suas motivações éticas de cuidado, isso pode resultar em distresse moral (Wood *et al.*, 2022). A abordagem ética do cuidado, coloca uma ênfase significativa nas motivações éticas e emocionais no cuidado de enfermagem. Para profissionais que adotam essa perspectiva em sua prática assistencial ou gerencial, o ato de cuidar é motivado por um compromisso genuíno com o bem-estar do paciente, estabelecendo uma conexão emocional e relacional. Isso significa que os profissionais de enfermagem considerariam não apenas os aspectos clínicos da assistência, mas também as necessidades emocionais, psicológicas e sociais do paciente.

As motivações éticas para o cuidado são fundamentais, e os profissionais de enfermagem devem compreender que além de estabelecer relações de confiança e empatia com os pacientes, também precisam reconhecer a importância de cuidar de sua própria saúde e bem-estar (Gilligan, 2018). Devem perceber a necessidade de priorizar não apenas a qualidade das interações humanas com os pacientes, mas a necessidade de garantir que estejam fisicamente e emocionalmente saudáveis para exercer de forma humanizada e qualificada sua assistência. Essa abordagem não apenas fortalece a base ética da profissão, mas também promove um ambiente de cuidado mais compassivo

e holístico, onde tanto o paciente quanto o profissional são considerados na proteção do cuidado (Trautmann *et al.*, 2015).

Ao considerar o cuidado, Joan Tronto, em "*Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*" (1993) e "*Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*" (2013), desenvolve uma abordagem que articula a ética do cuidado com a justiça, propondo uma visão ampliada sobre o papel das instituições e da sociedade na prática do cuidado. Tronto argumenta que o cuidado não é apenas uma prática interpessoal, mas uma responsabilidade coletiva e política, essencial para a manutenção de uma sociedade justa e equilibrada. No contexto do DM, permite compreender como falhas institucionais e estruturais afetam a capacidade dos profissionais de enfermagem de exercerem seu papel ético e humano.

Para Tronto (1993), a ausência de suporte adequado e o desrespeito às necessidades dos cuidadores são reflexos de um sistema que prioriza demandas operacionais em detrimento das relações de cuidado. A teoria de Tronto (2013) destaca quatro fases do cuidado — "*caring about*" (preocupação com o outro), "*taking care of*" (assumir a responsabilidade pelo cuidado), "*care giving*" (a realização do cuidado) e "*care receiving*" (a resposta do cuidado recebido) — e afirma que essas etapas precisam estar alinhadas para que o cuidado seja efetivo. No entanto, no ambiente de trabalho da enfermagem, barreiras institucionais, como a sobrecarga de tarefas, a escassez de recursos e a falta de reconhecimento, interrompem essas fases, dificultando a prestação de um cuidado completo e recíproco.

Tronto (1993) também aborda a dimensão de justiça ao enfatizar que instituições e políticas públicas têm o dever de criar condições que sustentem o cuidado como um valor central, garantindo equidade tanto para quem presta quanto para quem recebe o cuidado. A desconexão entre essas dimensões aprofunda o DM, pois os profissionais sentem que não conseguem atender às suas obrigações éticas devido às limitações impostas pelo sistema. Dessa forma, ao integrar o cuidado à justiça, a responsabilidade pelo cuidado não pode ser delegada apenas aos indivíduos, mas deve ser assumida coletivamente por instituições e pela sociedade (Tronto, 2013).

No caso da enfermagem, isso implica reconhecer o papel desses profissionais na estrutura de saúde e implementar políticas que garantam condições de trabalho dignas, suporte emocional e valorização do cuidado, sendo essencial para enfrentar o DM, pois permite que as instituições adotem medidas concretas que reduzam as situações de conflito ético e criem ambientes onde o cuidado mútuo faça parte do processo de trabalho.

Davis (1992) argumenta que os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, frequentemente experimentam DM quando se encontram em situações em que suas motivações éticas de cuidado colidem com restrições institucionais, pressões financeiras ou protocolos clínicos. Isso pode levar a sentimento de impotência, frustração e angústia, à medida que os profissionais lutam para manter a integridade de suas motivações éticas em face de obstáculos externos.

Para lidar com o DM, é importante para os profissionais de saúde encontrarem maneiras de integrar sua ética do cuidado com os desafios do ambiente de trabalho. Isso pode envolver o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, como a busca de apoio emocional, a reflexão ética com colegas e a defesa por mudanças institucionais que se fundamentem em uma ética do cuidado (Davis, 1992). De tal maneira, a ética do cuidado pode desempenhar um papel significativo na abordagem do DM, a busca por alinhar suas motivações éticas de cuidado com o contexto de trabalho pode ser uma estratégia essencial para lidar com essa angústia moral e, ao mesmo tempo, promover o bem-estar dos profissionais de saúde.

A obra "Antropologia do Cuidar" de Francesc Torralba oferece uma visão profunda sobre a complexidade do cuidado, enfatizando a importância da empatia e do respeito pelos valores individuais no contexto profissional. A ética do cuidado é vista como uma abordagem essencial para enfrentar esses conflitos, promovendo uma prática baseada na compaixão e no respeito mútuo (Torralba, 2009).

Torralba argumenta que o cuidado deve ser compreendido como uma ação integral que envolve o entendimento profundo das necessidades e

circunstâncias do outro. Na prática da enfermagem, isso significa reconhecer e respeitar os valores e crenças pessoais dos pacientes, mesmo quando eles divergem das normas institucionais. Ao adotar uma ética do cuidado, os profissionais podem mitigar o DM, encontrando um equilíbrio entre suas responsabilidades profissionais e suas convicções pessoais, e, assim, proporcionar um cuidado mais humanizado e eficaz (Torralba, 2009).

Galvin (2013), explora a relação entre a ética do cuidado e o bem-estar dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros. Ela destaca como a ética do cuidado deve ser inerente ao trabalho de enfermagem e como as motivações éticas dos enfermeiros podem afetar seu próprio bem-estar emocional (Galvin, 2013).

Um ponto relevante a ser destacado, Rushton (2017), uma enfermeira e bioeticista, desenvolveu o conceito de "*moral resilience*" (resiliência moral) como uma abordagem para lidar com o DM. Ela enfatiza a importância de desenvolver a capacidade de se manter fiel aos valores éticos e morais, mesmo em situações desafiadoras.

A resiliência moral não é uma característica inata, mas pode ser desenvolvida e sustentada por meio de estratégias organizacionais e educacionais. Exemplos dessas estratégias incluem a promoção de uma cultura de suporte ao criar espaços de diálogo e escuta para que os profissionais compartilhem seus conflitos e desafios; a formação em bioética que auxilia os profissionais a lidarem com situações de DM sem comprometer sua saúde mental e; o reconhecimento profissional que valoriza os esforços da equipe de enfermagem, reduzindo o sentimento de desvalorização (Rushton 2017).

Alinhado a isso, Rushton *et al.* (2017) propõe estratégias de resiliência moral, como a reflexão ética, o apoio interpessoal e o fortalecimento de habilidades de comunicação. Além disso, Epstein e Delgado (2010) abordam o DM como uma experiência decorrente de conflitos de valores, enfatizando a importância do autoconhecimento, da criação de espaços de diálogo e do desenvolvimento de práticas de liderança ética para apoiar decisões fundamentadas e alinhadas com os valores pessoais e profissionais.

Assim, a abordagem ética dos profissionais de enfermagem não deve restringir-se ao cuidado direto ao paciente, mas deve abranger também a atenção à própria saúde e bem-estar. Esse cuidado consigo mesmo é indispensável para que o profissional mantenha sua integridade física e emocional, garantindo um cuidado de qualidade. O equilíbrio entre cuidar do outro e de si mesmo, portanto, transcende a dimensão individual e passa a ser um compromisso ético coletivo, essencial para transformar a prática de enfermagem em um espaço verdadeiramente humanizado e igualitário.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritiva, abordagem quantitativa com a coleta dos dados a partir a aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) (Ramos *et al.*, 2019) em formato de formulário online. Para a utilização da EDME-Br obteve -se autorização e orientações de uma das pesquisadoras responsáveis pela elaboração e validação da escala.

Para Creswell (2009) a pesquisa quantitativa é um “meio para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis”. Sampieri, Collado e Lucio (2013) afirmam que a intenção deste enfoque é manter o foco do problema enunciado, sem as múltiplas possibilidades interpretativas como supõe um estudo qualitativo, por esse motivo é utilizado “para consolidar as crenças (formuladas de maneira lógica em uma teoria ou um esquema teórico) e estabelecer com exatidão padrões de comportamento em uma população”.

A metodologia de pesquisa transversal descreve a exposição ao fator ou causa está presente conjuntamente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Uma das principais vantagens dos estudos transversais é a rapidez e a eficiência na coleta de dados, pois não há necessidade de acompanhar os participantes ao longo do tempo. Além disso, esses estudos são úteis para explorar a prevalência de determinadas condições ou características em uma população e o estudo descritivo será utilizado com a intenção de “observar, registrar e descrever” os principais pontos designados a serem estudados da população delimitada (Fontenelles *et al.*, 2009).

O caráter descritivo desta pesquisa está relacionado ao objetivo de analisar o distresse moral em profissionais de enfermagem, o que implica na descrição das características desse fenômeno dentro desse grupo profissional. Além disso, ao buscar avaliar o distresse moral e identificar os fatores a ele relacionados, a pesquisa se alinha à finalidade descritiva de explorar possíveis relações entre variáveis, sem estabelecer relações de causa e efeito (Gil, 2022).

### 3.2 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa são profissionais de enfermagem que atuam tanto na assistência de atenção pública quanto privada do estado do Paraná, que é o local de atuação da pesquisadora. Considerando o universo de profissionais da enfermagem no estado, a amostra foi selecionada por conveniência, uma vez que a coleta de dados será realizada por meio de um formulário online, o que limita a participação aos profissionais que tiverem acesso à pesquisa e se dispuserem a respondê-la.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil possui cerca de 6,6 milhões de profissionais de saúde. Desses, 2.710.143 são da área de enfermagem, entre auxiliares, técnicos e enfermeiros (COFEN, jul 2022). Segundo dados liberados pelo COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), no estado do Paraná há em média 127.818 profissionais de enfermagem no período referente ao início do ano de 2023. Para o cálculo amostral desta pesquisa, foi utilizado o tamanho da população referente ao estado do PR, um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%, totalizando um  $n$  mínimo de 96. Entretanto, entende-se que por se tratar de uma amostragem não probabilística, os resultados devem ser interpretados com cautela, pois não podem ser generalizados para toda a população de profissionais de enfermagem do estado.

Decorreu-se a abordagem de todos os profissionais de enfermagem sendo contatados através do método bola de neve virtual, também conhecido como amostragem em cadeia ou amostragem por indicação, é uma técnica utilizada na pesquisa social para recrutar participantes por meio de referências fornecidas por participantes já incluídos no estudo (Costa, 2018).

Os participantes iniciais podem fornecer as informações de contato dos indicados, que então são abordados pelos pesquisadores e, se concordarem em participar, também são convidados a indicar outras pessoas relevantes. Esse processo continua em uma "bola de neve", aumentando o tamanho da amostra conforme novos participantes são recrutados e indicam outros.

### 3.2.1 Critérios de inclusão

Profissionais de enfermagem, enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares, que atuem na assistência ou coordenação do serviço de enfermagem no estado do Paraná.

### 3.2.2 Critérios de exclusão

Não há critérios de exclusão específicos para esta pesquisa. Pois, pela característica transversal do estudo, uma vez que o profissional complete o preenchimento do formulário on-line, não há nenhum elemento que impeça sua participação no estudo. Também, a escala foi construída para ser aplicada em qualquer contexto de trabalho de enfermagem.

## 3.3 COLETA DOS DADOS

O presente estudo possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob o número de parecer 6.153.006 (anexo 1).

Para o processo de coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com possíveis participantes da pesquisa, por meio de uma mensagem pré-elaborada, explicando os objetivos do estudo e como se daria a participação na pesquisa. O contato foi realizado por meio de uma rede de contatos prévios da pesquisadora via *WhatsApp* e *Instagram*. Após o aceite do participante na pesquisa, o TCLE foi encaminhado para aceite digital via Google Forms pelo link: <https://forms.gle/9ujtcjPCpThBaecW7>

A participação dos profissionais foi condicionada ao aceite do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

O presente estudo atende às Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde conforme a resolução 466/12 (Brasil, 2012). Todos os participantes voluntários receberam e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido on-line para participação na pesquisa, contendo o objetivo do estudo, procedimentos de avaliação e o caráter de voluntariedade à participação.

Aqueles participantes que selecionaram a opção que gostariam de participar do estudo, foram automaticamente encaminhados para a próxima aba do *forms* para o preenchimento de dados sociodemográficos como: idade, gênero, tempo de atuação, número de vínculos empregatícios e área de atuação. Após o preenchimento da aba de dados iniciais, o participante foi encaminhado para uma nova aba para o preenchimento da EDME-Br (ANEXO 3), em que encontrou inicialmente as orientações descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Orientações fornecidas aos participantes para o preenchimento da Escala Brasileira de Distresse Moral

O distresse moral ocorre quando os profissionais não conseguem atuar de maneira que consideram apropriada e ética devido barreiras ou restrições externas ou internas. Esta pesquisa lista situações que podem ocorrer na prática clínica. Se você vivenciou alguma destas situações, ela pode ou não ter sido moralmente angustiante a você.

Por favor, nos itens abaixo você deverá responder na primeira escala sobre a frequência em que a situação ocorre (0 = nunca, até 6 = muito frequente) e na segunda escala sobre a intensidade do distresse sofrimento/angústia moral que você vivencia na situação (0 = nenhum, até 6 = muito intenso). Mesmo se não tiver passado pela situação, por favor indique o quão angustiante seria caso viesse a ocorrer em sua prática profissional.

Observe que você deverá responder a cada um dos itens para as duas dimensões: Frequência da ocorrência e Nível de Sofrimento.

Ao final do preenchimento da EDME-Br foi incluído um item para preenchimento não obrigatório do participante sobre outra situação em que vivenciou o distresse moral que não estivesse presente na escala pré-definida. O participante, por sua vez, descreve a situação e categoriza conforme frequência e intensidade. Ao final, o participante, também, responde se em algum momento já considerou deixar sua posição de trabalho devido ao distresse moral e, se em caso afirmativo, descreve qual fator contribuiu para essa tomada de decisão.

Após finalização da etapa de resposta ao instrumento de coleta de dados no *forms*, o participante conclui no formulário e é automaticamente encaminhado para a mensagem de agradecimento, onde foi solicitado que compartilhasse com outros colegas de profissão para a continuidade da coleta de dados como previsto na metodologia bola de neve virtual.

### 3.4 ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL

A Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) foi desenvolvida com o objetivo de criar um instrumento específico para medir o distresse moral enfrentado por profissionais da enfermagem em qualquer âmbito de atuação (Ramos *et al.*, 2019).

A EDME-Br é dividida em seis domínios, cada um abordando diferentes aspectos do DM:

**Fator 1 - Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional:** Este fator refere-se à percepção dos enfermeiros sobre o reconhecimento de seu trabalho, o poder que possuem dentro da equipe de saúde e a sua identidade profissional. Inclui questões relacionadas à valorização do trabalho de enfermagem, respeito pelos colegas e superiores, e o impacto da falta de reconhecimento sobre a autoestima e a motivação dos profissionais.

**Fator 2 - Cuidado Seguro e Qualificado:** Este fator aborda a capacidade dos enfermeiros de proporcionar cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes. Envolve situações em que os enfermeiros se sentem impedidos de oferecer o melhor cuidado possível devido a limitações de recursos, falta de equipamentos adequados, ou políticas institucionais que comprometem a segurança e a qualidade do atendimento.

**Fator 3 - Defesa de Valores e Direitos:** O fator de "Defesa de Valores e Direitos" refere-se às situações em que os enfermeiros sentem que precisam defender os direitos dos pacientes, como autonomia, privacidade, sigilo e acesso à informação. Também inclui a defesa dos próprios valores éticos e morais dos profissionais de enfermagem em face de práticas ou decisões que consideram inadequadas ou injustas.

**Fator 4 - Condições de Trabalho:** Este fator aborda as condições físicas, emocionais e organizacionais do ambiente de trabalho. Envolve aspectos como a carga de trabalho, o nível de estresse, a disponibilidade de suporte e recursos, e a influência dessas condições sobre a saúde e o bem-estar dos profissionais

de enfermagem. Situações de trabalho precárias podem levar a sentimento de frustração e impotência, contribuindo para o DM.

**Fator 5 - Infrações Éticas:** O fator de "Infrações Éticas" se concentra em situações em que os enfermeiros testemunham ou são compelidos a participar de práticas que violam princípios éticos. Isso pode incluir condutas inadequadas, negligência, maus-tratos, ou decisões clínicas questionáveis. A exposição a infrações éticas pode causar um grande desconforto moral e emocional nos profissionais, afetando seu bem-estar e sua prática clínica.

**Fator 6 - Equipes de Trabalho:** Este fator refere-se à dinâmica e às interações dentro das equipes de trabalho. Envolve questões como a colaboração, o suporte mútuo, a comunicação eficaz, e os conflitos interpessoais. Relações de trabalho saudáveis e colaborativas são essenciais para um ambiente de cuidado positivo, enquanto problemas nas equipes podem aumentar significativamente o DM.

A EDME-Br oferece uma ferramenta robusta e detalhada para a avaliação do DM. Sua construção e validação garantem que o instrumento seja eficaz na identificação das diversas dimensões do DM enfrentado pelos enfermeiros. A escala permite uma compreensão aprofundada das diversas fontes de DM que podem afetar os enfermeiros, ajudando a identificar áreas prioritárias para intervenções e suporte (Ramos *et al.*, 2019).

A mensuração do DM é fundamental para reconhecer as áreas críticas que necessitam de intervenção. Compreender e abordar o DM é essencial não apenas para melhorar a qualidade de vida dos profissionais, mas também para garantir um atendimento de alta qualidade aos pacientes.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O programa estatístico SPSS, versão 25.0, foi utilizado para armazenamento de dados, tabulação e geração de estatísticas descritivas.

Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk foram aplicados para verificar a normalidade dos dados. Ambos os testes indicaram que os dados não seguem uma distribuição normal, justificando o uso da mediana como medida de tendência central para a apresentação dos resultados.

O teste não paramétrico U de Mann-Whitney foi usado para comparar as médias de duas amostras independentes, sendo para avaliar as diferenças entre gênero, idade, tempo de atuação e área. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para valores de  $p$  menores que 0,05.

O teste de Rho de Spearman para medir a correlação entre as variáveis, em que é baseado na classificação das observações de cada variável em termos de seus valores relativos e, em seguida, calcula a correlação entre essas classificações. O coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) varia de -1 a 1, onde -1 indica uma correlação negativa perfeita, 1 indica uma correlação positiva perfeita e 0 indica ausência de correlação. Para realizar o teste, os dados serão classificados em ordem crescente ou decrescente para cada variável, e em seguida, calculadas as diferenças entre as classificações de cada par de observações. O coeficiente de correlação de Spearman é calculado com base nas diferenças das classificações e é testado para determinar se a correlação é estatisticamente significativa.

O teste de Kruskal-Wallis amostras independentes pois este envolve classificar os dados, calcular as somas das classificações por grupo, obter a estatística de teste e determinar o valor  $p$  para tomar uma decisão estatística.

## 4 RESULTADOS

Participaram deste estudo 96 profissionais de enfermagem do Estado do Paraná, predominantemente do gênero feminino, representando 73 participantes (76%) do total. A faixa etária variou entre 21 e 70 anos, com uma média de 35 anos. Em relação ao tempo desde a formação, aproximadamente 30% da amostra indicou possuir 10 anos ou mais de experiência, enquanto 29% relataram ter entre 1 e 3 anos desde a conclusão da formação. É relevante notar que 80% desses profissionais atuam na área assistencial (Tabela 1).

A distribuição dos participantes quanto ao setor de atuação demonstrou que 37% estão envolvidos em setores de internamento, 32% atuam em setores críticos, 14% trabalham nos setores primários, 7% desempenham funções administrativas, 6% estão ligados ao centro cirúrgico e 4% trabalham em contexto domiciliar. É importante ressaltar que 72% da amostra consiste em enfermeiros(as) e 25% são técnicos de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados descritivos da caracterização dos participantes

|                          | <b>Variáveis</b>         | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|--------------------------|----------|----------|
| <b>Gênero</b>            | Feminino                 | 73       | 76%      |
|                          | Masculino                | 22       | 23%      |
|                          | Prefiro não declarar     | 1        | 1%       |
| <b>Cargo de atuação</b>  | Auxiliar de enfermagem   | 3        | 3,1%     |
|                          | Enfermeiro(a)            | 69       | 71,9%    |
|                          | Técnico(a) de enfermagem | 24       | 25%      |
| <b>Tempo de formação</b> | Menos de 1 ano           | 5        | 5,2%     |
|                          | 1 a 3 anos               | 28       | 29,2%    |
|                          | 4 a 6 anos               | 21       | 21,9%    |
|                          | 7 a 9 anos               | 13       | 13,5%    |
|                          | 10 anos ou mais          | 29       | 30,2%    |
| <b>Área de atuação</b>   | Administrativo           | 12       | 12,5%    |
|                          | Assistencial             | 77       | 80,2%    |
|                          | Coordenação/gestão       | 7        | 7,3%     |

Para analisar o DM dos profissionais de enfermagem foi aplicada a escala EDME-Br, conforme descritos na seção de Métodos. A Tabela 2 apresenta os

resultados descritivos de frequência e intensidade dos itens relacionados ao DM de profissionais de enfermagem, distribuídos nos seis fatores propostos pelas autoras que elaboraram a escala (Ramos *et al.*, 2019). A confiabilidade da estrutura fatorial foi obtida a partir do cálculo do índice de consistência interna, por meio do Alfa de Cronbach, com os respectivos resultados para os fatores 1 a 6: 0,945; 0,958; 0,943; 0,936; 0,959; 0,928.

Nota-se que apenas no fator "Defesa de valores e direitos" foram registradas medianas de 0,00 em alguns itens tanto de frequência quanto de intensidade. Em contraste, os fatores "Condições de trabalho" e "Equipes de trabalho" não exibem nenhum item com pontuação abaixo da mediana de 2,00, alcançando até mesmo valores máximos de 6,00 dentro do intervalo interquartil.

A Tabela 3 exibe a estatística descritiva dos fatores da Escala EDME-Br, evidenciando as maiores medianas no fator "Equipes de trabalho", o qual aborda questões como sobrecarga de trabalho, falta de profissionais em relação à demanda e nível de preparo dos profissionais envolvidos no contexto de saúde. Em contrapartida, o fator "Defesa de valores e direitos" apresenta as menores medianas, refletindo questões relacionadas a maus-tratos ou desrespeito aos direitos de autonomia, privacidade, sigilo e informação.

Um ponto também relevante a ser destacado é que, nos seis fatores analisados pela EDME-Br, os resultados demonstram que a intensidade das circunstâncias é maior do que a frequência com que ocorrem. Isso sugere que mesmo eventos que não se repetem com frequência têm um impacto significativo, enfatizando que o impacto emocional ou profissional pode ser mais substancial do que a mera ocorrência de eventos isolados.

Tabela 2 - Frequência e intensidade dos itens da EDME-Br relacionados ao distresse moral de profissionais de enfermagem, distribuídos em seis fatores.

| <b>Variáveis</b>                                                                                       | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------|
| <b>Fator 1 - Reconhecimento, poder e identidade profissional</b>                                       | N                 | Md (Iiq)         | N                  | Md (Iiq)         |
| 14. Sentir-se discriminado por outros profissionais ou em relação a outros profissionais               | 96                | 2,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-3,00) |
| 15. Sentir-se desvalorizado por outros profissionais ou em relação a outros profissionais              | 96                | 2,00 (0,25-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-4,00) |
| 16. Executar ações que não são inerentes à sua função                                                  | 96                | 3,00 (1,00-5,00) | 96                 | 3,00 (1,00-5,00) |
| 34. Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem              | 96                | 2,00 (0,25-3,00) | 96                 | 2,00 (0,25-4,00) |
| 35. Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde               | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-4,00) |
| 36. Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas | 96                | 3,00 (2,00-6,00) | 96                 | 4,00 (2,00-6,00) |
| 37. Reconhecer situações de ofensa ao profissional                                                     | 96                | 2,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-4,00) |
| 38. Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional                                  | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-4,00) |
| 40. Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos                                                | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 41. Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos                  | 96                | 2,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-3,00) |
| 43. Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir                     | 96                | 2,00 (0,00-3,00) | 96                 | 3,00 (0,00-4,00) |
| <b>Fator 2 - Cuidado seguro e qualificado</b>                                                          | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|                                                                                                        | N                 | Md (Iiq)         | N                  | Md (Iiq)         |
| 23. Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário                                       | 96                | 2,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-4,00) |
| 24. Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado                                               | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,25-4,00) |
| 25. Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas        | 96                | 2,00 (1,00-4,00) | 96                 | 2,00 (1,00-5,00) |
| 26. Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a problemas sociais                 | 96                | 3,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-5,00) |
| 27. Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a baixa qualidade do atendimento    | 96                | 2,00 (0,25-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-3,00) |
| 28. Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes                                    | 96                | 3,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-4,00) |
| 29. Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas      | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-4,00) |
| 30. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional                                 | 96                | 2,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-5,00) |
| 31. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente                                  | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-4,00) |
| 32. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do familiar / acompanhante                   | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 33. Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores                | 96                | 2,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-4,00) |
| <b>Fator 3 - Defesa de valores e direitos</b>                                                          | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|                                                                                                        | N                 | Md (Iiq)         | N                  | Md (Iiq)         |
| 39. Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes                 | 96                | 0,00 (0,00-2,00) | 96                 | 0,00 (0,00-2,00) |
| 42. Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição          | 96                | 0,00 (0,00-3,00) | 96                 | 0,00 (0,00-3,00) |
| 44. Sentir-se impotente para defender autonomia do paciente                                            | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 2,00 (1,00-4,00) |

|                                                                                                       |                   |                  |                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 45. Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-3,00) |
| 46. Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade                | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 47. Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo              | 96                | 1,00 (0,00-2,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 48. Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação             | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 49. Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social                   | 96                | 2,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-3,00) |
| <b>Fator 4 - Condições de trabalho</b>                                                                | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|                                                                                                       | N                 | Md (IIq)         | N                  | Md (IIq)         |
| 8. Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes                                           | 96                | 3,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-6,00) |
| 9. Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados                                             | 96                | 3,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-5,00) |
| 10. Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes                | 96                | 3,00 (2,00-4,00) | 96                 | 3,00 (2,00-5,00) |
| 11. Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados                  | 96                | 3,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (1,00-5,00) |
| 12. Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente                                       | 96                | 3,00 (2,00-5,00) | 96                 | 3,00 (2,00-6,00) |
| 13. Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada                                         | 96                | 2,00 (2,00-4,00) | 96                 | 3,00 (2,00-5,00) |
| <b>Fator 5 - Infrações éticas</b>                                                                     | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|                                                                                                       | N                 | Md (IIq)         | N                  | Md (IIq)         |
| 17. Vivenciar a omissão por parte médica                                                              | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-4,00) |
| 18. Vivenciar a imprudência por parte médica                                                          | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 3,00 (1,00-4,00) |
| 19. Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro                                                       | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-3,00) |
| 20. Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro                                                   | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-4,00) |
| 21. Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias                               | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 1,00 (0,00-4,00) |
| 22. Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias                           | 96                | 1,00 (0,00-3,00) | 96                 | 2,00 (0,00-4,00) |
| <b>Fator 6 - Equipes de trabalhos</b>                                                                 | <b>Frequência</b> |                  | <b>Intensidade</b> |                  |
|                                                                                                       | N                 | Md (IIq)         | N                  | Md (IIq)         |
| 1. Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda                                  | 96                | 3,00 (2,00-5,00) | 96                 | 4,00 (2,00-6,00) |
| 2. Equipe multiprofissional de saúde incompleta                                                       | 96                | 3,00 (2,00-4,00) | 96                 | 4,00 (2,00-5,00) |
| 3. Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho                                                      | 96                | 3,00 (2,00-6,00) | 96                 | 4,00 (2,00-6,00) |
| 4. Trabalhar com médicos despreparados                                                                | 96                | 3,00 (2,00-4,00) | 96                 | 3,00 (2,00-6,00) |
| 5. Trabalhar com enfermeiros despreparados                                                            | 96                | 2,00 (1,00-4,00) | 96                 | 3,00 (2,00-5,00) |
| 6. Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados                                    | 96                | 3,00 (2,00-5,00) | 96                 | 3,00 (2,00-5,00) |
| 7. Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados                                     | 96                | 2,00 (1,00-3,00) | 96                 | 3,00 (1,00-4,00) |

Md: mediana; IIq: intervalo interquartil.

Alfa de Cronbach: Fator 1 - 0,945; Fator 2 – 0,958; Fator 3 – 0,943; Fator 4 – 0,936; Fator 5 – 0,959; Fator 6 – 0,928

Tabela 3 - Estatística descritiva da frequência e intensidade de distresse moral conforme fatores.

| Fator                                                     | Frequência       | Intensidade      |
|-----------------------------------------------------------|------------------|------------------|
|                                                           | Md (Ilq)         | Md (Ilq)         |
| Fator 1 - Reconhecimento, poder e identidade profissional | 1,81 (1,27-3,18) | 2,13 (1,36-3,40) |
| Fator 2 - Cuidado seguro e qualificado                    | 2,13 (1,09-3,43) | 2,36 (1,11-3,63) |
| Fator 3 - Defesa de valores e direitos                    | 1,25 (0,28-2,62) | 1,50 (0,40-3,00) |
| Fator 4 - Condições de trabalho                           | 2,66 (1,66-3,95) | 2,60 (1,40-4,15) |
| Fator 5 - Infrações éticas                                | 1,33 (0,50-2,79) | 1,75 (0,66-3,16) |
| Fator 6 - Equipes de trabalhos                            | 2,92 (1,89-4,14) | 3,35 (2,00-4,96) |

Md: mediana; Ilq: intervalo interquartil

A Tabela 4 indica que os participantes do gênero masculino apresentaram níveis mais elevados de DM em comparação às participantes do gênero feminino, tanto em termos de frequência quanto de intensidade. O fator com a maior média foi 'Equipes de Trabalho', enquanto a maior diferença entre os gêneros foi observada no fator 'Infrações Éticas'.

Tabela 4 - Comparação das pontuações dos fatores de distresse moral entre os gêneros feminino e masculino.

| Fator                                                     | Frequência               |                           |       | Intensidade              |                           |       |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------|--------------------------|---------------------------|-------|
|                                                           | Feminino<br>$\mu(\pm S)$ | Masculino<br>$\mu(\pm S)$ | $p$   | Feminino<br>$\mu(\pm S)$ | Masculino<br>$\mu(\pm S)$ | $p$   |
| Fator 1 - Reconhecimento, poder e identidade profissional | 2,17<br>( $\pm 1,49$ )   | 2,62<br>( $\pm 1,50$ )    | 0,12  | 2,35<br>( $\pm 1,60$ )   | 2,97<br>( $\pm 1,63$ )    | 0,1   |
| Fator 2 - Cuidado seguro e qualificado                    | 2,19<br>( $\pm 1,51$ )   | 2,75<br>( $\pm 1,65$ )    | 0,18  | 2,36<br>( $\pm 1,62$ )   | 3,03<br>(1,63)            | 0,09  |
| Fator 3 - Defesa de valores e direitos                    | 1,44<br>( $\pm 1,33$ )   | 2,07<br>( $\pm 1,57$ )    | 0,07  | 1,57<br>( $\pm 1,45$ )   | 2,36<br>(1,67)            | 0,04* |
| Fator 4 - Condições de trabalho                           | 2,73<br>( $\pm 1,65$ )   | 3,26<br>( $\pm 1,48$ )    | 0,14  | 2,45<br>( $\pm 1,62$ )   | 3,23<br>(1,36)            | 0,05  |
| Fator 5 - Infrações éticas                                | 1,64<br>( $\pm 1,60$ )   | 2,21<br>( $\pm 1,55$ )    | 0,05  | 1,91<br>( $\pm 1,81$ )   | 2,90<br>(1,70)            | 0,01* |
| Fator 6 - Equipes de trabalhos                            | 2,84<br>( $\pm 1,44$ )   | 3,51<br>( $\pm 1,28$ )    | 0,04* | 3,24<br>( $\pm 1,70$ )   | 4,05<br>(1,53)            | 0,05  |

Teste U de Mann-Whitney; \*p &lt; que 0,05 representa diferença significativa.

Tabela 5 - Comparação das pontuações dos fatores de distresse moral entre profissionais de diferentes setores de atuação

|                        |             | Fator 1<br>$\mu(\pm S)$ | Fator 2<br>$\mu(\pm S)$   | Fator 3<br>$\mu(\pm S)$       | Fator 4<br>$\mu(\pm S)$ | Fator 5<br>$\mu(\pm S)$     | Fator 6<br>$\mu(\pm S)$ |
|------------------------|-------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Setor Administrativo   | Frequência  | 3,22(1,40) <sup>a</sup> | 3,59(1,35) <sup>b g</sup> | 3,01(1,04) <sup>d i l p</sup> | 2,59(0,62)              | 3,21(1,73) <sup>f j n</sup> | 3,26(1,36)              |
|                        | Intensidade | 3,19(1,39)              | 3,51(1,19) <sup>c h</sup> | 2,80(0,97) <sup>e m</sup>     | 2,09(1,13)              | 3,19(1,63) <sup>k o</sup>   | 3,51(1,41)              |
| Setor Internamento     | Frequência  | 2,46(1,64)              | 2,41(1,72)                | 1,75(1,57) <sup>p</sup>       | 3,13(1,53)              | 2,09(1,76)                  | 3,33(1,42)              |
|                        | Intensidade | 2,75(1,82)              | 2,68(1,84)                | 2,10(1,78)                    | 2,94(1,51)              | 2,65(2,09)                  | 3,84(1,71)              |
| Setor Crítico          | Frequência  | 2,10(1,53) <sup>a</sup> | 2,04(1,53) <sup>b</sup>   | 1,31(1,34) <sup>d</sup>       | 2,66(1,92)              | 1,53(1,39) <sup>f</sup>     | 2,84(1,57)              |
|                        | Intensidade | 2,31(1,62)              | 2,18(1,68) <sup>c</sup>   | 1,41(1,42) <sup>e</sup>       | 2,43(1,82)              | 1,86(1,57)                  | 3,26(1,79)              |
| Setor Centro Cirúrgico | Frequência  | 1,72(1,12)              | 1,83(1,08) <sup>g</sup>   | 1,35(1,32) <sup>i</sup>       | 2,41(2,04)              | 0,88(1,11) <sup>j</sup>     | 2,45(1,28)              |
|                        | Intensidade | 1,68(1,03)              | 1,77(1,03) <sup>h</sup>   | 1,37(1,32)                    | 2,08(1,74)              | 0,86(1,11) <sup>k</sup>     | 2,57(1,61)              |
| Setor Primário         | Frequência  | 1,83(1,06)              | 2,25(1,29)                | 1,09(1,00) <sup>l</sup>       | 2,88(1,46)              | 1,21(1,35) <sup>n</sup>     | 2,64(1,28)              |
|                        | Intensidade | 2,08(1,14)              | 2,62(1,28)                | 1,19(1,04) <sup>m</sup>       | 2,79(1,54)              | 1,50(1,62) <sup>o</sup>     | 3,12(1,57)              |
| Setor Domiciliar       | Frequência  | 3,59(1,93)              | 3,25(2,06)                | 2,78(2,26)                    | 3,70(1,65)              | 2,41(2,02)                  | 3,46(1,76)              |
|                        | Intensidade | 3,93(2,14)              | 3,54(2,16)                | 3,12(2,12)                    | 3,23(1,30)              | 2,79(1,72)                  | 3,89(1,96)              |

Teste U de Mann-Whitney; letras diferentes na mesma coluna refletem diferença significativa entre os grupos, a saber:

a: setor administrativo x setor crítico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Reconhecimento, poder e identidade profissional para frequência.

b: setor administrativo x setor crítico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Cuidado seguro e qualificado para frequência.

c: setor administrativo x setor crítico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Cuidado seguro e qualificado para intensidade.

d: setor administrativo x setor crítico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Defesa de valores e direitos para frequência.

f: setor administrativo x setor crítico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Infrações éticas para intensidade.

g: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Cuidado seguro e qualificado para frequência.

h: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Cuidado seguro e qualificado para intensidade.

i: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Defesa de valores e direitos para frequência.

j: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Infrações éticas para frequência.

k: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Infrações éticas para intensidade.

l: setor administrativo x setor primário com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Defesa de valores e direitos para frequência.

m: setor administrativo x setor primário com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Defesa de valores e direitos para intensidade.

n: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Infrações éticas para frequência.

o: setor administrativo x setor centro cirúrgico com valor de significância  $<0,05$  referente ao fator de Infrações éticas para intensidade.

A análise comparativa das pontuações dos profissionais, conforme seus setores de atuação, revelou diferenças significativas, conforme demonstrado na Tabela 5. Os setores citados nas respostas de cada participante foram categorizados da seguinte forma:

- Administrativo: Educação permanente, licitação, plano de saúde, qualidade e regional de saúde.
- Setor Crítico: Pronto socorro hospitalar, SAMU, UPA24H e UTIs.
- Centro Cirúrgico: Centro cirúrgico geral e obstétrico.
- Setor Primário: Ambulatório, UBS, CAPS, exames e SAD.
- Setor Domiciliar: Casa de repouso, geriátrica, *homecare* e atenção domiciliar.
- Setor de Internamento: Maternidade, infectologia, internamento adulto e pediátrico.

Os dados apresentados na Tabela 5 evidenciam profissionais que atuam em setores administrativos apresentaram pontuações mais altas de DM em comparação com aqueles que atuam em setor crítico, centro cirúrgico e setor primário, especialmente no que se refere à frequência dos eventos. Essa diferença significativa foi observada especificamente para os fatores 1 (Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional), 2 (Cuidado seguro e Qualificado), 3 (Defesa de Valores e Direitos) e 5 (Infrações Éticas). Destaca-se que o fator 3 foi consistentemente impactado em todas as situações avaliadas quanto à frequência.

Na análise de correlação demonstrada na tabela 6, verifica-se que todos os fatores se correlacionam. Entretanto, alguns fatores da EDME-Br apresentam menor força de correlação, com coeficientes inferiores a 0,300, esses incluem: 'Condições de Trabalho' em intensidade com 'Defesa de Valores e Direitos' em frequência; 'Defesa de Valores e Direitos' em frequência com 'Equipes de Trabalho' em intensidade; e 'Infrações Éticas' em frequência com 'Condições de Trabalho' em intensidade. Esses resultados sugerem que, apesar de haver uma correlação entre os fatores, a dependência entre eles não é forte, indicando a complexidade das dinâmicas que afetam o DM.

Os fatores, 2, 3, 5 e 6 destacam-se por apresentarem correlações estatisticamente significativas, em nível de 0,01 e 0,05. Especificamente, o Fator 2 – Cuidado Seguro e Qualificado – apresentou uma correlação muito forte com a intensidade do Fator 3 – Defesa de Valores e Direitos – o que sugere que, quanto mais os profissionais percebem a necessidade de garantir um cuidado seguro e qualificado, mais são afetados em termos de defender seus valores e direitos, tanto em intensidade quanto em frequência. Essa correlação também pode indicar que situações em que a qualidade do cuidado é comprometida ativam de forma expressiva a defesa dos valores éticos e profissionais.

O Fator 5 – Infrações Éticas – também mostrou correlações expressivas tanto em intensidade quanto em frequência com outros fatores, como o Fator 6 – Equipes de Trabalho. Isso sugere que, em ambientes onde as infrações éticas são frequentes, a dinâmica e coesão das equipes de trabalho são profundamente afetadas, o que pode levar ao aumento do DM entre os profissionais. A inter-relação entre esses fatores ressalta a complexidade dos ambientes de trabalho na saúde, onde a ética e a qualidade das interações interpessoais desempenham um papel fundamental na experiência dos profissionais.

Tabela 6 - Correlação entre os fatores da escala.

|                |                    | <b>Fator 1</b><br><b>Reconhecimento,<br/>poder e identidade<br/>profissional</b> |                    | <b>Fator 2 - Cuidado<br/>seguro e qualificado</b> |                    | <b>Fator 3- Defesa de<br/>valores e direitos</b> |                    | <b>Fator 4 - Condições de<br/>trabalho</b> |                    | <b>Fator 5 - Infrações<br/>éticas</b> |                    | <b>Fator 6 - Equipes de<br/>trabalho</b> |                    |
|----------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|--------------------|
|                |                    | <i>Frequência</i>                                                                | <i>Intensidade</i> | <i>Frequência</i>                                 | <i>Intensidade</i> | <i>Frequência</i>                                | <i>Intensidade</i> | <i>Frequência</i>                          | <i>Intensidade</i> | <i>Frequência</i>                     | <i>Intensidade</i> | <i>Frequência</i>                        | <i>Intensidade</i> |
| <b>Fator 1</b> | <i>Frequência</i>  | 1,000                                                                            |                    |                                                   |                    |                                                  |                    |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,934**                                                                          | 1,000              |                                                   |                    |                                                  |                    |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
| <b>Fator 2</b> | <i>Frequência</i>  | 0,842**                                                                          | 0,799**            | 1,000                                             |                    |                                                  |                    |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,834**                                                                          | 0,836**            | 0,961**                                           | 1,000              |                                                  |                    |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
| <b>Fator 3</b> | <i>Frequência</i>  | 0,864**                                                                          | 0,755**            | 0,841**                                           | 0,795**            | 1,000                                            |                    |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,876**                                                                          | 0,826**            | 0,849**                                           | 0,856**            | 0,954**                                          | 1,000              |                                            |                    |                                       |                    |                                          |                    |
| <b>Fator 4</b> | <i>Frequência</i>  | 0,451**                                                                          | 0,517**            | 0,474**                                           | 0,545**            | 0,301**                                          | 0,380**            | 1,000                                      |                    |                                       |                    |                                          |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,435**                                                                          | 0,567**            | 0,423**                                           | 0,540**            | 0,248*                                           | 0,390**            | 0,914**                                    | 1,000              |                                       |                    |                                          |                    |
| <b>Fator 5</b> | <i>Frequência</i>  | 0,787**                                                                          | 0,711**            | 0,797**                                           | 0,740**            | 0,772**                                          | 0,723**            | 0,374**                                    | 0,288**            | 1,000                                 |                    |                                          |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,807**                                                                          | 0,816**            | 0,793**                                           | 0,808**            | 0,707**                                          | 0,752**            | 0,477**                                    | 0,477**            | 0,902**                               | 1,000              |                                          |                    |
| <b>Fator 6</b> | <i>Frequência</i>  | 0,609**                                                                          | 0,688**            | 0,639**                                           | 0,679**            | 0,440**                                          | 0,519**            | 0,726**                                    | 0,722**            | 0,521**                               | 0,619**            | 1,000                                    |                    |
|                | <i>Intensidade</i> | 0,489**                                                                          | 0,645**            | 0,515**                                           | 0,600**            | 0,284**                                          | 0,420**            | 0,729**                                    | 0,798**            | 0,358**                               | 0,549**            | 0,901**                                  | 1,000              |

\*\*Correlação é significativa em nível 0.01.

\* Correlação é significativa em nível 0.05.

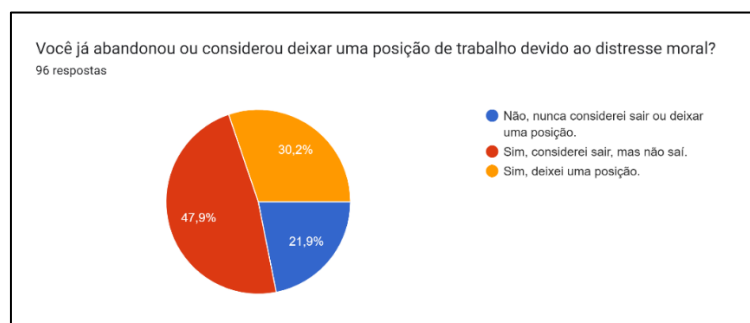
Outro ponto relevante é a correlação entre o Fator 1 – Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional – e outros fatores, como o Fator 2 – Cuidado Seguro e Qualificado. Quando os profissionais percebem uma falta de reconhecimento e uma crise em sua identidade profissional, isso impacta diretamente sua percepção sobre a qualidade do cuidado oferecido. Tal relação reforça a importância do reconhecimento profissional como um elemento essencial para a motivação e o bem-estar no ambiente de trabalho, destacando a necessidade de políticas de valorização dos profissionais de saúde.

Por outro lado, embora o Fator 4 - Condições de Trabalho – tenha apresentado significância estatística, suas correlações em alguns casos foram de menor força, indicando que, embora as condições de trabalho sejam importantes, elas podem não ser o elemento mais determinante em relação ao DM quando comparadas com outros fatores, como ética e reconhecimento profissional.

Os gráficos 1 e 2 apresentam uma análise sobre a intenção e a decisão de profissionais de enfermagem de abandonar ou considerar deixar suas posições de trabalho em decorrência do DM, questões que foram incluídas na pesquisa para fornecer maior entendimento dos fatores relacionados ao DM.

No primeiro gráfico, é possível observar que uma parcela significativa dos respondentes (47,9%) já deixou uma posição de trabalho devido a esse motivo, enquanto 30,2% consideraram essa possibilidade, mas decidiram permanecer. Apenas 21,9% dos participantes afirmaram nunca ter cogitado sair em função do DM, evidenciando a prevalência e o impacto dessa questão na carreira dos profissionais.

Gráfico 1 - Intenção anterior de abandono de trabalho

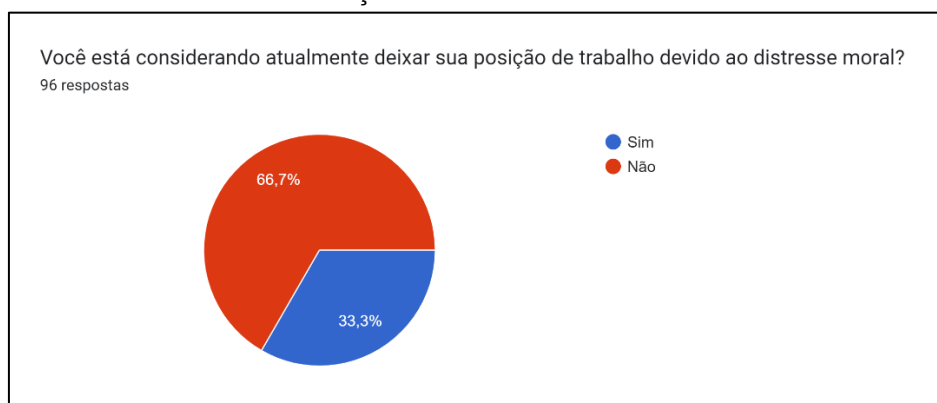


Fonte: As autoras (2024).

Já o segundo gráfico revela que, atualmente, 33,3% dos profissionais ainda estão considerando deixar suas funções devido ao DM, enquanto 66,7% não possuem essa intenção no momento. Esses dados refletem não apenas a continuidade dos fatores que contribuem para o DM no ambiente de trabalho, mas também a resiliência ou as circunstâncias que fazem com que muitos optem por continuar em suas posições, mesmo diante de situações adversas.

Esses resultados destacam não apenas a gravidade do DM enfrentado pelos profissionais de enfermagem, mas também as dinâmicas complexas que influenciam suas decisões de permanência ou saída.

Gráfico 2 - Intenção atual de abandono de trabalho



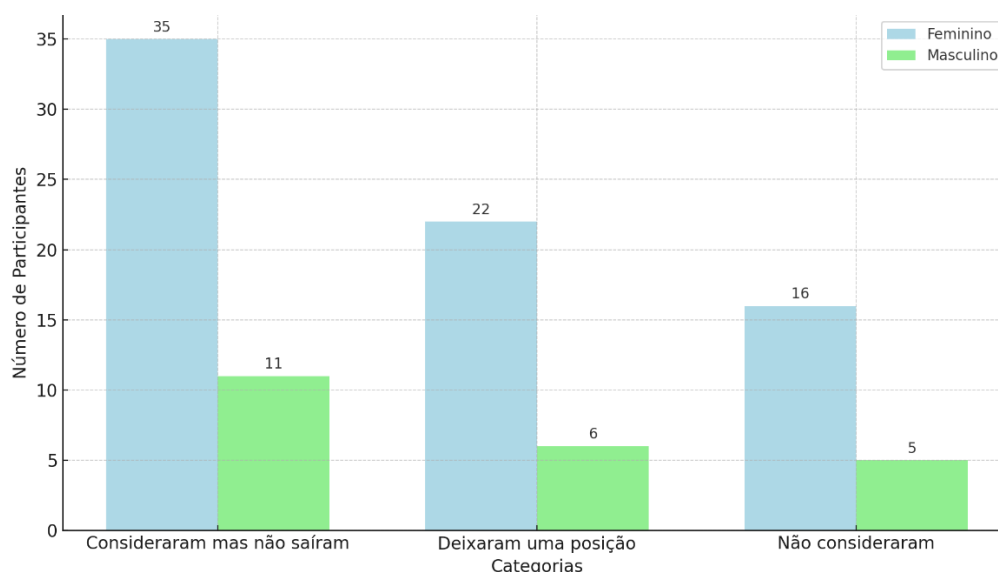
Fonte: As autoras (2024).

A alta porcentagem de profissionais que relataram já ter deixado suas posições (47,9%) sugere que o DM pode ser um fator crítico na retenção de profissionais na área de saúde. Além disso, a consideração atual de deixar o

emprego por 33,3% dos respondentes indica uma continuidade das pressões que afetam a saúde mental e o bem-estar desses profissionais.

A partir dos dados exemplificados, é possível realizar uma análise comparativa entre as intenções de deixar posições de trabalho devido ao distresse moral com o gênero, conforme exemplificado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Comparação de intenção de abandono de posição de trabalho em decorrência do DM



Fonte: As autoras (2024).

Apesar das diferenças numéricas entre os participantes dos gêneros feminino e masculino, as proporções de respostas são próximas entre os dois grupos em todas as categorias analisadas.

Esses dados ressaltam a importância de promover uma cultura de cuidado ético e apoio mútuo no ambiente de trabalho, reforçando a necessidade de intervenções organizacionais que promovam um ambiente de trabalho mais saudável e solidário, como a implementação de programas de apoio psicológico e estratégias para melhorar as condições de trabalho.

Já nas questões abertas do formulário, foi possível aprofundar a compreensão sobre os fatores desencadeantes de DM entre os profissionais de enfermagem. Alguns relatos, considerados particularmente relevantes para a

análise, destacam a diversidade de desafios enfrentados no ambiente de trabalho, como:

- *“Assédio moral e abuso hierárquico”*: Mencionado em 12 ocasiões, esse fator reflete as dificuldades relacionadas ao uso inadequado de poder e à falta de respeito na relação entre superiores e subordinados.
- *“Sobrecarga de trabalho, falta de materiais e equipe desfalcada”*: Apontado por 10 participantes, evidenciando a precariedade de recursos e a sobrecarga que impactam diretamente o desempenho e o bem-estar dos profissionais.
- *“Falta de autonomia”*: Citado em 6 respostas, indicando que a limitação na tomada de decisões é uma questão que afeta o senso de controle e protagonismo dos profissionais em seu ambiente de trabalho.
- *“Falta de empatia e ausência de suporte para recém-contratados”*: Mencionado 3 vezes, revelando a necessidade de um melhor acolhimento e orientação para novos membros da equipe, a fim de promover uma adaptação mais eficaz e menos estressante.
- *“Desvalorização financeira”*: Citada em 3 respostas, essa questão reflete a insatisfação dos profissionais de enfermagem com a remuneração recebida, que é percebida como incompatível com a complexidade e a responsabilidade de suas funções. A falta de reconhecimento financeiro adequado contribui para o descontentamento e desmotivação, aumentando o risco de DM, especialmente quando comparada às demandas emocionais e físicas da profissão.
- *“Burnout”*: Relatado por 2 participantes demonstra um dos possíveis resultados do DM não manejado.
- *“Injúria racial”*: Relatada em 1 caso, apontando para a existência de discriminação racial, mesmo que nesta pesquisa se mostrou como um fator isolado, destaca-se como significativo no ambiente profissional, sendo o racismo um fator relacionado ao poder de influência nas atividades dos profissionais e, conseqüentemente, ao DM.

Essas análises refletem a complexidade e a interdependência dos fatores que compõem o DM, ressaltando que, para uma compreensão profunda desse

fenômeno, é crucial considerar a interação multifacetada entre aspectos éticos, de reconhecimento, de equipe e das condições de trabalho.

Tais medidas não apenas beneficiariam os profissionais, mas também poderiam impactar positivamente a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, evidenciando a interconexão entre o bem-estar dos profissionais de enfermagem e a segurança do paciente.

## 5 DISCUSSÃO

A análise dos dados do estudo, que incluiu 96 profissionais de enfermagem do Paraná, permite uma reflexão bioética sobre o distresse moral desses profissionais. A ética do cuidado foi a âncora teórica elegida pelas pesquisadoras como chave de leitura para a compreensão e discussão dos resultados encontrados.

A ética do cuidado, conforme discutido por autores como Joan Tronto e Carol Gilligan, coloca em destaque a importância das relações interpessoais, da responsabilidade e da sensibilidade às necessidades dos outros. Tronto (1993) defende que o cuidado vai além da simples execução de tarefas, envolve a compreensão das necessidades daqueles que recebem o cuidado e o contexto em que isso ocorre. Na prática de enfermagem, isso significa que os profissionais precisam estar atentos não apenas às necessidades físicas dos pacientes, mas também às dimensões emocionais e contextuais de seu cuidado.

Neste estudo, a predominância de profissionais do gênero feminino reflete uma continuidade histórica do papel tradicional da mulher no cuidado, alinhando-se às observações de Gilligan (2018), que associam o cuidado a valores considerados femininos, como empatia e responsabilidade relacional. Esses valores moldam a dinâmica do cuidado na enfermagem, tornando-a uma profissão que exige não apenas competência técnica, mas também uma capacidade de conexão humana.

Os resultados da pesquisa revelam que a maioria dos profissionais está diretamente envolvida em atividades assistenciais (80%), distribuídos entre setores de internamento, críticos e primários. Essa diversidade de ambientes de trabalho evidencia a amplitude dos desafios éticos e emocionais enfrentados pelos enfermeiros, que variam conforme o contexto. As variações na faixa etária e no tempo de formação (30% com 10 anos ou mais de experiência), além da diversidade em termos de experiência, pode influenciar a forma como os profissionais percebem e lidam com o DM (Corley, 2002).

Ao aplicar a EDME-Br, foram identificados fatores que afetam significativamente o bem-estar dos profissionais de enfermagem. A análise

revelou que o fator "Defesa de Valores e Direitos", relacionado à capacidade dos enfermeiros de defender os direitos dos pacientes e manter valores éticos em sua prática, apresentou uma baixa frequência e intensidade de problemas, como evidenciado pelas medianas de 0,00. Isso pode sugerir que, em muitos casos, os profissionais não enfrentam regularmente situações em que precisam se posicionar para proteger valores e direitos, ou que quando enfrentam, essas situações não geram um impacto moral significativo.

Por outro lado, os fatores "Condições de Trabalho" e "Equipes de Trabalho" mostraram medianas mais elevadas, indicando que problemas como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos e o preparo inadequado dos colegas são desafios constantes e de grande intensidade. Esses fatores estão diretamente relacionados às pressões diárias enfrentadas pelos enfermeiros, como a necessidade de garantir um cuidado seguro e qualificado em um ambiente muitas vezes hostil e/ou com recursos limitados.

A alta prevalência de DM associada a esses fatores sugere que os profissionais de enfermagem se veem frequentemente em situações em que precisam lidar com condições subótimas de trabalho, o que aumenta o risco de erros e compromete a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a dinâmica das equipes de trabalho, que pode envolver conflitos, falta de apoio e comunicação ineficaz, é um fator agravante do DM, já que dificulta a implementação de práticas éticas e colaborativas.

O que se torna claro é que, embora eventos estressantes possam não ser frequentes, sua intensidade é significativa, deixando um impacto duradouro no emocional e no profissional dos profissionais de enfermagem. Isso reflete na ética do cuidado, que exige uma resposta sensível e responsável às necessidades dos outros. Na prática, isso significa que as instituições de saúde precisam oferecer suporte contínuo para que profissionais da enfermagem possam lidar de forma eficaz com esses desafios, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e ético (Torralba, 2009).

Ao analisar a incidência dos fatores que afetam os profissionais, percebe-se que os problemas relacionados ao DM vão além do enfrentamento de

situações críticas, como por exemplo as decisões no contexto de fim de vida. Esses fatores abrangem questões associadas às relações interpessoais, dinâmicas institucionais e sobrecarga de trabalho.

Sob a perspectiva de Joan Tronto (1993), esses desafios podem ser interpretados como falhas nas dimensões do cuidado, especialmente no equilíbrio entre responsabilidades e recursos disponíveis, e na garantia de justiça entre os envolvidos. Tronto (2013) ressalta que o cuidado é uma prática moral que exige atenção, competência e resposta às necessidades dos outros, mas, em contextos de sobrecarga e negligência institucional, pode levar à erosão do cuidado e ao agravamento do DM.

Assim, essa análise não apenas destaca a complexidade dos fatores que contribuem para o distresse moral, mas também aponta a necessidade de discussões mais amplas sobre como reestruturar as práticas de cuidado para promover a justiça e minimizar os impactos adversos no trabalho.

Em relação as diferenças relacionadas ao gênero, os dados da Tabela 4 indicam que os profissionais que se identificaram como sendo homens, indicaram níveis mais altos de DM, especialmente no fator "Infrações Éticas". Este dado sugere que os homens podem sentir uma pressão maior em relação a questões éticas, talvez devido a expectativas sociais e culturais diferentes, como discutido por Tronto (1993) e Gilligan (2018). Na prática, isso pode significar que as abordagens de suporte e intervenção precisam ser sensíveis a essas diferenças, para que profissionais, independentemente do gênero, possam receber o apoio adequado. No entanto, faz-se necessário novos estudos considerando dados de gênero e sexualidade para compreender as motivações deste resultado.

As diferenças observadas entre as áreas administrativas e assistenciais são igualmente notáveis. No setor administrativo, o maior índice de DM relacionado a infrações éticas pode refletir a complexidade e a carga de decisões difíceis que esses profissionais enfrentam, sobrepujando o índice de DM no setor assistencial. Ao ter uma visão mais ampla das práticas na linha de frente, os enfermeiros em posições administrativas podem experimentar o DM ao perceber

falhas ou lacunas na assistência prestada, que talvez não sejam tão evidentes para aqueles que estão diretamente envolvidos no cuidado diário. Esses fatores refletem elementos essenciais que influenciam o DM, como a percepção de valorização profissional, dilemas éticos enfrentados, a necessidade de defender princípios e direitos, e a dinâmica das equipes de trabalho. Esse achado é relevante, pois demonstra uma preocupação constante com a ética e os valores dos pacientes e profissionais, alinhando-se aos princípios da ética do cuidado, que enfatiza a importância de preservar os direitos e a dignidade no ambiente de trabalho (Torralba, 2009).

Por outro lado, a análise das correlações, mesmo quando estatisticamente significativas, revela que em muitos casos a força dessas correlações é fraca, sugerindo uma complexidade na forma como diferentes fatores interagem na experiência do DM. A menor força nas correlações entre "Condições de Trabalho" e "Defesa de Valores e Direitos", por exemplo, indica que uma abordagem multifacetada é necessária para gerenciar o DM de forma eficaz. Isso reforça a necessidade de intervenções personalizadas que considerem a singularidade de cada contexto de trabalho e a individualidade de cada profissional.

Além da escala propriamente dita, foi incluído na pesquisa quatro questões abertas para melhor entendimento da possibilidade de situações não contempladas na escala, oferecendo um melhor entendimento dos fatores que desencadeiam o DM desses profissionais a partir de suas percepções.

Essa estratégia permitiu uma compreensão mais ampla e aprofundada das experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, promovendo uma base para discutir intervenções. Entre as situações relatadas, destaca-se o assédio moral, caracterizado por cobranças exageradas e a falta de suporte adequado, o que gerou um ambiente de trabalho opressor e prejudicial à saúde mental dos trabalhadores. Torralba (2009), em sua abordagem da ética do cuidado, enfatiza a importância do respeito e da empatia nas relações de trabalho, especialmente em profissões que lidam com o cuidado do outro. Quando os profissionais são pressionados além de suas capacidades, sem o suporte adequado, há uma ruptura na relação de cuidado com o paciente e com

o próprio trabalhador, culminando no DM, uma vez que se veem incapazes de atender adequadamente às necessidades éticas de seu trabalho.

Outro ponto relevante identificado foi a desvalorização profissional, evidenciada tanto pela falta de reconhecimento nas instituições quanto pela falta de conhecimento da sociedade em relação ao papel da enfermagem. Esse cenário pode ser compreendido, sob a ótica da ética do cuidado, como uma falha nas dimensões morais do cuidado, especialmente na dimensão da responsabilidade e na resposta adequada às necessidades de quem cuida. Tronto (1993) destaca que o cuidado é uma prática relacional que exige não apenas atenção às necessidades do outro, mas também o reconhecimento e o suporte aos profissionais que cuidam.

Quando esses profissionais não recebem o devido reconhecimento, respeito ou condições de trabalho adequadas, há uma ruptura na reciprocidade do cuidado, o que contribui para o desgaste emocional e físico dos trabalhadores e compromete a qualidade do cuidado prestado (Tronto 1993).

O resultado dessa negligência é o afastamento do profissional de seu trabalho, o que compromete a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a falta de oportunidades de qualificação e crescimento agrava essa situação, reforçando a precarização da profissão. Atrelado a isso, Tronto (1993) destaca que uma sociedade que não valoriza adequadamente seus cuidadores demonstra uma falha ética em reconhecer o cuidado como um valor central nas relações humanas.

A questão da injúria racial, relatada por alguns participantes, pode ser analisada sob a perspectiva da ética do cuidado de Carol Gilligan (1997), que enfatiza a importância de relações humanas baseadas na atenção e no reconhecimento mútuo. O racismo no ambiente de trabalho desfaz conexões, desvaloriza a dignidade do profissional e intensifica o DM, ao gerar sentimentos de exclusão e desamparo. Para abordar essa questão, é essencial que as instituições promovam uma cultura de cuidado, implementando políticas que combatam a discriminação e valorizem a diversidade.

A elevada carga horária e a rotatividade de setores também foram apontadas como fatores geradores de estresse, comprometendo a saúde física e mental dos profissionais. Essas condições de trabalho desumanizadas refletem uma concepção instrumental dos profissionais de saúde, que vão contra os princípios defendidos pela ética do cuidado, como destaca Torralba (2009). A ética do cuidado propõe que as relações humanas, especialmente aquelas centradas no trabalho de cuidar, devem ser baseadas no respeito, na dignidade e na empatia. Quando o profissional é tratado como uma engrenagem, sujeito a rotinas extenuantes e sem a possibilidade de descanso ou adaptação, o cuidado com o outro se deteriora, pois o próprio cuidador está em sofrimento.

Os resultados obtidos a partir do questionamento sobre se já consideraram ou abandonaram uma posição de trabalho devido ao DM indicam que, apesar de um significativo número de profissionais estar exposto a níveis críticos de DM, muitos continuam em suas funções, enfrentando desafios diários que afetam tanto sua saúde quanto sua qualidade de vida.

Essa resiliência diante de condições adversas pode ser analisada sob diversas perspectivas, Rushton (2017), que se refere à capacidade dos profissionais de saúde de enfrentar e superar situações éticas desafiadoras, mantendo sua integridade e comprometimento com o cuidado ao paciente e Torralba (2009), ao discutir a ética do cuidado, que destaca que muitos profissionais de saúde permanecem em suas funções mesmo diante de dificuldades extremas devido ao seu profundo compromisso ético com os pacientes. A sensação de responsabilidade em relação ao cuidado e o dever de minimizar o sofrimento alheio podem fazer com que a enfermagem suporte condições precárias, pressionados pela ideia de que sua saída poderia agravar a situação daqueles que dependem de seus cuidados.

Participantes que consideraram, mas não saíram, refletem profissionais que enfrentaram conflitos éticos, mas optaram por permanecer em seus cargos. Essa decisão pode estar ligada à resiliência moral, que lhes permite encontrar estratégias de enfrentamento para lidar com o impacto do distresse (Rushton, 2017), no entanto, é importante questionar se essa resiliência está sendo sustentada por suporte institucional, como treinamento, acolhimento ou equipes

colaborativas. Ou seria uma resiliência "forçada", onde os profissionais permanecem apesar do sofrimento, possivelmente com prejuízos à saúde mental e à qualidade do cuidado prestado?

A decisão de abandonar o cargo, pode indicar um esgotamento da capacidade de resiliência ou a ausência de recursos institucionais que ajudem a mitigar o distresse moral. Quando a resiliência não é sustentada por condições de trabalho saudáveis, os profissionais podem optar por sair como forma de preservar sua saúde física e mental, bem como seus valores éticos (Rushton, 2017).

Por outro lado, os participantes que não consideraram deixar uma posição profissional, podem estar demonstrando uma resiliência robusta, possivelmente sustentada por fatores como valores éticos e pessoais alinhados ao trabalho, suporte social ou organizacional adequado e uma capacidade de adaptação emocional a ambientes adversos. No entanto, é essencial investigar se esses profissionais também enfrentam desafios éticos semelhantes, o que abre portas para que novos estudos explorem com novos olhares o DM relacionado a esses profissionais.

Do mesmo modo, o DM muitas vezes emerge em ambientes onde os profissionais se sentem presos entre as demandas institucionais e a qualidade do cuidado que desejam oferecer. Gilligan (1977), argumenta que as decisões éticas não ocorrem isoladamente, mas dentro de um contexto de relações que exige equilíbrio entre atender às necessidades dos outros e preservar o próprio bem-estar. Quando os profissionais enfrentam sobrecarga de trabalho e falta de apoio, o forte senso de responsabilidade ética pode levá-los a permanecer em situações prejudiciais à saúde mental, evidenciando a urgência de instituições que respeitem e promovam uma ética de cuidado mais equilibrada.

Além disso, a análise da consideração de abandono do trabalho devido ao DM sublinha a importância de oferecer suporte contínuo ao longo da carreira. Profissionais mais novos, como explorado nos relatos, podem estar mais vulneráveis a esse tipo de estresse devido à falta de experiência e ao menor suporte, conforme sugerido por Corley (2002) e Torralba (2009).

Esses dados evidenciam a necessidade de implementar programas de orientação e desenvolvimento contínuo que auxiliem os profissionais de saúde a enfrentar os desafios éticos que emergem em sua prática cotidiana. Essa demanda, no entanto, não se limita ao âmbito da educação permanente, mas deve ser contemplada desde a formação inicial desses profissionais. Conforme destaca Torralba (2009), a ética deve ser entendida como um elemento estruturante do cuidado, integrando a formação com uma abordagem centrada na humanização e nos valores fundamentais do exercício profissional.

Particularmente na formação em enfermagem, é imprescindível que os currículos incluam conteúdos que promovam o reconhecimento e a gestão de conflitos éticos, estimulando a reflexão crítica e a tomada de decisão fundamentada em princípios éticos e humanitários. A formação adequada prepara o futuro profissional para lidar com a complexidade das situações enfrentadas no dia a dia, contribuindo para um cuidado mais humano, responsável e alinhado às necessidades dos pacientes e da sociedade.

Outro fator relevante demonstrado no estudo é a dependência financeira. Diversos participantes relataram que a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios para garantir um salário digno os impede de abandonar seus cargos, mesmo diante de condições de trabalho insustentáveis. A sobrecarga de trabalho associada a essa necessidade financeira agrava o DM, mas também prende o profissional à função. Essa realidade pode ser interpretada como uma falha estrutural no cuidado, onde as instituições e a sociedade não conseguem oferecer condições dignas para que os cuidadores realizem seu trabalho sem comprometer sua saúde e bem-estar. Tronto (1993) enfatiza que o cuidado é uma prática socialmente organizada e, quando as necessidades dos cuidadores são negligenciadas em prol de exigências institucionais ou econômicas, cria-se um ciclo de desvalorização que reforça a precarização da profissão.

O *burnout*, identificado como uma das principais consequências do DM, aparece nos relatos, por meio dos profissionais que mencionam exaustão emocional, física e mental, frequentemente atribuída à sobrecarga de trabalho e à pressão psicológica. A partir da perspectiva de Nel Noddings, o *burnout* pode ser entendido como resultado de um desequilíbrio na relação de cuidado.

Noddings (2013) argumenta que o cuidado autêntico exige que tanto quem cuida quanto quem é cuidado tenham suas necessidades reconhecidas, em um processo de reciprocidade. Quando essa reciprocidade é rompida, como no caso de profissionais submetidos a condições de trabalho extenuantes e falta de suporte, ocorre um esvaziamento do sentido de cuidar, levando à despersonalização e à sensação de incapacidade. Esse cenário, que surge a partir da perspectiva dos profissionais, evidencia a necessidade de intervenções que não apenas enfrentem o DM, mas que também promovam uma cultura de cuidado equilibrado, na qual as necessidades dos cuidadores sejam valorizadas e atendidas.

Outro ponto levantado por autores como Tronto (1993) é que, em muitos casos, os profissionais permanecem devido à falta de autonomia e à rigidez hierárquica das instituições de saúde. A ausência de voz ativa no processo de tomada de decisão, combinada com a centralização de poder por parte de gestores, cria um ambiente de passividade, onde a ideia de mudança parece distante ou inatingível. Assim, os profissionais acabam por aceitar essas condições, mesmo que isso signifique continuar em um ambiente que lhes causa sofrimento.

Finalmente, o impacto psicológico de deixar uma função pode ser um fator de contenção. Profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, tendem a desenvolver vínculos com suas equipes e com os pacientes que atendem. A decisão de abandonar uma posição, embora frequentemente considerada, é dolorosa, já que implica em romper esses laços. Esse apego emocional e o medo das consequências que sua saída poderia causar, como a sobrecarga de colegas ou a piora no atendimento ao paciente, reforçam a permanência mesmo em situações extremas.

Nesta análise, Gilligan (2018) destaca que o cuidado é um imperativo ético profundamente relacional, que requer sensibilidade às conexões humanas e atenção às necessidades do outro. Noddings (2013) argumenta que o cuidado autêntico se baseia na reciprocidade e na compreensão mútua, aspectos frequentemente negligenciados em ambientes de trabalho sobrecarregados. Já Tronto (1993) enfatiza que o cuidado não é apenas uma prática individual, mas

também uma responsabilidade social e institucional, sendo essencial estruturar condições que permitam seu exercício pleno. No contexto do DM, onde os profissionais enfrentam conflitos entre suas obrigações éticas e as limitações do sistema de saúde, essas perspectivas sugerem a necessidade de uma reavaliação das condições de trabalho.

Quando o cuidado é reduzido a uma sequência de tarefas técnicas, desconectadas de sua dimensão ética e relacional, ocorre um esgotamento moral significativo, como apontado por Corley (2002). Essa desconexão não só intensifica o DM, mas também compromete o bem-estar dos profissionais, o que reforça que o cuidado deve integrar tanto aspectos técnicos quanto éticos, destacando a escuta e a presença como pilares essenciais para superar as limitações estruturais e promover um ambiente de trabalho mais humano e sustentável (Torralba, 2009).

Portanto, aplicar a ética do cuidado no desenvolvimento de políticas internas de saúde pode significar não somente criar ambientes como também melhorar os ambientes de trabalho já existentes, onde os profissionais de enfermagem tenham o suporte necessário para exercer seu trabalho de maneira ética e plena, diminuindo assim a incidência de DM. Tal abordagem não apenas melhora o bem-estar dos profissionais, mas também eleva a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, criando um ciclo virtuoso que beneficia toda a comunidade de saúde.

É importante ressaltar que a presença de obstáculos como a falta de recursos adequados pode impedir que esses profissionais sigam o curso de ação que consideram mais ético, exacerbando o DM e aumentando o risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Koppmann, *et al.*, 2021).

Em suma, este estudo destaca a importância de integrar a ética do cuidado na prática de enfermagem para mitigar o DM. Ao promover um ambiente de trabalho que valorize o cuidado relacional, ofereça condições justas e recursos adequados, e apoie o desenvolvimento profissional, podemos não apenas melhorar o bem-estar dos profissionais de enfermagem, mas também elevar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa alcançou seu objetivo de avaliar o DM em profissionais de enfermagem e identificar os fatores relacionados a esse fenômeno. Acerca do DM em profissionais de enfermagem, o mesmo se mostrou um processo que revela a complexidade dos desafios éticos e emocionais enfrentados por esses profissionais. A presente pesquisa evidencia que o DM não é um fenômeno isolado, mas profundamente enraizado nas condições de trabalho, nas dinâmicas de equipe e na pressão constante para fornecer um cuidado seguro e de alta qualidade, mesmo em condições adversas.

A análise do DM entre profissionais de enfermagem revelou que, embora a frequência de certos problemas éticos, como a defesa de valores e direitos, seja baixa, a intensidade dos desafios relacionados a condições de trabalho adversas e dinâmicas de equipe disfuncionais é alta e persistente.

Os achados indicam que os fatores relacionados à "Defesa de Valores e Direitos" apresentam uma baixa frequência e intensidade de problemas, enquanto "Condições de Trabalho" e "Equipes de Trabalho" se destacam como as principais fontes de sofrimento moral, com medianas elevadas que refletem sobrecarga de trabalho, falta de profissionais, e preparo inadequado dos colegas.

Esses resultados encontram ressonância na literatura existente sobre DM, que apontam para as condições de trabalho adversas como fatores críticos que comprometem o bem-estar dos profissionais de saúde. Além disso, a ética do cuidado, discutida por Tronto (1993) e Gilligan, (1977) oferece uma lente através da qual se pode compreender melhor as relações e responsabilidades envolvidas no cuidado de outros, destacando a importância de um ambiente de trabalho que valorize essas relações e promova o bem-estar dos cuidadores. Torralba (2009) também enfatiza a necessidade de uma abordagem humanística, que valorize a dignidade tanto do paciente quanto do profissional, sugerindo que intervenções focadas na melhoria das condições de trabalho e na promoção de relações de equipe mais saudáveis podem ser eficazes na mitigação do DM.

A análise da disposição dos profissionais de enfermagem em abandonar ou considerar a saída do trabalho devido ao DM revela um padrão preocupante, indicando a vulnerabilidade desses indivíduos em diferentes estágios de suas carreiras. Conforme ressaltado por Corley (2002), enfermeiros em início de carreira enfrentam dificuldades acentuadas ao lidar com situações eticamente desafiadoras, o que os torna mais suscetíveis ao DM. Essa fragilidade é exemplificada nos relatos dos profissionais, que demonstram a falta de suporte e orientação ética que pode agravar a experiência de DM entre profissionais, inclusive os menos experientes.

Outros pontos como falta de novas possibilidades de trabalho, questões de virtude, empatia ou hospitalidade, são fatores que podem ser discutidos em futuros estudos, uma vez que para esta análise não foram elencados para mensuração.

Nesse sentido, o cuidado deve ser visto como uma prática que se fundamenta em quatro elementos: atenção, responsabilidade, competência e capacidade de resposta. Aplicando esses princípios, torna-se essencial oferecer um acolhimento efetivo e atento, que responda às necessidades dos profissionais de enfermagem, promovendo uma cultura organizacional em que o suporte ético não apenas previna o DM, mas também reforce a resiliência e o desenvolvimento profissional contínuo (Tronto, 1993).

A análise comparativa entre as intenções de deixar posições de trabalho devido ao distresse moral com o gênero demonstra que o impacto do DM afeta ambos os gêneros de maneira semelhante, mas a capacidade de enfrentamento está intimamente ligada à resiliência moral, dessa forma, organizações de saúde possuem um papel crucial em fomentar essa resiliência, prevenindo o abandono do trabalho ou o sofrimento prolongado daqueles que permanecem em suas posições (Rushton, 2017).

Nesse contexto, a implementação de programas de suporte e desenvolvimento contínuo para os profissionais de enfermagem se torna fundamental, especialmente para aqueles que estão no início de suas jornadas profissionais. Esses programas devem não apenas fornecer orientação prática,

mas também incentivar reflexões éticas que promovam a resiliência e a capacidade de enfrentamento dos desafios morais inerentes à prática da enfermagem (Ramos *et al.*, 2019). A formação contínua e o apoio psicológico são essenciais para fortalecer a saúde mental desses profissionais, garantindo que possam oferecer cuidados de qualidade enquanto preservam seu bem-estar emocional.

Diante das reflexões representadas pela intenção de abandono de cargo, fica claro que, embora o DM seja um fator determinante essa tomada de decisão, há uma complexa rede de motivos que mantém os profissionais em suas funções. Compromisso ético, responsabilidade financeira, falta de autonomia e o impacto psicológico de deixar o ambiente de trabalho são elementos que se entrelaçam e contribuem para a permanência dos enfermeiros em situações que lhes causam sofrimento. Isso evidencia a necessidade de intervenções institucionais que não só reconheçam, mas atuem ativamente para mitigar os fatores desencadeadores de DM, garantindo um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável para esses profissionais.

Finalmente, a questão "quem cuidará do cuidador?" surge como uma reflexão importante na discussão do DM. O cuidado dos profissionais de enfermagem, que exercem o cuidado, é um imperativo ético e prático, que demanda a criação de políticas e práticas institucionais voltadas para o suporte psicológico, emocional e profissional da enfermagem. Assim como é esperado que os profissionais de saúde adotem um olhar humanizado e holístico para garantir uma assistência integral aos pacientes, essa mesma abordagem deve ser aplicada aos próprios profissionais.

O cuidado contínuo para a enfermagem, tanto em termos físicos quanto emocionais, contribui para que possam desempenhar suas funções com qualidade, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e, conseqüentemente, um atendimento mais eficaz e humanizado aos pacientes. Se a saúde desses profissionais não for priorizada, a capacidade deles de oferecer um atendimento humanizado e eficiente aos pacientes também estará comprometida. Portanto, torna-se indispensável que o olhar humanizado, que é a base da assistência ao paciente, se estenda igualmente àqueles que estão na

linha de frente do cuidado, fortalecendo o ambiente de trabalho e prevenindo o desenvolvimento/agravamento do DM.

Estratégias como a criação de espaços de diálogo, supervisão ética e apoio psicológico devem ser consideradas, não apenas como formas de prevenção do DM, mas como pilares de um sistema de saúde que reconhece e valoriza a integridade e o bem-estar dos seus profissionais. Assim, ao promover o cuidado de quem cuida, não apenas se mitiga o DM, mas também se fortalece a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, assegurando um ambiente de trabalho mais ético, humano e sustentável para todos os envolvidos.

Também, a formação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, deve ser vista como uma oportunidade estratégica para o desenvolvimento de competências éticas que garantam um cuidado mais humanizado e alinhado às demandas contemporâneas da prática profissional. Investir na inclusão de conteúdos que abordem os dilemas éticos e promovam a reflexão crítica durante a graduação é fundamental para preparar os futuros profissionais para lidar com situações complexas e desafiadoras. Nesse sentido, como destaca Torralba (2009), a educação deve transcender a mera transmissão de conhecimentos técnicos, promovendo a construção de valores éticos que fortaleçam a sensibilidade e o compromisso com o cuidado integral ao paciente.

Com isso, é necessário voltar-se para as vulnerabilidades que profissionais de enfermagem estão expostos, principalmente quanto aos impactos significativos que essas condições podem provocar em sua saúde mental, qualidade de vida e desempenho no ambiente de trabalho. O reconhecimento de fatores como DM e suas consequências é essencial para compreender as adversidades enfrentadas diariamente por esses profissionais, que frequentemente lidam com cargas emocionais intensas e dilemas éticos em sua prática.

Nesse contexto, espera-se que este estudo contribua para o entendimento sobre o DM em profissionais de enfermagem, promovendo reflexões que inspirem tanto novos estudos quanto a criação de estratégias

eficazes para mitigar esses desafios, bem como que os achados deste trabalho contribuam para o desenvolvimento de medidas e ações protetivas que promovam maior segurança, suporte emocional e bem-estar no ambiente de trabalho, além de fortalecer as bases para um cuidado mais humanizado, ético e sustentável na enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AHOKAS, F.; HEMBERG, J. Moral distress experienced by care leaders' in older adult care: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 2022.

BLACKBURN, S. Alasdair MacIntyre: After Virtue. **Philosophical Investigations**, v. 5, n. 2, 1982.

CACCHIONE, P. Z. **Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic** *Clinical Nursing Research*, 2020.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, 2002.

CRESWELL, J. W.; LUKETIĆ SVEUČILIŠTE U ZADRU, D.; ZA PEDAGOGIJU, O. **Research Desing: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (3 rd Edition) (Nacrt istraživanja: kvalitativni, kvantitativni i mješoviti pristupi)**. [s.l: s.n.].

DAVIS, A. J. ETHICAL ASPECTS OF HUMAN CARING. **Journal of Japan Academy of Nursing Science**, v. 12, n. 4, 1992.

FIGUEIREDO, A. M. DE. Bioética clínica e sua prática. **Rev. bioét (Impr.)**, v. 19, n. 2, 2011.

FONTENELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTENELLES, R. G. S. Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. **Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa**, 2009.

GALLAGHER, A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16, n. 2, 2011.

GALVIN, K.; TODRES, L. **Caring and well-being: A lifeworld approach**. [s.l: s.n.].

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. p.53.

GILLIGAN, C. In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality. **Harvard Educational Review**, v. 47, n. 4, 1977.

\_\_\_\_\_. Moral orientation and moral development [1987]. *Em: Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics*. [s.l: s.n.]. .

JAMETON, A. Nursing practice, the ethical issues: Andrew Jameton. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey (1984). **International Journal of Nursing Studies**, v. 22, n. 4, 1985.

\_\_\_\_\_. A Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 3, 2013.

KOPPMANN, A.; CANTILLANO, V.; ALESSANDRI, C. MORAL DISTRESS AND BURNOUT AMONG HEALTH PROFESSIONALS DURING COVID-19. **Revista Medica Clinica Las Condes**, v. 32, n. 1, p. 75–80, 1 jan. 2021.

LÜTZÉN, K.; DAHLQVIST, V.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. **National Library of Medicine**, 2003.

MANCIO FERREIRA DA LUZ, E.; LOPES MUNHOZ, O.; MORAIS, B. X.; BITENCOURT TOSCANI GRECO, P.; CAMPONOGARA, S.; MAGNAGO, T. S. B. DE S. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 1 out. 2020.

MORLEY, G. **What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it?** **Journal of Clinical Nursing** Blackwell Publishing Ltd, , 1 out. 2018.

NODDINGS, NEL. **Caring a relational approach to ethics & moral education / Nel Noddings.** [s.l: s.n.].

RIEDEL, P. L.; KREH, A.; KULCAR, V.; LIEBER, A.; JUEN, B. **A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19** **International Journal of Environmental Research and Public Health** MDPI, , 1 fev. 2022.

RUSHTON, C. H. Cultivating moral resilience. **American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, 2017.

SALA DEFILIPPIS, T. M. L.; CURTIS, K.; GALLAGHER, A. Conceptualising moral resilience for nursing practice. **Nursing Inquiry**, v. 26, n. 3, 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. FERNANDES.; LUCIO, M. D. P. BAPTISTA. **Metodologia de pesquisa.** . 5. ed. Porto alegre: Dados eletrônicos , 2013.

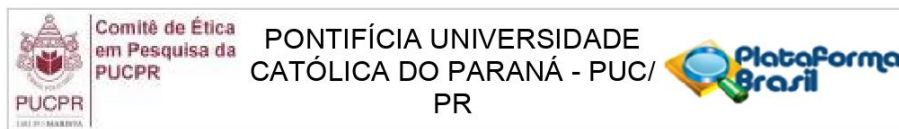
TRAUTMANN, J.; EPSTEIN, E.; ROVNYAK, V.; SNYDER, A. Relationships among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments: Results from a National Survey. **Advanced Emergency Nursing Journal**, v. 37, n. 2, 2015.

WILKINSON, J. M. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. **Nursing Forum**, v. 23, n. 1, 1987.

WOOD, E.; KING, R.; TAYLOR, B.; ROBERTSON, S.; SENEK, M.; TOD, A.; RYAN, T. Moral distress in advanced practice nurses during the COVID-19 pandemic. **Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)**, v. 37, n. 11, 2022.

## ANEXOS

### ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Distresse moral de profissionais de enfermagem do estado do Paraná: um estudo quantitativo

**Pesquisador:** ELENA LOMBA DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70659723.8.0000.0020

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.153.006

##### Apresentação do Projeto:

"Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa que tem como objetivo analisar o distresse moral de profissionais de enfermagem do estado do Paraná. Especificamente, avaliar o distresse moral em profissionais de enfermagem no estado do Paraná e, identificar os fatores relacionados ao distresse moral em profissionais de enfermagem. Para tanto, este estudo consiste na aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral em profissionais de enfermagem que atuem tanto na área assistencial como de coordenação ou administrativa. Espera-se que esse estudo contribua para o entendimento do distresse moral em profissionais de enfermagem, bem como contribuir para novas medidas e ações protetivas que possam garantir ao profissional maior segurança e melhor desempenho de seu trabalho."

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o distresse moral de profissionais de enfermagem no estado do Paraná.

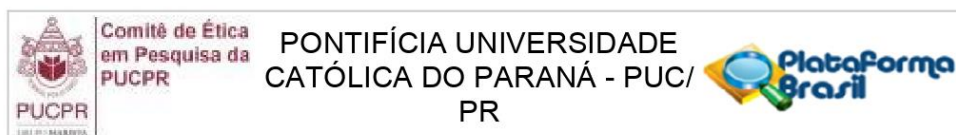
**Objetivo Secundário:**

Avaliar o distresse moral em profissionais de enfermagem no estado do Paraná. Identificar os fatores relacionados ao distresse moral em profissionais de enfermagem."

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição, nº 1155 - prédio administrativo, 6º andar, Diretoria de pesquisa  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 6.153.006

Os riscos são que os entrevistados podem ficar constrangidos ou desconfortáveis com as perguntas do estudo ou tenham medo de que suas respostas sejam expostas. Para minimizar os riscos, os participantes serão esclarecidos pela pesquisadora que os dados serão publicados sem permitir a identificação dos participantes, sendo assegurado, em toda a pesquisa, o sigilo e o anonimato dos participantes.

**Benefícios:**

Não existem benefícios diretos da pesquisa para o participante, entretanto, a partir do conhecimento dos fatores relacionados ao distresse moral em profissionais de enfermagem, novas estratégias podem ser pensadas, bem como contribuir para novas medidas e ações protetivas que possam garantir ao profissional maior segurança e melhor desempenho de seu trabalho."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Dissertação Mestrado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Ver Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

**Recomendações:**

Vale ressaltar que o pesquisador aponta para o envio virtual através de bola de neve virtual - fica vedada a solicitação pelo pesquisador de fontes de emails, contato ou qualquer outro dado de participantes para órgãos de classe, instituições ou qualquer terceiro - dado que isso não está expresso na metodologia. Deve, assim, utilizar fontes de contato que já possui ou disponibilização em ambiente virtual de livre acesso. Ademais, a pesquisa está em conformidade com as normas éticas vigentes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

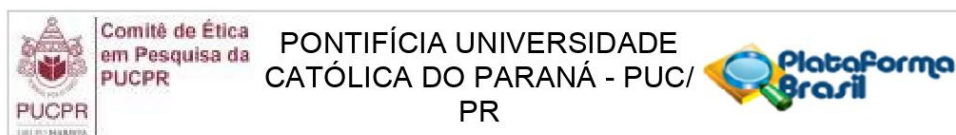
Não foram observados óbices de ordem ética para a execução da proposta conforme apresentada. Projeto de pesquisa aprovado, pois em consonância com os ditames éticos e legais das Resoluções nºs 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição, nº 1155 - prédio administrativo, 6º andar, Diretoria de pesquisa  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 6.153.006

ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem            | Autor                   | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2156052.pdf | 20/06/2023 17:09:49 |                         | Aceito   |
| Outros                                                    | INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS_ELENA.pdf      | 20/06/2023 17:07:51 | ELENA LOMBA DE OLIVEIRA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ELENA.pdf                                | 20/06/2023 16:32:57 | ELENA LOMBA DE OLIVEIRA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_DISTRESSE_MORAL_ELENA.pdf             | 20/06/2023 16:32:45 | ELENA LOMBA DE OLIVEIRA | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | FOLHA_DE_ROSTO_ELENA.pdf                      | 20/06/2023 16:32:28 | ELENA LOMBA DE OLIVEIRA | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 30 de Junho de 2023

---

**Assinado por:**  
**Ana Carla Efig**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição, nº 1155 - prédio administrativo, 6º andar, 4 Diretoria de pesquisa  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br

## ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> |
|---------------------------------------------------|

LINK DO INSTRUMENTO: <https://forms.gle/9ujtcjPCpThBaecW7>

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “Distresse moral de profissionais de enfermagem no estado do Paraná”, que tem como objetivo analisar o distresse moral de profissionais de enfermagem quanto frequência e intensidade.

O distresse moral ocorre quando os profissionais não conseguem atuar de maneira que consideram apropriada e ética devido barreiras ou restrições externas ou internas. Esta pesquisa lista situações que podem ocorrer na prática clínica.

Acreditamos que esta pesquisa seja importante pela relevância das vulnerabilidades que o profissional de enfermagem está sujeito, principalmente nos efeitos que tais vulnerabilidades provocam em sua saúde mental e qualidade de vida e trabalho.

### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua participação no referido estudo será de responder ao inventário de distresse moral em profissionais de enfermagem, que apresenta 58 itens aos quais você deverá responder na primeira escala sobre a frequência em que a situação ocorre (0 = nunca, até 6 = muito frequente) e na segunda escala sobre a intensidade do distresse sofrimento/angústia moral que você vivencia na situação (0 = nenhum, até 06 = muito intenso) A aplicação da escala levará em torno de 20 minutos. Também serão coletados dados sócio-demográficos como idade, gênero, tempo de formação, tempo de atuação na instituição, áreas de atuação e número de vínculos empregatícios.

### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que não há benefícios diretos ao participante. É possível que você tenha medo que suas respostas sejam expostas, mas para minimizar tais riscos, o acesso aos dados é possível apenas pela conta pessoal da pesquisadora (acesso com senha) e na publicação dos dados da entrevista serão utilizados códigos alfanuméricos (P1, P2...) acompanhando os relatos.

### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

### **AUTONOMIA**

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

## RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: depósito em conta corrente.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## CONTATO

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto é Elena Lomba de Oliveira, mestranda em Bioética e sua orientadora Carla Corradi Perini, professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com as quais você pode manter contato pelos telefones (41) 988960891 e (41) 988296445. E-mails para contato: [elenalomba26@gmail.com](mailto:elenalomba26@gmail.com) e [carla.corradi@pucpr.br](mailto:carla.corradi@pucpr.br)

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Receberei uma via assinada e datada deste documento e igual a via assinada e datada que será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

- ☐ Sim, aceito participar da pesquisa e sou maior de 18 anos
- ☐ Não, não aceito participar da pesquisa e/ou sou menor de 18 anos

### ANEXO 3: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br)

##### Dados de Identificação:

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Prefiro não declarar  
 Há quanto tempo é formado? ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos  
☐ 10 anos ou mais  
 Você atua como: ☐ Enfermeiro(a) ☐ Técnico(a) de enfermagem ☐ Auxiliar de enfermagem  
☐ Parteira  
 Quantos vínculos empregatícios possui no momento: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ou mais  
 Em qual área de atuação você exerce predominantemente? ☐ assistencial ☐ coordenação ☐ gestão  
☐ administrativo ☐ outro: \_\_\_\_\_

##### Qual seu setor de atuação?

*As informações prestadas só podem se referir a um trabalho/vínculo, de acordo com o tipo de serviço ou nível de atenção. Caso você trabalhe em serviços diferentes (exemplo: atenção básica e clínica de internação) pedimos que escolha apenas uma para considerar em suas respostas (como o principal).*

- ☐ Atenção primária (UBS)
- ☐ UPA 24H
- ☐ UTIs
- ☐ Setores de internamento hospitalar adulto
- ☐ Setores de internamento hospitalar pediátrico
- ☐ Pronto Socorro Hospitalar
- ☐ Maternidade
- ☐ Ambulatório
- ☐ Infectologia
- ☐ Regulação de leitos
- ☐ SAMU
- ☐ Centro Cirúrgico
- ☐ Centro Cirúrgico obstétrico
- ☐ CAPS
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Considere a seguinte definição (JAMETON, 1984; CORLEY, 2002):

**DISTRESSE MORAL (também traduzido como angústia ou SOFRIMENTO MORAL) é uma experiência ou situação em que:**

- você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e
- você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho.





**Questões incluídas na pesquisa:**

| <b>SITUAÇÃO</b> |                                                                                                                     | <b>Frequência</b> |   |   |   |   |   |   | <b>Intensidade</b> |   |   |   |   |   |   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|
| 58              | Se há alguma outra situação na qual você sentiu distresse moral, por favor descreva e categorize:<br>_____<br>_____ | 0                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|                 |                                                                                                                     |                   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |

59. Você já abandonou ou considerou deixar uma posição de trabalho devido ao distresse moral?

60. Você está considerando atualmente deixar uma posição de trabalho devido ao distresse moral?

61. Em caso afirmativo, descreva quais fatores contribuíram para essa tomada de decisão.