

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JULIANNA RODRIGUES BELTRÃO

**DISTRESSE MORAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE:
UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

**CURITIBA
2021**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JULIANNA RODRIGUES BELTRÃO

**DISTRESSE MORAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE:
UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética. Área de Concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos, da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Corradi-Perini

**CURITIBA
2021**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

	Beltrão, Julianna Rodrigues
B453d 2021	Distresse moral em profissionais da saúde : uma análise na perspectiva da bioética / Julianna Rodrigues Beltrão ; orientadora: Carla Corradi-Perini. – 2021 103 f. : il. ; 30 cm
	Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2021 Bibliografia: f. 90-93
	1. Bioética. 2. Cuidados paliativos. 3. Conduta. 4. Pessoal de Saúde. I. Perini, Carla Corradi. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-Graduação em Bioética. III. Título.
	CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº23/2021

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às dezesseis horas do dia dez de dezembro do ano de dois mil e vinte e um, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/83215562275?pwd=L1pjeDI3UUtpcEVaZHVwNzU3V1BiUT09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **DISTRESSE MORAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA** apresentada pela aluna **JULIANNA RODRIGUES BELTRÃO**, sob orientação da Professora Doutora Carla Corradi Perini 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)

Professor Doutor Renato Soleiman Franco
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Inês Gimenes Rodrigues
Membro externo (UEL)

Início: 16h **Término:** 17h45min

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

A aluna 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 ao 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.

Aluna: **Julianna Rodrigues Beltrão**

Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de estudo, muitos me perguntaram como consegui conciliar a graduação em Medicina com o Mestrado e queria dizer que não teria sido possível sem o apoio e incentivo das pessoas que fazem parte da minha vida!

Primeiramente agradeço meus pais, Claudio e Christianne, e minha irmã, Marianna, que sempre estiveram ao meu lado, desejando o meu melhor ao longo da minha trajetória. E também aos meus amigos pelo profundo apoio, me estimulando nos momentos mais difíceis;

Minha gratidão especial a Prof.^a Dr.^a Carla, minha orientadora, pela pessoa e profissional que é. Obrigada por toda ajuda nesse processo, por ter acreditado e confiado em mim ao longo desses anos de trabalho conjunto;

Agradeço também a meus professores e colegas de Psicologia por me introduzirem aos Cuidados Paliativos e ao universo da pesquisa;

Por fim, obrigada também à PUCPR que, por meio da bolsa Marcelino Champagnat, incentivou meus estudos e a realização desse Mestrado.

RESUMO

O distresse moral é vivenciado diante um conflito bioético, no qual o profissional é impedido de agir da forma que julga ser moralmente correta devido barreiras externas ou internas. As consequências desse sofrimento podem ameaçar a integridade moral do indivíduo, além de prejudicar a qualidade do cuidado oferecido e resultar em intenções de deixar o emprego. O objetivo desta dissertação foi analisar o fenômeno do distresse moral em profissionais da saúde, na perspectiva da bioética. Esta dissertação está estruturada a partir de três artigos. O primeiro, “Circunstâncias Relacionadas ao Distresse Moral em Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa”, compreende uma revisão integrativa acerca do distresse moral no contexto dos cuidados paliativos. O segundo, “Distresse Moral em Profissionais da Saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa”, constitui uma revisão integrativa do assunto durante a pandemia causada pelo novo coronavírus. E o terceiro, “Tradução Cultural e Validação da Versão Brasileira da Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) no Contexto dos Cuidados Paliativos”, trata-se da tradução validação da versão brasileira de uma escala usada internacionalmente para avaliar o distresse moral. Com base nos resultados da análise de validação inicial exploratória, a versão brasileira da MDM-PS apresentou ótima adequação global dos itens, com magnitude das correlações parciais de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,938. Foram identificados 6 fatores, os quais explicam conjuntamente 64,75% da variação do modelo. Além disso, o valor de Alfa de Cronbach para consistência interna do instrumento como um todo foi de 0,942. As principais circunstâncias causadoras do distresse moral constituem conflitos bioéticos, envolvendo o profissional, o paciente e seus familiares, a equipe e a organização. Sendo que, em sua maioria, referem-se ao descumprimento dos quatro princípios bioéticos – autonomia, beneficência, maleficência e justiça. Conclui-se que a bioética, além de contribuir com o entendimento do distresse moral, também pode auxiliar na sua redução e de suas consequências, ao guiar os sujeitos no processo de deliberação moral. Incentiva-se que sejam realizadas mais pesquisas na área, com intuito de identificar o sofrimento em diferentes profissionais nos variados contextos de saúde no cenário brasileiro.

Palavras-Chave: Bioética; Distresse Moral; Cuidados Paliativos; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Moral distress is experienced when a healthcare professional is impeded from acting in a way considered to be morally correct due to external or internal barriers. The consequences of this suffering can threaten the individual's moral integrity, besides impairing the quality of care provided and resulting in intentions to leave the job. The objective of this dissertation is to analyze the phenomenon of moral distress in health professionals from the perspective of bioethics. This dissertation is structured from three articles. The first "Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review" comprises an integrative review of moral distress in the context of palliative care. The second "Healthcare professional's moral distress during the COVID-19 pandemic: an integrative review" is an integrative review of the subject during the new coronavirus pandemic. And the third "Translation and validation of the Brazilian version of the measure of moral distress for healthcare professional (MMD-HP) in the context of palliative care" refers to the translation and validation of a scale used internationally to assess moral distress. Based on the results of the initial exploratory validation analysis, the Brazilian version of the MDM-PS showed excellent overall adequacy of the items, with a magnitude of partial Kaiser-Meyer-Olkin correlations of 0.938. Six factors were identified, which together explain 64.75% of the model's variation. In addition, the Cronbach's alpha value for internal consistency of the instrument as a whole was 0.942. The main circumstances that cause moral distress are bioethical conflicts, involving the professional, the patient and their families, the team, and the organization. Mostly, they refer to non-compliance with the four bioethical principles – autonomy, beneficence, maleficence, and justice. It was possible to conclude that bioethics, besides contributing to the understanding of moral distress, can also help to reduce it and its consequences, by guiding into the moral deliberation process. Further research in the area has to be encouraged, to identify the suffering of different professionals in the various health contexts in the Brazilian scenario.

Keywords: Bioethics; Moral Distress; Palliative Care; Healthcare Providers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

PubMed – Public / Publisher MEDLINE (NLM Journal Articles Database)

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 DISTRESSE MORAL	12
1.2 DISTRESSE MORAL E BIOÉTICA	14
1.3 DISTRESSE MORAL E CUIDADOS PALIATIVOS.....	22
2. ARTIGO 1	24
RESUMO	24
ABSTRACT	25
INTRODUÇÃO	25
MÉTODO	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSSÃO	33
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS.....	36
3. ARTIGO 2	40
RESUMO	40
ABSTRACT	41
INTRODUÇÃO	41
MÉTODO	42
RESULTADOS.....	44
DISCUSSÃO	51
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS.....	58
4. ARTIGO 3	62
RESUMO	62
ABSTRACT	63
INTRODUÇÃO	64
MÉTODO	65
RESULTADOS.....	68
DISCUSSÃO	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85

REFERÊNCIAS.....	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A – PARECER DO CEP	95
ANEXO B – TCLE	99
ANEXO C - ESCALA	102

1. INTRODUÇÃO

O distresse moral pode ser definido como o sofrimento do profissional da saúde quando este é impedido de realizar determinada ação que considera ser eticamente correta, devido a barreiras externas ou internas. O fenômeno foi inicialmente identificado em enfermeiros na década de 1980 mas, hoje, sabe-se que pode ocorrer em todas as categorias profissionais (RAMOS et al., 2017).

Esse tipo de angústia afeta diretamente a integridade moral do sujeito que sofre, podendo trazer implicações para a vida profissional e pessoal. Dentre as principais consequências, pode-se citar: piora na qualidade do atendimento, distanciamento emocional da pessoa enferma, síndrome de *burnout*; ou oportunidade de autorreflexão e construção de postura de resiliência (CAMPBELL; ULRICH; GRADY, 2016; MCCARTHY; DEADY, 2008).

Assim, esta dissertação busca analisar o fenômeno do distresse moral em profissionais da saúde, na perspectiva da bioética. Busca-se, dessa forma, responder a seguinte pergunta: “Quais os aspectos bioéticos estão relacionados ao distresse moral, no contexto dos cuidados paliativos e da pandemia de COVID-19?” Para isso, propôs-se analisar o tema no âmbito dos cuidados paliativos (CP) e da pandemia de COVID-19, e realizar a tradução, adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) no contexto dos CP.

Os pesquisadores têm como hipótese central que a escala estará válida e adaptada para identificar o distresse moral de profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos no contexto brasileiro. Além disso, enfermeiros terão maiores níveis de distresse moral do que outros profissionais; e participantes que consideram deixar seus cargos devido distresse moral terão maiores escores na escala do que aqueles que não consideram pedir demissão.

Abordar os conflitos bioéticos e situações causadoras de distresse moral é mais do que necessário, uma vez que contribui para orientação de práticas éticas em saúde e programas de intervenção que reduzam ou mitiguem a ocorrência desse sofrimento. A bioética, como proposta de diálogo interdisciplinar, deve nortear essa discussão, pois permite uma melhor compreensão do fenômeno.

A validação de instrumentos que mensurem o distresse moral é necessária para avaliar o impacto dessa problemática e auxiliar organizações a desenvolverem

propostas de intervenções efetivas (EPSTEIN et al., 2019). A necessidade de validar para a língua portuguesa brasileira o instrumento capaz de identificar a frequência e intensidade do distresse moral em profissionais da saúde, em CP, decorre também de sua popularidade e reconhecimento na comunidade científica internacional.

A partir da formatação de dissertação com artigos, o presente trabalho apresenta três artigos que se complementam. O primeiro artigo, “Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review”, publicado no *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, volume 38, número 11, apresenta uma revisão integrativa acerca das circunstâncias causadoras de distresse moral em profissionais da saúde que atuam em CP. O segundo artigo, “Healthcare professional’s moral distress during the COVID-19 pandemic: an integrative review”, já submetido para publicação na revista *Medicine, Health Care and Philosophy*, expõe uma revisão integrativa sobre o distresse moral durante a pandemia do COVID-19. E, por fim, o terceiro artigo, “Tradução Cultural e Validação da Versão Brasileira da Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) no Contexto dos Cuidados Paliativos”, refere-se ao processo de validação da referida escala.

1.1 DISTRESSE MORAL

O termo distresse moral foi utilizado por Jameton, filósofo americano, no século XX; inicialmente, o autor descreve-o como um desequilíbrio psicológico que ocasiona sentimentos dolorosos, como dor e angústia, em enfermeiros que não conseguem executar situações moralmente adequadas segundo suas consciências (JAMETON, 2017).

Esse conceito primário, foi reformulado posteriormente, pelo mesmo autor, o qual distinguiu-o em duas formas: angústia inicial – na qual o profissional apresenta sentimentos de ansiedade, frustração e raiva ao se confrontar com um obstáculo; e a angústia reativa – sentida quando o sujeito não consegue lidar com a angústia inicial. Inclusive, a partir do segundo tipo de distresse (reativo), criou-se a concepção de um efeito cumulativo, denominado resíduo moral ou distresse persistente (EPSTEIN; DELGADO, 2010; JAMETON, 2017).

O distresse moral é a resposta enfrentada após uma decisão diante de um conflito ético ocasionado por barreiras, sejam elas de cunho individual, institucional

ou social. Assim, podendo causar mudanças na dimensão pessoal, profissional e educativa dos profissionais de saúde (KOPALA; BURKHART, 2005).

Jameton (1984) propôs uma distinção entre incerteza moral, dilema moral e sofrimento moral. A incerteza moral decorre da incerteza de existência de um dilema bioético ou pelo desconhecimento dos valores aplicados ao conflito. Os dilemas morais surgem quando dois ou mais princípios são conflitantes, isto é, ambos podem ser aplicados, porém, são excludentes. E, por fim, o sofrimento moral ocorre pela objeção de ação diante um conflito ético.

Jameton e outros autores ressaltaram que o distresse moral está relacionado a cinco componentes essenciais: 1) o distresse moral ocorre quando o profissional acredita que determinada ocorrência é eticamente errada, porém sente-se incapaz de mudar a situação; 2) os profissionais acreditam que suas preocupações não serão ouvidas ou levadas a sério; 3) a consideração de ações percebidas como erradas estão relacionadas aos valores e práticas profissionais, e não pessoais; 4) situações moralmente distressantes tendem a ocorrer repetidamente com o tempo – cada nova situação acresce o nível anterior de distresse, em um efeito gradual; 5) o distresse moral é causado por um ou mais dos três níveis (pacientes e familiares, equipe, organização) (EPSTEIN et al., 2019).

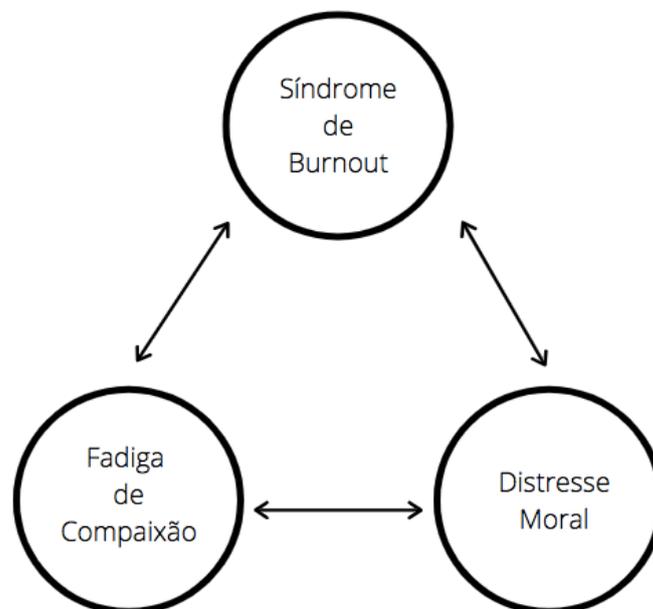
Com relação aos três níveis causadores de distresse moral, citados anteriormente, destacam-se alguns pontos essenciais. No nível paciente, as causas envolvendo o mesmo e/ou seus familiares, tendo como principal exemplo os pedidos por tratamentos agressivos ou que causem sofrimento desnecessário. No nível da equipe, o distresse moral está relacionado especialmente à má comunicação ou colaborações inadequadas que causem impacto no tratamento da pessoa enferma, por exemplo, falsas expectativas ou ofensas entre colegas. Por fim, no nível do sistema/organização, incluem-se situações além da unidade, isto é, falta de profissionais na equipe, pressão administrativa para redução de custos, falta/limitação de recursos, dentre outros exemplos (EPSTEIN et al., 2019).

As manifestações do distresse moral nem sempre são facilmente identificadas, pois envolvem sentimentos de raiva e frustração, até expressões difíceis de serem verbalizadas ou compreendidas, como a autodepreciação, desvalorização, isolamento, dentre outras. Porém, todas essas reações ameaçam a integridade moral do sujeito (EPSTEIN; DELGADO, 2010).

Os efeitos do distresse moral podem manifestar-se no próprio sujeito, por meio de sentimentos de raiva, baixa autoestima, depressão e, até mesmo, esgotamento. Ou podem estar direcionados ao outro, como em sentimentos de amargura, cinismo e raiva. E, também podem ser direcionados para a instituição, com a falta de comprometimento, isolamento, mudança de emprego e até abandono profissional (BURSTON; TUCKETT, 2013).

O distresse moral pode ainda ocorrer juntamente com a síndrome de *burnout* e/ou a fadiga de compaixão. Isso porque tais síndromes estão diretamente relacionadas, sendo que uma pode diminuir o limiar para desenvolvimento da outra (CHERNEY; WERMAN; KEARNEY, 2015). A relação foi apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Relação entre síndrome de burnout, fadiga de compaixão e distresse moral



Fonte: CHERNEY; WERMAN; KEARNEY, 2015.

A síndrome de *burnout* resulta de tensões que surgem da interação do profissional com seu ambiente de trabalho. Já a fadiga de compaixão se desenvolve, especificamente, a partir da relação entre o profissional e a pessoa enferma e, por isso, diferenciam-se do distresse moral, o qual está relacionado a situações que relacionam questões morais (CHERNEY; WERMAN; KEARNEY, 2015).

1.2 DISTRESSE MORAL E BIOÉTICA

Bioética é a ciência interdisciplinar que engloba todas as formas de vida, suas inter-relações e relações com o ambiente. Assim, envolve também o estudo dos conflitos que decorrem das relações entre profissionais e pessoas enfermas (ROCHA; ROCHA, 2019). Entretanto, não há um conceito único para defini-la.

Um deles foi descrito por Kottow (1995, p. 53): “A bioética é o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e justificam eticamente os atos humanos que podem ter efeitos irreversíveis sobre os fenômenos vitais”. Segundo Junges (1999), a bioética abrange a ética médica, entretanto, não se limita a ela. No sentido tradicional, a bioética trata de questões relacionadas a valores que surgem entre a relação dos profissionais de saúde e pessoas enfermas. O autor ainda complementa:

A bioética constitui um conceito mais amplo com quatro aspectos importantes: 1. Compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões da saúde, inclusive nas profissões afins; 2. Aplica-se às investigações biomédicas e às de comportamento, independente de influírem ou não de forma direta na terapêutica; 3. Aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética de controle de natalidade, entre outras; 4. Vai além da vida e da saúde humana, enquanto compreende questões relativas a dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações e às demandas ambientais conflitivas (p. 20).

Outra definição proposta para o termo foi “bioética é a ciência do comportamento moral dos seres humanos diante de toda intervenção da bioetnociência e das ciências da saúde sobre a vida, em toda a sua complexidade” (SANCHES, 2004, p.21).

No entanto, a bioética não se contenta a apenas descrever e analisar conflitos morais, mas também visa argumentar e fornecer dimensões normativas para a escolha e tomada de decisão moral em situações concretas de divergências (MORI citado por FREITAS, 2014). Isto é, a teoria ética seria capaz de proporcionar “uma estrutura no interior da qual os agentes podem refletir sobre a aceitabilidade das ações e avaliar os juízos e o caráter morais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 59).

Diante das mudanças culturais e a evolução das sociedades, o papel da bioética ganhou destaque nas profissões de saúde. Cada vez mais, os profissionais vivenciam desafios éticos em suas práticas na busca pela prestação de cuidados de

qualidade (SCHAEFER; VIEIRA, 2015). A competência ética é uma importante ferramenta para lidar com os eventos éticos do cotidiano profissional, uma vez que auxilia os profissionais da saúde a lidarem com demandas éticas de forma crítica, reflexiva e resolutiva (PAGANINI; EGRY citado por SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

O processo de distresse moral tem como ponto central a noção de problema moral, influenciado pela sensibilidade moral, incerteza moral (ontológica e profissional) e o estranhamento, inquietação ou desconforto moral. Na sequência, pode ocorrer: estagnação na incerteza ou o processo de deliberação moral. Caso a deliberação moral, caso seja obstruída por barreiras, têm-se o distresse moral (RAMOS et al., 2016).

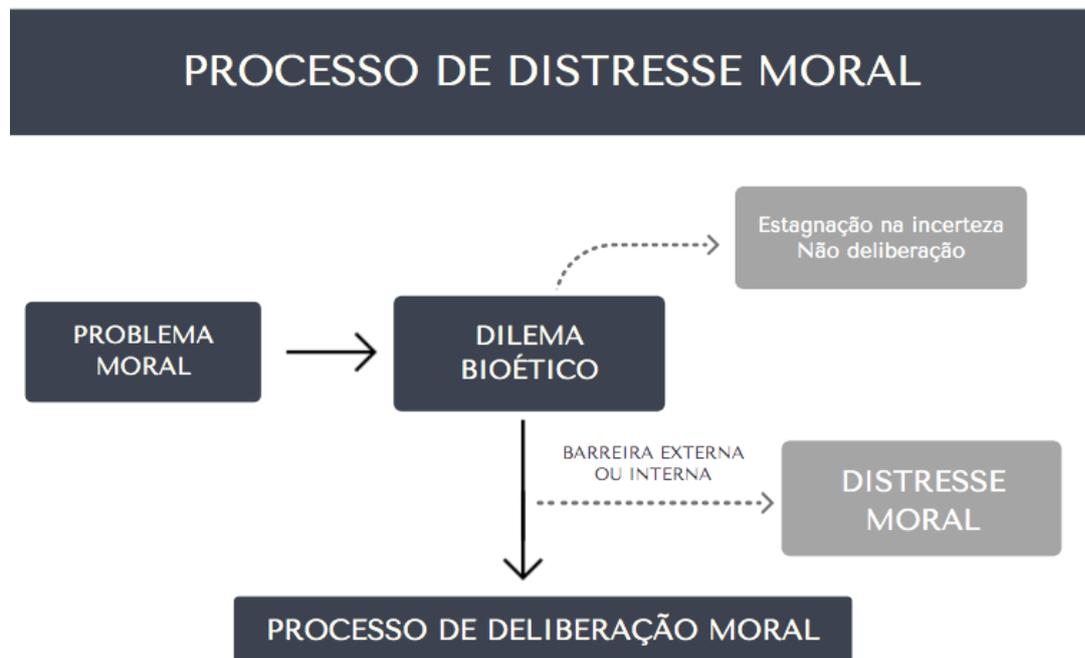
A deliberação moral refere-se ao itinerário sistematizado e contextualizado de análise dos conflitos éticos para encontrar cursos de ação prudentes e razoáveis, que considerem as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis. Esse processo leva em consideração os valores e deveres de todos os envolvidos e, por isso, constitui uma ótima ferramenta para o posicionamento ético diante do enfrentamento de problemas morais (RAMOS et al., 2020).

O método de deliberação moral envolve as seguintes etapas: deliberação dos fatos (apresentação do caso e esclarecimentos); deliberação dos valores (identificação dos problemas éticos, indicação do problema fundamental e identificação dos valores em conflito); deliberação sobre os deveres (identificação dos cursos de ação extremo, intermediário e ótimo); e deliberação sobre as responsabilidades (submissão do curso ótimo às provas de consistência de tempo, publicidade e legalidade) (ZOBOLI, 2013).

Dentre os fatores que interferem nesse processo, citam-se: a experiência e prática profissional, confiança, intuição, protocolos, colaboração com colegas, cultura organizacional, educação, conscientização da situação e exercício da autonomia (NIBBELINK; BREWER, 2018).

Esquemáticamente, os elementos a serem considerados para análise do processo de distresse moral estão dispostos na Figura 1.

Figura 1 – Processo de Distresse Moral



Fonte: adaptada de Ramos et. al (2016).

1.2.1 Distresse Moral e os Princípios Bioéticos

Em 1979, Tom Beauchamp e James Childress propuseram quatro princípios para a bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. A autonomia atribui valor à escolha livre e intencional dos agentes; a não maleficência visa evitar danos injustificados a terceiros; a beneficência valoriza os atos que proporcionem o bem; e a justiça, o dever de agir com equidade, tratando os desiguais, desigualmente, oferecendo mais a quem tem menos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

A relação dos princípios com o distresse moral foi descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Princípios bioéticos e sua relação com o distresse moral

Princípios da Bioética	Conflitos éticos causadores de Distresse Moral
<i>Autonomia</i>	<p><u>Paciente</u>: dificuldade em expressar com clareza suas escolhas autônomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorização de pacientes mais articulados e independentes. <p><u>Profissional</u>: excessiva carga de tarefas burocráticas, administrativas e documentais; constante mudança de protocolos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzem tempo diálogo e interação para

	processo de decisão compartilhada.
<i>Não maleficência e beneficência</i>	<p>Incerteza dos limites entre benefícios e danos, devido a resultados não intencionais e efeitos imprevisíveis;</p> <p>- Medo de fornecer cuidados fúteis ou agressivos.</p>
<i>Justiça</i>	<p>Relação custo-benefício;</p> <p>Pressão para fornecer cuidado igual e adequado para todos</p> <p>Escassez de medicamentos, equipamentos e outros recursos.</p>

Fonte: adaptado de Kherbache, Mertens e Denier (2021)

O princípio da autonomia refere-se à capacidade da pessoa humana de estabelecer fins para sua conduta, em função de valores, e de escolher os meios adequados para atingi-lo. No campo da saúde, tal princípio ganhou destaque com o conceito de consentimento informado, que, supostamente, garante a pessoa enferma direito de receber informações suficientes que a tornem livre de qualquer coerção ou engano, bem como, garante autonomia de pensamento, intenção e ações quanto ao diagnóstico, procedimentos e tratamentos (KHERBACHE; MERTENS; DENIER, 2021; PRUDENTE, 2000).

Estudos sobre distresse moral, no contexto dos cuidados intensivos, CP, pediatria e emergência, demonstraram que respeitar a autonomia do paciente não é tão facilmente garantida (WHITEHEAD et al., 2015). Algumas situações específicas podem interferir no julgamento do paciente, como aquelas que exigem a tomada de decisões difíceis, entre várias opções de tratamento ou resultados incertos, a explicação de procedimentos com alta complexidade ou que envolvem alta carga emocional (KHERBACHE; MERTENS; DENIER, 2021).

Evidências ainda sugerem que os pacientes possuem modos diferentes para expressar sua autonomia, nem todos podem ter a mesma clareza. Na prática, indivíduos mais articulados e independentes acabam sendo priorizados em detrimento daqueles com menor confiança. Essa situação é moralmente conflitante para aproximadamente metade dos médicos (FØRDE; AASLAND, 2008; IGLESIAS et al., 2012).

Além do paciente, deve-se mencionar também a autonomia do profissional de saúde, que pode ser caracterizada como autoridade para tomar decisões e

liberdade para agir de acordo com o conhecimento de base. Quando esta se torna vulnerável, é comum o aparecimento de sentimentos de impotência, redução da sensibilidade moral e da capacidade para reflexões éticas, considerados antecedentes do distresse moral (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; FØRDE; AASLAND, 2013).

O processo de tomada de decisão compartilhada entre o paciente e o profissional também pode ser afetado por restrições externas, como a excessiva carga de tarefas burocráticas, administrativas e documentais, além da constante mudança de protocolos. Essas situações acabam por diminuir o tempo disponível de diálogo e interação (BERNHARDT et al., 2010).

A beneficência é a obrigação moral de agir em benefício dos outros. Na área médica, está associada à excelência profissional desde o Juramento de Hipócrates. Ou seja, significa fazer o melhor para a pessoa enferma, considerando os aspectos técnico-assistenciais e éticos, para maximizar o benefício de procedimentos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1991).

De acordo com Kipper e Clotet (1998), a não maleficência pode ser entendida como a obrigação de não causar danos. Assim, não basta que o profissional tenha boas intenções de não prejudicar a pessoa enferma, é preciso evitar qualquer situação que represente riscos. Assim, quanto maior a chance de causar dano, mais justificado deve ser o objetivo de determinado procedimento, para que ele seja considerado um ato eticamente correto.

A realidade mostra que, mesmo com as melhores intenções, ainda podem ocorrer resultados inesperados que causam mal aos pacientes. Em casos de fim de vida, é comum encontrar médicos conflitantes entre a decisão de não iniciar, continuar ou retirar um tratamento invasivo. Por isso, a incerteza entre o balanço dos benefícios e malefícios pode tornar o processo de tomada de decisão uma situação causadora de distresse moral aos profissionais (DZENG et al., 2016; FOURIE, 2017).

Nesse sentido, cita-se ainda o medo dos profissionais em fornecer tratamentos fúteis ou agressivos, que não correspondam aos melhores interesses do paciente. A obstinação terapêutica, que envolve os tratamentos considerados fúteis, pode ser definida como aquelas medidas que não auxiliam na melhora do paciente e, pelo contrário, acabam causando mais danos e sofrimento (DZENG et al., 2016; NEVILLE et al., 2015).

O princípio da justiça corresponde à premissa que todos os indivíduos têm direito a cuidados de saúde. Por isso, é dever dos profissionais de saúde oferecer tratamento e assistência sem qualquer tipo de discriminação, preocupando-se com a equidade na distribuição dos recursos àqueles que mais necessitam (JUNGES, 1999; PRUDENTE, 2000). Um exemplo disso é quando profissionais da saúde experienciam distresse moral devido situações de limitação de medicamentos, equipamentos e outros recursos, uma vez que sentem-se impedidos de fornecer tratamentos justos, adequados e equitativos para todos (BERNHARDT et al., 2010; DODEK et al., 2016; FØRDE; AASLAND, 2008; IGLESIAS et al., 2012).

Além disso, muitas organizações, com intuito de reduzir gastos financeiros, têm exigido que os profissionais neguem determinadas opções de tratamento, priorizando a razão custo-benefício, o que é inconsistente com o princípio da justiça e também pode trazer sofrimento aos envolvidos (KHERBACHE; MERTENS; DENIER, 2021).

É importante destacar que, ao propor os quatro princípios, a bioética principialista não os considera absolutos e rígidos, mas válidos somente *prima facie*, o que permite ao agente moral tomar suas decisões de acordo com as circunstâncias de cada conflito (FREITAS, 2014).

Os profissionais da saúde aplicam os princípios da bioética no seu cotidiano quando respeitam a individualidade de pacientes, atendem suas necessidades e direcionam os cuidados, prestam assistência considerando uma relação positiva de benefícios e riscos na perspectiva da pessoa enferma e informam à mesma sobre procedimentos, dando-lhe a opção de escolha (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006). Os autores ainda complementam:

O que se quer é que o profissional da saúde oriente sua prática pelo “compromisso ético do cuidado” e guie seu agir por uma atitude que ultrapasse os limites da consciência profissional, traçando a ponte para a “convivibilidade” do cuidado-técnico e o cuidado-ético (p. 395).

Para Beauchamp e Childress (2011), o conflito moral ocorre quando princípios, normas ou direitos se confrontam, sem necessariamente predomínio de importância entre eles. Diante dessa situação, cabe ao profissional ponderar sobre os fatores envolvidos e deliberar sobre o princípio de maior importância, com base em uma justificativa moral adequada que corrobore com sua decisão.

Dessa forma, a teoria principialista seria capaz de proporcionar aos agentes reflexão sobre a aceitabilidade das ações e avaliar o caráter moral de cada situação. Por isso, a aplicabilidade dos quatro princípios, assim, poderia reduzir ou evitar o distresse moral nos profissionais de saúde (FREITAS, 2014; SCHRAMM; PALÁCIOS; REGO, 2008).

Nesse sentido, a condição de violação dos princípios bioéticos torna os profissionais da saúde mais vulneráveis e, ambas as condições, contribuem para a ocorrência do distresse moral (SILVA; ROSA, 2020).

1.2.2. Distresse Moral e a Vulnerabilidade do Profissional da Saúde

A vulnerabilidade é uma condição comum a todos os seres humanos. O conceito vem sendo abordado com maior frequência no contexto da saúde, pela complexidade de problemas nessa área (ALMEIDA, 2010; SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

Diante de uma doença, a vulnerabilidade da pessoa enferma torna-se evidente, real e presente, porém, há também a vulnerabilidade do profissional da saúde – sentida do ponto de vista potencial. Torralba (2009) ressalta que, “cuidar de um sujeito que sofre, só é possível para aquele que é consciente do caráter vulnerável de seu próprio ser” (p. 132).

Diariamente, profissionais da saúde estão em contato com a finitude da vida e a significação da morte. Os conflitos e dilemas morais, cotidianos à atuação, repercutem em uma condição de angústia dos profissionais, que sofrem com a dor dos outros e sua própria (CINI; ROSANELI; SGANZERLA, 2017). Essa situação, caso não seja reconhecida e trabalhada, pode causar desconfortos quanto à atuação, trazendo sensações de impotência e inabilidade (KOVÁCS, 2014). Isso porque a vulnerabilidade moral do profissional muitas vezes é escondida ou negada, visto que, vai contra o determinado *ethos* da sociedade, que acredita que o profissional deve ser forte e disposto a enfrentar tudo para salvar vidas (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

Além disso, profissionais que estão enfrentando condições, como o distresse moral e a síndrome de *burnout*, convivem com sentimentos de angústia, tristeza e estresse que o tornam mais vulnerável do que seus colegas (SILVA; ROSA, 2020).

A vulnerabilidade moral dos profissionais advém, em especial, das carências em formação filosófica e ética, bem como da falta de estrutura e suporte das

instâncias superiores, essenciais para que o trabalho seja executado com compromisso e responsabilidade. Nesse sentido, a bioética é uma possibilidade de ressignificar conceitos e auxiliar na tomada de decisão com base em valores (ALMEIDA, 2010; CINI; ROSANELI; SGANZERLA, 2017).

1.3 DISTRESSE MORAL E CUIDADOS PALIATIVOS

Os CP, segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002):

(...) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (p. 84).

A Internation Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC, 2018) propôs uma atualização da definição, sendo:

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.

Os princípios do CP consistem em: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não apressar ou adiar a morte; integrar os aspectos espirituais e psicológicos no cuidado; disponibilizar um sistema de apoio para auxiliar os pacientes a viverem ativamente, tanto quanto possível, até a morte; oferecer um sistema de suporte para auxiliar a família no enfrentamento da doença; utilizar uma equipe de profissionais para identificar as necessidades do paciente e familiares, inclusive a elaboração de luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar

positivamente no curso da doença; e ter início precoce, junto com outras medidas de prolongamento da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002, p. 84).

A atuação em CP e, em particular, nos casos de fim de vida, está associada com estressores que podem impactar no bem-estar dos profissionais da saúde. Os desafios enfrentados incluem aspectos profissionais, emocionais e organizacionais (CHERNEY; WERMAN; KEARNEY, 2015).

Os CP envolvem cotidianamente questões e problemas concernentes aos limites entre a vida e a morte, por isso, o distresse moral pode se apresentar mais rotineiramente na prática dos profissionais de saúde que atuam nessa área (EICH; VERDI; MARTINS, 2015). Muitas vezes, as questões éticas surgem devido às preocupações entre os profissionais, paciente e familiares quanto aos cuidados que devem ser prestados à pessoa enferma com expectativa de sobrevida limitada (GILLICK citado por MAGALHÃES, 2016).

2. ARTIGO 1

Circunstâncias Relacionadas ao Distresse Moral em Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa¹

Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review

Carla Corradi-Perini¹; Julianna Rodrigues Beltrão²; Uíara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro³

¹ Professora da Pós-graduação em Bioética – PUCPR; e-mail: carla.corradi@pucpr.br

² Mestranda em Bioética – PUCPR; e-mail: julianna.beltrao@hotmail.com

³ Professora do curso de Medicina – PUCPR; e-mail: uiaravargasribeiro@gmail.com

RESUMO

Introdução: a prática dos cuidados paliativos é envolvida por conflitos éticos relacionados com o processo de vida-morte e o alívio do sofrimento. A impossibilidade de agir em tais dilemas, por conta de barreiras internas e externas, pode causar distresse moral em profissionais da saúde. **Objetivo:** analisar quais circunstâncias causam distresse moral em profissionais da saúde que trabalham com cuidados paliativos, com base na literatura. **Método:** essa revisão integrativa da literatura foi feita com as bases de dados SCIELO e PubMed, com os descritores “cuidados paliativos” e “distresse moral”. Artigos publicados entre 2015-2020, em Português, Espanhol e Inglês foram incluídos, seguindo o critério PRISMA. **Resultados:** A partir de uma seleção inicial de 97 documentos, 56 foram completamente revisados e 23 estudos foram incluídos nesta revisão. A maioria dos artigos são referentes à área da Enfermagem, seguido de estudos multidisciplinares. As circunstâncias relacionadas ao distresse moral foram identificadas em: aspectos pessoais; pacientes e cuidadores; equipe; ambiente e organização. Problemas de comunicação, falta de recursos e a percepção de profissionais dando falsas esperanças para o paciente e seus familiares foram os eventos relacionados ao distresse moral mais mencionados pelos artigos. Recomendações para reduzir e prevenir o distresse moral incluem empoderamento e programas educacionais em bioética e cuidados paliativos. **Considerações Finais:** o distresse moral é um fenômeno evidente em cuidados paliativos, envolvendo diferentes situações que podem impactar a qualidade do cuidado ofertado e o bem-estar dos profissionais da saúde.

¹ Artigo publicado em: CORRADI-PERINI, C.; BELTRÃO, J.; RIBEIRO, U. Circumstances related to moral distress in palliative care: an integrative review. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, v. 38, n. 11, p. 1391-1397, 2021. <https://doi.org/10.1177/1049909120978826>

Palavras-chave: Bioética; Distresse Moral; Cuidados Paliativos; Cuidados de Fim de Vida; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Background: The practice of palliative care is involved with ethical conflicts related to the life-death process and relief of suffering. The inability to act in the face of such dilemmas, due to internal or external barriers, can cause moral distress in the healthcare professionals. **Objective:** The purpose of this integrative review is to analyze which circumstances cause moral distress in healthcare professionals who work in palliative care. **Methods:** An integrative review of the literature was made in the SCIELO and PubMed databases, based on the descriptors “palliative care” and “moral distress.” Articles published between 2015- 2020, in Portuguese, Spanish and English were included, following the PRISMA criteria. **Results:** From a selection of 97 documents, 56 were completed reviewed and 23 studies were included in the review. Most articles refer to the nursing area, followed by multidisciplinary studies. The circumstances related to moral distress were identified involving: personal aspects; patients and caregivers; team; environment and organization. Communication problems, lack of resources and witnessing professionals giving false hope to patient and family members were the events related to moral distress most mentioned by the articles in the review. Recommendations for reducing and preventing moral distress include empowerment and educational programs in bioethics and palliative care. **Conclusions:** Moral distress is an evident phenomenon in palliative care, involving different situations that can impact on quality-of-care provided as well as the well-being of the healthcare professionals.

Keywords: Bioethics; Moral Distress; Palliative Care; End-of-life Care; Healthcare Providers.

INTRODUÇÃO

O distresse moral foi definido por Jameton, em 1984, como uma experiência negativa vivenciada por enfermeiras devido a impossibilidade de agir de forma considerada moralmente correta. Durante os anos, as características e causas do distresse moral foram estudadas e, atualmente, o conceito aplica-se a todos os profissionais da saúde em diferentes contextos de atuação (JAMETON, 2017).

Os principais atributos que diferenciam o distresse moral de outros fenômenos, como a síndrome de burnout e a fadiga da compaixão, são a violação

da integridade moral do próprio profissional e o impedimento de tomar medidas eticamente apropriadas (EPSTEIN; HAMRIC, 2009).

As manifestações do distresse moral podem ocorrer na mente, no corpo e nas relações sociais com pacientes, colegas e outros, no ambiente de trabalho. De modo geral, incluem sentimentos de raiva, frustração e incapacidade. O fenômeno também gera insatisfação com o trabalho, piorando o cuidado com o paciente e favorecendo a intenção de deixar o emprego (EPSTEIN; DELGADO, 2010).

Os cuidados paliativos (CP) promovem qualidade de vida para pacientes gravemente doentes e suas famílias, diante a doenças ameaçadoras da vida e no processo de morte. Os seus princípios incluem tomar decisões centradas no paciente e em sua família, comunicação efetiva, continuidade do tratamento, suporte emocional, social e espiritual, manejo dos sintomas e apoio para profissionais da saúde (CLARKE et al., 2003; EICH; VERDI; MARTINS, 2015).

A atuação em CP envolve situações diárias relativas aos limites entre a vida e a morte, por isso, o distresse moral pode se apresentar mais rotineiramente na prática de profissionais da saúde nesse contexto (EICH; VERDI; MARTINS, 2015).

O objetivo dessa revisão integrativa, portanto, é analisar quais circunstâncias causam distresse moral em profissionais da saúde que atuam com CP.

MÉTODO

Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa. Os passos seguidos foram: definir a pergunta norteadora; critérios de inclusão e exclusão; análise e extração de dados; categorização das circunstâncias que causam distresse moral; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram usadas as diretrizes PRISMA para avaliar as pesquisas incluídas nessa revisão (MOHER et al., 2009).

A pergunta norteadora desse estudo foi elaborada pela estratégia PVO (acrônimo para Paciente, Variáveis, Resultados), considerando: (P) profissionais da saúde; (V) situações de atuação em CP; (O) identificação do distresse moral. Assim, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: "Quais circunstâncias em cuidados paliativos causam distresse moral nos profissionais da saúde?"

Pesquisa bibliográfica

A busca na literatura foi realizada por meio das bases de dados online PubMed e Scielo. A última busca foi feita em 31 de Julho de 2020.

Na base de dados Scielo, os seguintes descritores foram usados: "cuidados paliativos" e "sofrimento moral". Enquanto, na base de dados PubMed foram usados: ((("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields])) OR "palliative care"[All Fields]) AND (((((((((((("morale"[MeSH Terms] OR "morale"[All Fields]) OR "morales"[All Fields]) OR "moralism"[All Fields]) OR "moralities"[All Fields]) OR "moralization"[All Fields]) OR "moralize"[All Fields]) OR "moralized"[All Fields]) OR "moralizing"[All Fields]) OR "morally"[All Fields]) OR "morals"[MeSH Terms]) OR "morals"[All Fields]) OR "moral"[All Fields]) OR "morality"[All Fields]) AND (((("distress"[All Fields] OR "distressed"[All Fields]) OR "distresses"[All Fields]) OR "distressful"[All Fields]) OR "distressing"[All Fields])).

Critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa incluiu artigos publicados entre 2015-2020, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol, com as palavras-chave no título ou no resumo.

Estudos no formato editorial, revisões sistemáticas e artigos de opinião não foram incluídos. Assim como pesquisas que não responderam a pergunta norteadora. Nenhuma limitação foi aplicada ao método dos estudos – qualitativo e/ou quantitativo.

Procedimentos

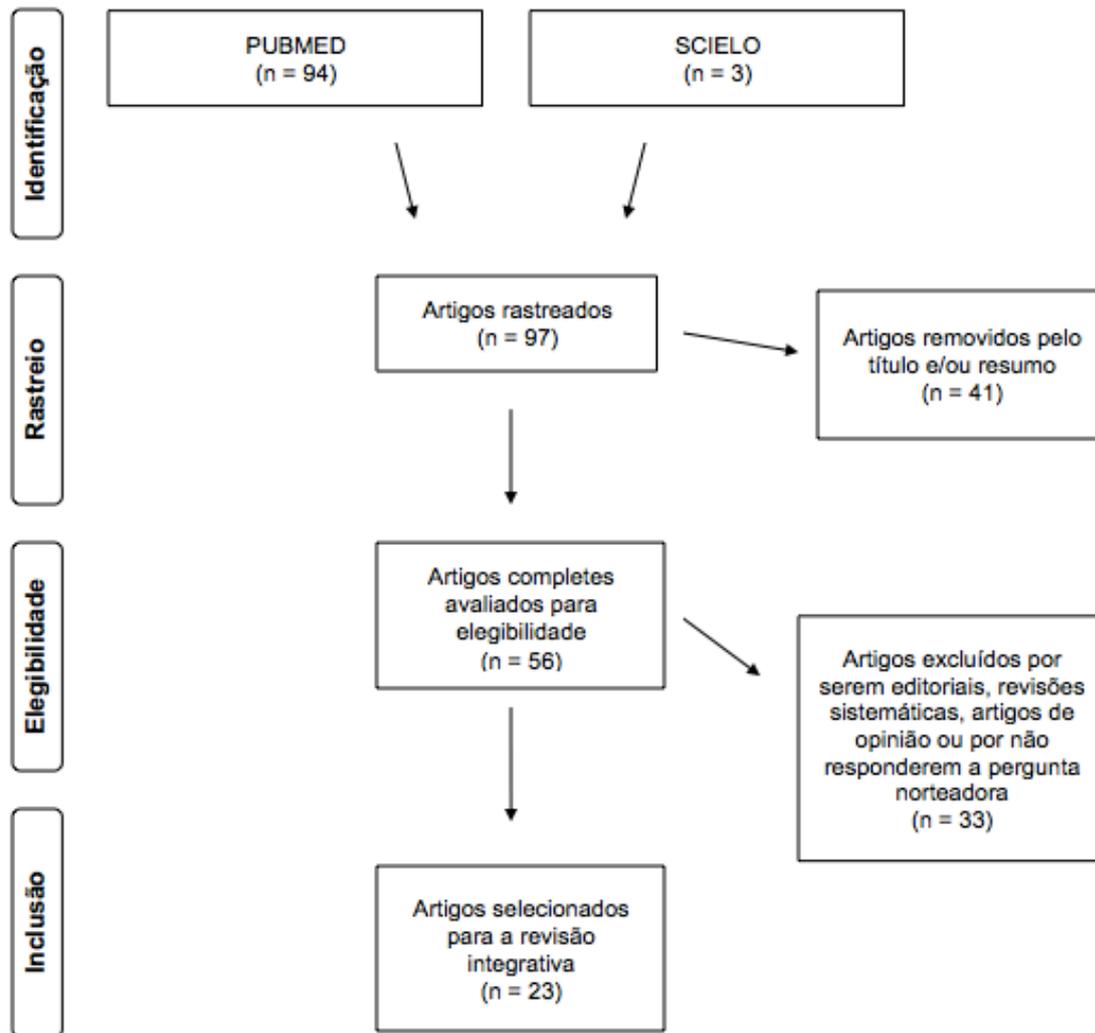
Todas as autoras selecionaram os artigos em conjunto e as dúvidas foram decididas em consenso. Após selecionar os estudos, uma tabela de análises foi preparada contendo as principais informação sobre os artigos. E, posteriormente, realizou-se uma análise temática, em que as circunstâncias identificadas como causadoras de distresse moral foram distribuídas em categorias pré-definidas na literatura (MAFFONI; et. al, 2019): paciente e família; equipe; organização; e fatores pessoais.

Para a análise do nível de evidência dos estudos, a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt foi usada (MELYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

RESULTADOS

A partir da pesquisa inicial nas bases de dados, foram identificados 97 artigos. Com base no título e no resumo, 41 foram eliminados de consideração. Portanto, 56 artigos completos foram avaliados para elegibilidade e, finalmente, 23 cumpriram todos os critérios e foram incluídos nesta revisão. Esse processo foi demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Diagrama PRISMA



Fonte: adaptado de Moher et al. (2009)

A Tabela 1 refere-se a caracterização dos estudos selecionados, em relação a citação, objetivo, método, amostra, principais resultados e grau de evidência. Todos os estudos foram classificados com nível de evidência VI, pois são estudos descritivos ou qualitativos.

Tabela 1: Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Citação	Objetivo	Método	Amostra	Resultados	Nível
(DE BOER et al., 2015)	To assess the immediate impact of perceived inappropriate patient care on nurses' and physicians' MD intensity, and explore a possible moderating effect of ethical climate.	Quantitativo	117	Problemas de comunicação; Falta de funcionários; Tratamento agressivo	VI
(NEVILLE et al., 2015)	To explore concordance of physicians' and nurses' assessments of futile critical care.	Quantitativo	324	Obstinação terapêutica	VI
(DZENG et al., 2016)	We asked physician trainees in internal medicine how they reacted and responded to ethical challenges arising in the context of perceived futile treatments at the end of life and how these challenges contribute to moral distress.	Qualitativo	22	Obstinação terapêutica; Hierarquia; Desumanização do paciente	VI
(LEBOUL et al., 2017)	Provide a comprehensive description of the opinions of careers about the use of sedation practices in palliative care units (PCU).	Qualitativo	35	Família solicita que aumente sedação; Manejar as próprias emoções	VI
(PRENTICE et al., 2018)	To explore clinical experiences, perspectives and perceptions of moral distress in neonatology.	Quantitativo	345	Falta de consenso e clareza nos tratamentos	VI
(ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018)	To evaluate relationships among moral distress, empowerment, ethical climate, and access to palliative care in the intensive care unit.	Quantitativo	238	Clima ético; Falta de recursos e funcionários; Falta de conhecimento; Número excessivo de leitos	VI
(BOSSHARDT et al., 2018)	Examine the relationship between allowing nurses to consult palliative care independent of the physician team and their moral distress.	Qualitativo + Quantitativo	2000	Falta de funcionários; Problemas de comunicação; Preocupação com aspectos legais; Falta de conhecimento sobre cuidados paliativos	VI
(LOKKER et al., 2018)	Explore nurses' reports on the practice of palliative sedation focusing on their experiences with pressure, dilemmas and morally distressing situations.	Quantitativo	36	Iniciar sedação paliativa; Desconsideração dos valores dos pacientes	VI
(BEUTHIN; BRUCE; SCAIA, 2018)	Understand the range of nurses' experience in providing care for someone choosing MAiD, whether directly aiding, providing supportive care, or declining to participate.	Qualitativo	17	Preocupação com aspectos legais; Medo de julgamento pelos colegas	VI
(BROWNING; CRUZ, 2018)	Develop and test a protocol for alleviating moral distress through regular, social work-facilitated debriefings with ICU	Quantitativo	42	Família não aceita transição para cuidados paliativos;	VI

	nursing staff, including both reflective and educational components.			Problemas de comunicação; Falta de funcionários	
(LADIN et al., 2018)	Examine how nephrologists decide whether to discuss CM with older patients, and identify triggers for CM discussion and the barriers and facilitators to discussion	Qualitativo	35	Falta de consenso no tratamento; Obstinação terapêutica	VI
(SCHROEDER et al., 2018)	Describe a complicated patient scenario and how all involved can develop emotional, moral, and ethical struggles as care is delivered.	Estudo de Caso	-	Ausência de diretivas antecipadas de vontade; Falta de consenso no tratamento	VI
(WEISS; FIESTER, 2018)	Explore the progression of care from longshot to fantasy using two pediatric cases.	Estudo de Caso	-	Obstinação terapêutica	VI
(MEZIANE; RAMIREZ-GARCIA; FORTIN, 2018)	Assess the feasibility, acceptability, and preliminary effects of an Reflective Practice intervention on moral distress.	Quantitativo	19	Distanásia	VI
(WOLF et al., 2019)	To examine critical care nurses' perceived knowledge of palliative care, their recent experiences of moral distress, and possible relationships between these variables.	Quantitativo	167	Falta de clareza e consenso no tratamento; Distanásia; Falta de funcionários; Presença colegas dando falsas esperanças ao paciente e familiares	VI
(BENDER et al., 2019)	Evaluate provider and nurse moral distress when using a comfort care order set and attitudes about timing of initiating comfort care for hospitalized patients.	Quantitativo	329	Falta de conhecimento sobre bioética e cuidados paliativos	VI
(EPSTEIN et al., 2019)	Development and testing of a revision of the widely used Moral Distress Scale–Revised (MDS-R) to measure moral distress.	Quantitativo	653	Tratamentos agressivos que causam sofrimento	VI
(MIRANDA et al., 2019)	Describe the quantity and quality of teaching activities related to serious illness communication and palliative care, and resident attitudes and perceived preparedness to care for seriously ill patients.	Qualitativo + Quantitativo	62	Desconsideração dos valores dos pacientes; Falta de consenso no tratamento; Hierarquia	VI
(THURN; ANNESER, 2020)	To assess the frequency and intensity of medical students' moral distress occurring in end-of-life cares.	Quantitativo	217	Obstinação terapêutica; Controle inadequado dos sintomas	VI
(DRYDEN-PALMER et	To quantify moral distress in neonatal ICU and PICU	Quantitativo	2852	Falta de funcionários;	VI

al., 2020)	clinicians and to identify associated factors.			Distanásia	
(HASLAM; DEPAUL, 2019)	Examines a case study via an application of a framework for ethical decision-making.	Estudo de Caso	-	Problemas de comunicação	VI
(TESTONI et al., 2020)	Analysis of the difficulties related to the lack of truth telling and how it might impact their professional and personal lives.	Qualitativo	47	Problemas de comunicação; Cerco do silêncio	VI
(LATIMER et al., 2020)	Explore the association between ventricular assistance device (VAD) coordinators' unique roles and responsibilities and moral distress.	Quantitativo	36	Família não aceita transição para cuidados paliativos; Problemas de comunicação	VI

Distribuição temporal

A maioria (39,1%) das publicações ocorreram no ano de 2018, seguido por 2019 (30,4%). O baixo número de artigos em 2020 justifica-se pelo período do presente estudo, já que o ano ainda estava em curso.

Distribuição Geográfica

A distribuição geográfica dos estudos revela que a maioria foi feita nos Estados Unidos (n=13), seguido do Canadá (n=4).

Distribuição Profissional

Em relação às áreas profissionais analisadas nos artigos, a distribuição ocorreu da seguinte forma: Enfermagem (n=10), Multidisciplinar (n=9) e Medicina (n=4).

Distribuição Metodológica

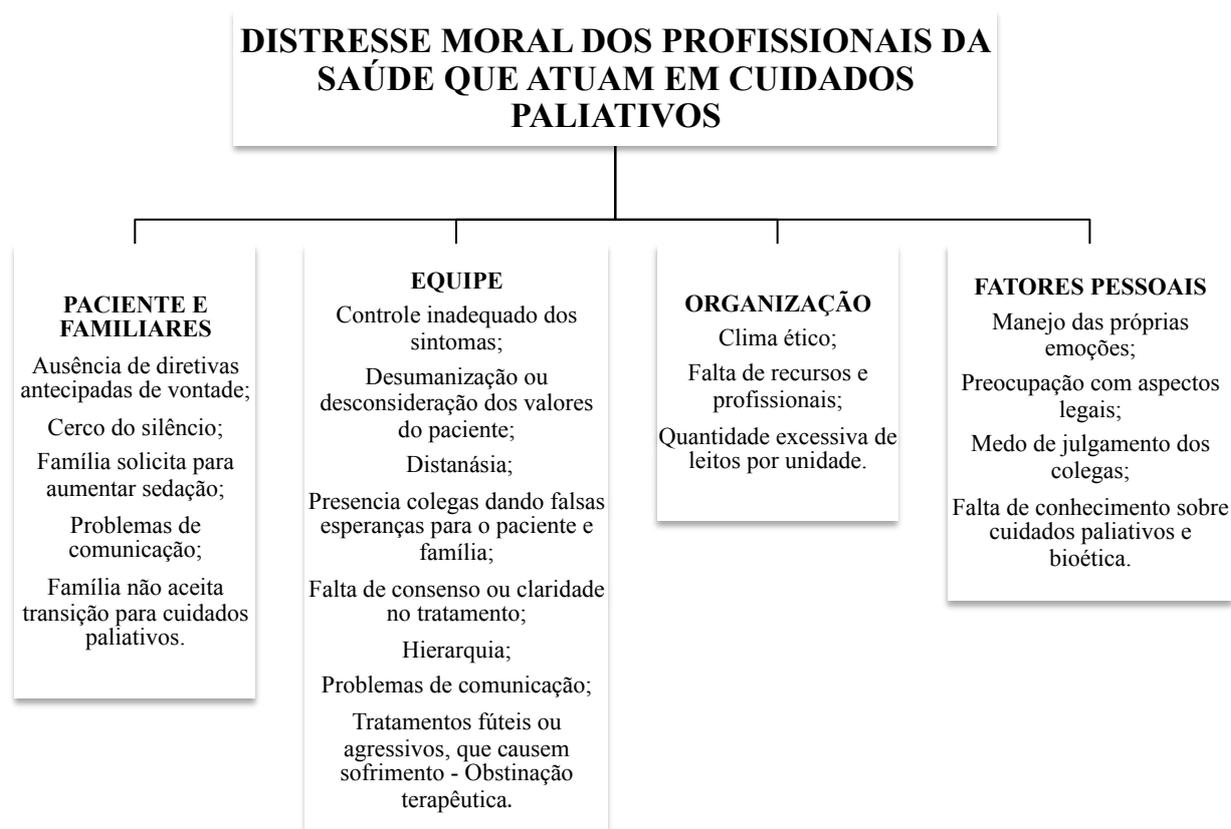
A análise da metodologia utilizada nos artigos mostra que a maioria (56,6%) aplicou uma abordagem quantitativa, seguido por abordagem qualitativa (21,7%). Além disso, também foram identificados estudos de caso (13%) e uso de abordagem mista, quantitativa + qualitativa (8,7%).

Para avaliar o distresse moral dos participantes, 6 estudos usaram o instrumento “*The Moral Distress Scale-Revised*” (MDS-R). Ademais, 2 dos artigos mais recentes utilizaram a versão atualizada da escala, a “*The Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals*” (MMD-HP).

Circunstâncias que causam distresse moral

Conforme os artigos selecionados, as circunstâncias que causam distresse moral em profissionais da saúde, que atuam em CP, foram agrupadas em 4 principais áreas: pacientes e cuidadores; equipe; fatores pessoais; e organização. Essa distribuição pode ser observada na Figura 2.

Figura 2 – Análise temática das circunstâncias que causam distresse moral nos profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos



Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Na categoria de pacientes e cuidadores, a maioria dos artigos mencionou circunstâncias envolvendo dificuldades dos familiares em lidar com o momento, o que é demonstrado pelo pedido de aumentar a sedação paliativa ou pela não aceitação da transição para os CP. Ademais, situações de "cerco do silêncio" também foram citadas, na qual o paciente ou os familiares solicitam que determinada informação, como diagnóstico ou prognóstico, não seja mencionada para outros membros da família, pedindo ajuda dos profissionais para esse encobrimento.

Circunstâncias envolvendo a equipe foram as principais mencionadas pelos artigos como causadoras de distresse moral nos profissionais. Alguns exemplos incluem falta de consenso e clareza no tratamento, problemas de comunicação e aplicação de tratamentos considerados fúteis ou agressivos, os quais causam sofrimento no paciente, também conhecidos como obstinação terapêutica.

A organização e o ambiente também foram citados como fonte para o desenvolvimento do distresse moral. Nessa categoria, foram elencadas circunstâncias envolvendo o clima ético, a falta de recursos ou funcionários e o número excessivo de pacientes nas unidades, o que aumenta a demanda de trabalho dos profissionais.

Os estudos também mencionam barreiras que envolvem os próprios profissionais. Foram citados: preocupação com aspectos legais; medo de julgamentos pelos colegas; dificuldade de manejo das próprias emoções; e, especialmente, a falta de conhecimento sobre CP e bioética.

DISCUSSÃO

A atuação dos profissionais de saúde em CP envolve cuidar e tomar decisões em relação aos pacientes, muitas vezes em cenários com múltiplas restrições. Dessa forma, lidar, no contexto de fim de vida, com situações que divergem dos valores e crenças morais do trabalhador são fatores que causam distresse moral (MAFFONI et al., 2019; PRENTICE et al., 2016; WOLF et al., 2019).

A divisão das circunstâncias causadoras de distresse moral em categorias ajuda na identificação e resolução dos fatores envolvidos; esse método também foi proposto por outros autores (HAMRIC; EPSTEIN, 2017; MAFFONI et al., 2019). As categorias demonstram que o distresse moral pode ser causado por diferentes atores envolvidos no processo de cuidado, como o paciente, sua família e a equipe, bem como pelo contexto em que se encontram – o hospital ou outra instituição. É notável também que aspectos do relacionamento entre esses indivíduos, como a hierarquia e a comunicação, devem ser considerados na análise desse sofrimento.

Em relação aos aspectos pessoais, o distresse moral aparenta estar relacionado a dificuldade de manejo de emoções negativas, como frustração, perda, luto e culpa, assim como com obstáculos para a decisão e implementação dos CP.

O desgaste causado pela exposição crônica a situações de sofrimento torna os profissionais vulneráveis ao distresse (LEBOUL et al., 2017; MAFFONI et al., 2019).

Circunstâncias envolvendo os pacientes e suas famílias também podem ser uma fonte de distresse moral para profissionais, especialmente quando a família não aceita a transição para os CP e insiste em continuar com tratamentos agressivos. Além disso, a falta de conhecimento dos valores e desejos do pacientes – diretivas antecipadas de vontade (BROWNING; CRUZ, 2018; EPSTEIN et al., 2019; LATIMER et al., 2020).

A comunicação de informações sobre a doença e o prognóstico, especialmente quando envolve notícias difíceis, é um aspecto muito debatido no campo da ética na saúde, vista a complexidade do ser humano. Assim, o cerco do silêncio entre pacientes e membros da família, e presenciar profissionais dando falsas esperanças são eventos que comumente causam distresse moral (TESTONI et al., 2020; WOLF et al., 2019).

Outras situações envolvendo a equipe de saúde também podem ser relacionadas ao distresse moral do profissional. Em especial, citam-se a ausência de consenso na tomada de decisões, a desumanização do paciente e o controle inadequado de sintomas. Essas ocorrências são, muitas vezes, diretamente ligadas a problemas de hierarquia e falta de espaço para diálogos abertos entre diferentes profissionais (BROWNING; CRUZ, 2018; DZENG et al., 2016).

Muitos dos conflitos que surgem nos cuidados de pacientes em fim de vida estão relacionados a falta de comunicação entre pacientes, suas famílias e a equipe. Essa dificuldade de interação origina-se de barreiras advindas de ideias preconcebidas, más interpretações, motivações, interesses, emoções, entre outros fatores (BOSSHARDT et al., 2018; MAGALHÃES, 2016; PRENTICE et al., 2016).

O contexto institucional é um dos fatores de gatilho para o distresse moral. Exemplos de situações incluem clima ético, falta de recursos e a necessidade de promover um cuidado fora do ideal devido a requerimentos administrativos para reduzir despesas ou preencher documentações. Nesses casos, o sofrimento está diretamente relacionado à insatisfação profissional e ao desejo de deixar o emprego (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; DODEK et al., 2016; LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017).

Os limites entre CP e tratamentos fúteis são muitas vezes confusos e ilusórios. Os cuidados fúteis (obstinação terapêutica) referem-se a tratamentos com

pequena chance de sucesso e grande possibilidade de trazer danos ao paciente. Ao contrário, os CP objetivam melhorar a qualidade de vida, considerando múltiplos aspectos do ser humano. A avaliação de adequação do tratamento deve depender da experiência clínica e percepção de valores diferentes entre os profissionais, uma dificuldade nesses aspectos pode causar dilemas éticos e morais (BOSSHARDT et al., 2018; DZENG et al., 2016; EPSTEIN et al., 2019; NEVILLE et al., 2015; THURN; ANNESER, 2020; WEISS; FIESTER, 2018).

O impacto do distresse moral nos profissionais de saúde é observado pela intenção em deixar o trabalho, como também pelo distanciamento emocional dos pacientes e familiares. Na ausência de estratégias de enfrentamento para reduzir o sofrimento, profissionais tentam evitar dilemas éticos ao reduzir suas interações com os pacientes ou investir excessivamente em intervenções técnicas, afetando diretamente o cuidado ofertado (EPSTEIN et al., 2019; SADLER, 2016; WOLF et al., 2019).

É essencial que sejam promovidos programas educacionais e de treinamento, que fortaleçam habilidades e estratégias específicas para lidar com os desafios que permeiam os CP. Propostas educacionais já demonstram ter resultados positivos na redução do distresse moral, permitindo que os profissionais sintam-se mais confortáveis em suas atividades e com as implicações emocionais e éticas (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; CAVINDER, 2014; DE BOER et al., 2015; MIRANDA et al., 2019; WOLF et al., 2019).

As intervenções destinadas em desenvolver habilidades de manejo dos dilemas éticos são caracterizadas por serem um fator protetor significativo, já que o empoderamento e a autonomia estão vinculados ao distresse moral (BROWNING; CRUZ, 2018; LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017; LOKKER et al., 2018).

Limitações

A heterogeneidade da amostra, assim como as variáveis de interesse e os instrumentos analisados, reduziram a possibilidade de generalização dessa revisão. Ademais, a escolha das palavras de busca também pode ter interferido na seleção dos artigos, porque o termo "distresse moral" ainda não é considerado um descritor oficial de saúde.

CONCLUSÃO

A prática dos CP é permeada por dilemas éticos que envolvem o processo de fim da vida. O estudo do distresse moral nesse contexto, portanto, deve considerar seus aspectos múltiplos e as diferentes barreiras relacionadas ao profissional, ao paciente e a seus familiares, à equipe e à instituição de trabalho.

O fenômeno do distresse moral torna-se extremamente relevante, uma vez que pode impactar no bem-estar físico, psicológico e social dos profissionais da saúde, influenciando nos tratamentos oferecidos nos CP.

Incentiva-se pesquisas futuras no tema com o intuito de avaliar a incidência e as circunstâncias causadoras desse sofrimento. Além disso, programas educacionais em bioética e CP devem ser investigados como propostas efetivas para a prevenção e redução do distresse moral em profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ALTAKER, K. W.; HOWIE-ESQUIVEL, J.; CATALDO, J. K. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 4, p. 295–302, 1 jul. 2018.

BENDER, M. A. et al. Moral Distress and Attitudes About Timing Related to Comfort Care for Hospitalized Patients: A Survey of Inpatient Providers and Nurses. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 36, n. 11, p. 967–973, 2019.

BEUTHIN, R.; BRUCE, A.; SCAIA, M. Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. **Nursing Forum**, v. 53, n. 4, p. 511–520, 2018.

BOSSHARDT, M. H. et al. Palliative Care Consultation Policy Change and Its Effect on Nurses' Moral Distress in an Academic Medical Center. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 20, n. 4, p. 325–329, 2018.

BROWNING, E. D.; CRUZ, J. S. Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses. **Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care**, v. 14, n. 1, p. 44-72, 2018.

CAVINDER, C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: An integrative review. **Advances in Neonatal Care**, v. 14, n. 5, p. 322–328, 2014.

CLARKE, E. B. et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 9, p. 2255–2262, 2003.

DE BOER, J. C. et al. Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. **Nursing in Critical Care**, v. 21, n. 3, p. e19–e27, 2015.

DODEK, P. M. et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, n. 1, p. 178–182, 2016.

DRYDEN-PALMER, K. et al. Moral distress of clinicians in Canadian pediatric and neonatal ICUs. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 21, n. 4, p. 314–323, 2020.

DZENG, E. et al. Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 1, p. 93–99, 2016.

EICH, M.; VERDI, M. I. M.; MARTINS, P. P. S. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 583–592, 2015.

EPSTEIN, E.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, 2010.

EPSTEIN, E. G. et al. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113–124, 2019.

EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **J Clin Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330–342, 2009.

HAMRIC, A. B.; EPSTEIN, E. G. A Health System-wide Moral Distress Consultation Service: Development and Evaluation. **HEC Forum**, v. 29, n. 2, p. 127–143, 2017.

HASLAM, L.; DEPAUL, V. Case study application of an ethical decision-making process for a fragility hip fracture patient. **Canadian Geriatrics Journal**, v. 22, n. 1, p. 7–12, 2019.

JAMETON, A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, n. 6, p. 617–628, 2017.

LADIN, K. et al. Discussing Conservative Management With Older Patients With CKD: An Interview Study of Nephrologists. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 71, n. 5, p. 627–635, 2018.

LAMIANI, G.; BORGHI, L.; ARGENTERO, P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 1, p. 51–67, 2017.

LATIMER, A. L. et al. A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses. **Heart and Lung**, v. 50, n. 1, p. 65–70, 2020.

LEBOUL, D. et al. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: A qualitative focus group and personal written narrative study. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 1, p. 1–12, 2017.

LOKKER, M. E. et al. Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. **Applied Nursing Research**, v. 40, p. 157-161, 2018.

MAFFONI, M. et al. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: A systematic review. **BMJ Supportive and Palliative Care**, v. 9, n. 3, p. 245–254, 2019.

MAGALHÃES, T. A. **Sufrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – Uma Revisão Sistemática**. 2016. 59 f. TCC (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina na Bahia, Salvador, 2016.

MELYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (Eds.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 3. ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3–24.

MEZIANE, D.; RAMIREZ-GARCIA, M. P.; FORTIN, M. L. A reflective practice intervention to act on the moral distress of nurses providing end-of-life care on acute care unitsInternational. **Journal of Palliative Nursing**, v. 24, n. 9, p. 444-451, 2018.

MIRANDA, S. P. et al. Palliative Care and Communication Training in Neurosurgery Residency: Results of a Trainee Survey. **Journal of Surgical Education**, v. 76, n. 6, p. 1691–1702, 2019.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

NEVILLE, T. H. et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 403-410, 2015.

PRENTICE, T. et al. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. **Archives of Disease in Childhood**, v. 101, n. 8, p. 701–708, 2016.

PRENTICE, T. M. et al. Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, v. 103, n. 5, p. F441–F445, 2018.

SADLER, K. Le poids de la compassion—Comment faire le deuil de ses idéaux afin de mieux soigner? **Canadian Oncology Nursing Journal**, v. 26, n. 3, p. 228–232, 2016.

SCHROEDER, K. et al. Pregnancy in Serious Illness: It's Not Just Medical Decision Making. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 20, n. 3, p. 212–

216, 2018.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–6, 2010.

TESTONI, I. et al. Lack of truth-telling in palliative care and its effects among nurses and nursing students. **Behavioral Sciences**, v. 10, n. 5, 2020.

THURN, T.; ANNESER, J. Medical Students' Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 23, n. 1, p. 116-120, 2020.

WEISS, E. M.; FIESTER, A. From “Longshot” to “Fantasy”: Obligations to Pediatric Patients and Families When Last-Ditch Medical Efforts Fail. **American Journal of Bioethics**, v. 18, n. 1, p. 3-11, 2018.

WOLF, A. T. et al. Palliative care and moral distress: An institutional survey of critical care nurses. **Critical Care Nurse**, v. 39, n. 5, p. 38–50, 2019.

3. ARTIGO 2

Distresse Moral em Profissionais da Saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa²

Healthcare professional's moral distress during the COVID-19 pandemic: an
integrative review

Julianna Rodrigues Beltrão ¹; Carla Corradi-Perini ²; Maria Fernanda Torres Siqueira ³; Beatriz de Haro Figueiredo ⁴; Giovana Pomin Barros Sachetini ⁵; Liana Tamy Aihara ⁶; Lissa Ayumi Aihara ⁷; Ana Beatriz Valverde Ramos ⁸

¹ Mestranda em Bioética – PUCPR; e-mail: julianna.beltrao@hotmail.com

² Professora da Pós-graduação em Bioética – PUCPR; e-mail: carla.corradi@pucpr.br

³ Psicóloga formada pela PUCPR; e-mail: mariananda.torres@hotmail.com

⁴ Aluna do curso de Medicina – UP; e-mail: beatrizdeharo@outlook.com

⁵ Aluna do curso de Medicina – UP; e-mail: giovanapominbarros@hotmail.com

⁶ Aluna do curso de Medicina – UP; e-mail: lianaaihara@gmail.com

⁷ Aluna do curso de Medicina – UP; e-mail: lissa.aihara@gmail.com

⁸ Aluna do curso de Medicina – PUCPR; e-mail: anabeatrizvalverderamos@gmail.com

RESUMO

Introdução: a pandemia de COVID-19 trouxe vários conflitos morais para o contexto da atuação em saúde. A impossibilidade de agir da maneira que o profissional julga ser eticamente correta, devido a barreiras externas ou internas, pode causar o distresse moral. Esse fenômeno é prejudicial à moral do profissional e pode impactar na qualidade do cuidado prestado. **Objetivo:** analisar quais circunstâncias, durante a pandemia de COVID-19, causaram distresse moral nos profissionais da saúde. **Método:** essa revisão integrativa da literatura foi realizada com as bases de dados SCIELO e PubMed, utilizando os descritores “moral distress” e “COVID-19”. Artigos publicados entre 2019-2021, em português, espanhol ou inglês foram incluídos. Os critérios PRISMA foram seguidos. **Resultados:** A partir de uma busca inicial de 171 documentos, 102 foram completamente revistos e 29 foram incluídos nessa revisão. As situações que causaram distresse moral nos profissionais da saúde foram distribuídas nas seguintes categorias: pessoal; pacientes e familiares; equipe; e organização. Falta

² Artigo submetido para publicação e em análise na revista Medicine, Health Care and Philosophy.

de recursos, tratamentos intermitentes, medo de contrair o vírus, restrições de visitas e ausência de diretrizes explícitas foram alguns dos eventos mencionados nos artigos. **Conclusões:** a pandemia de COVID-19 tem causado distresse moral nos profissionais. O fenômeno pode trazer sérias consequências para a saúde dos trabalhadores e o cuidado prestado por eles. Programas de educação e suporte, além de novos estudos, devem ser encorajados para minimizar o impacto dos próximos estágios da pandemia e em futuras ocasiões relacionadas a dilemas éticos.

Palavras-chave: Distresse moral; Profissionais da saúde; COVID-19; Pandemia.

ABSTRACT

Background: the COVID-19 pandemic brought several moral conflicts in the healthcare context. The impossibility to act in a way that the professionals consider ethically correct, due to external or internal barriers, can trigger moral distress. This phenomenon is prejudicial to the professional's morals and can impact the quality of care provided. **Objective:** to analyze which circumstances, during the COVID-19 pandemic, cause moral distress in healthcare professionals. **Methods:** this integrative review of the literature was made in the SCIELO and PubMed databases, based on the descriptors "moral distress" and "COVID-19". Articles published between 2019-2021, in Portuguese, Spanish and English were included. PRISMA criteria were followed. **Results:** from a initial search of 171 documents, 102 were completely reviewed and 29 were included in this review. The situations that caused moral distress in the healthcare professionals were distributed in the following categories: personal; patients and caregivers; team; organization. Lack of resources, intermittent treatments, fear of contracting the virus, visit restrictions, and absence of explicit guidelines were some events mentioned by the articles. **Conclusion:** the pandemic caused by COVID-19 has been causing moral distress in professionals. This phenomenon can bring serious consequences for the health of professionals and the care provided by them. Education and support programs, in addition to further studies, should be encouraged to minimize the impact in the next stages of the pandemic and on future occasions related to ethical dilemmas.

Keywords: Moral distress; Healthcare providers; COVID-19; Pandemics.

INTRODUÇÃO

A atual pandemia de COVID-19 mudou o mundo, transformando inúmeras situações que marcavam o dia a dia da sociedade como um todo, especialmente dos profissionais da saúde. A alta taxa de transmissão da doença, bem como o fato

de ser transmitida pelo ar, levaram governos mundiais e sua população a tomarem medidas drásticas, com foco principalmente em protocolos de higiene, isolamento social e quarentena (AQUINO et al., 2020).

Organizações de saúde tem lidado com necessidades logísticas, como a capacidade de leitos, recursos limitados, proficiência dos tratamentos e a segurança dos pacientes e da equipe. Ao mesmo tempo, profissionais da saúde têm focado nos microproblemas, uma vez que estão cuidando de pacientes infectados, colocando a si próprios em risco e lidando com os conflitos éticos decorrentes (GOPICHANDRAN, 2020; KIMHI et al., 2020).

Existem vários desafios morais envolvendo o tratamento de pacientes com COVID-19, como a restrição de visitas, a inexistência de tratamentos eficazes, o uso de terapias não comprovadas para a doença, a responsabilidade individual do paciente contra a saúde pública, o racionamento e alocação de recursos, o risco à segurança pessoal, entre outros. Muitas dessas situações envolvem conflitos morais, em que o profissional se depara com alternativas de atuação. Esses dilemas éticos podem levar ao fenômeno denominado distresse moral (MAZZA et al., 2020; MORLEY et al., 2020).

O distresse moral foi definido pela primeira vez por Jameton em 1984 (JAMETON, 1984), como uma experiência negativa vivida por enfermeiras. A condição refere-se a angústia ou sofrimento em situações nas quais o profissional de saúde é impedido de realizar uma ação que considera ser eticamente correta, devido barreiras externas ou internas. Esse sofrimento acarreta uma violação da integridade moral do sujeito, levando a problemas emocionais e comportamentais, como ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e intenção de deixar o emprego (EPSTEIN et al., 2019; MOOCK; DE CARVALHO MELLO, 2020).

A experiência do distresse moral em profissionais da saúde também pode refletir negativamente no bem-estar dos pacientes, resultando em cuidados com baixa qualidade e relacionamentos sociais ruins, especialmente nas interações com os pacientes (EPSTEIN et al., 2019). Portanto, este estudo tem como objetivo analisar, a partir de uma revisão integrativa, quais circunstâncias, durante a pandemia de COVID-19, causaram distresse moral em profissionais da saúde.

MÉTODO

A abordagem dessa revisão integrativa consistiu nas seguintes etapas: definição da questão norteadora; critérios de inclusão e exclusão; levantamento dos artigos; análise e extração de dados; categorização das circunstâncias que causam distresse moral; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). As diretrizes do protocolo PRISMA foram utilizadas para avaliar os artigos incluídos nessa revisão (PAGE et al., 2021).

A pergunta norteadora desse estudo foi elaborada a partir da estratégia PVO (um acrônimo para Paciente, Variáveis e Resultados), considerando: (P) profissionais da saúde; (V) situações de atuação durante a pandemia de COVID-19; (O) identificação do distresse moral. Assim, a seguinte pergunta foi elaborada: “Quais circunstâncias durante a pandemia de COVID-19 causam distresse moral nos profissionais da saúde?”

Método de Busca:

Uma busca pela literatura foi realizada nas bases de dados online PubMed e Scielo. A última busca ocorreu em 19 de agosto de 2021.

Na base de dados Scielo, foram usados os descritores: “estresse psicológico” e “infecções por coronavírus”. Enquanto na base de dados PubMed foram utilizados: ("morale"[MeSH Terms] OR "morale"[All Fields] OR "morales"[All Fields] OR "moralism"[All Fields] OR "moralities"[All Fields] OR "moralization"[All Fields] OR "moralize"[All Fields] OR "moralized"[All Fields] OR "moralizing"[All Fields] OR "morally"[All Fields] OR "morals"[MeSH Terms] OR "morals"[All Fields] OR "moral"[All Fields] OR "morality"[All Fields]) AND ("distress"[All Fields] OR "distressed"[All Fields] OR "distresses"[All Fields] OR "distressful"[All Fields] OR "distressing"[All Fields]) AND ("covid 19"[All Fields] OR "covid 19"[MeSH Terms] OR "covid 19 vaccines"[All Fields] OR "covid 19 vaccines"[MeSH Terms] OR "covid 19 serotherapy"[All Fields] OR "covid 19 serotherapy"[Supplementary Concept] OR "covid 19 nucleic acid testing"[All Fields] OR "covid 19 nucleic acid testing"[MeSH Terms] OR "covid 19 serological testing"[All Fields] OR "covid 19 serological testing"[MeSH Terms] OR "covid 19 testing"[All Fields] OR "covid 19 testing"[MeSH Terms] OR "sars cov 2"[All Fields] OR "sars cov 2"[MeSH Terms] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[All Fields] OR "ncov"[All Fields] OR "2019 ncov"[All Fields] OR ("coronavirus"[MeSH Terms] OR "coronavirus"[All Fields] OR "cov"[All Fields])).

Critérios de Elegibilidade:

A pesquisa incluiu artigos publicados entre 2019-2021, nos idiomas inglês, português e espanhol, com as palavras-chave no título ou no resumo. Estudos em formato editorial, revisões sistemáticas e artigos de opinião foram excluídos, bem como pesquisas que não responderam à questão norteadora. Não foram aplicadas limitações quanto a metodologia dos estudos – qualitativa e/ou quantitativa.

Procedimentos:

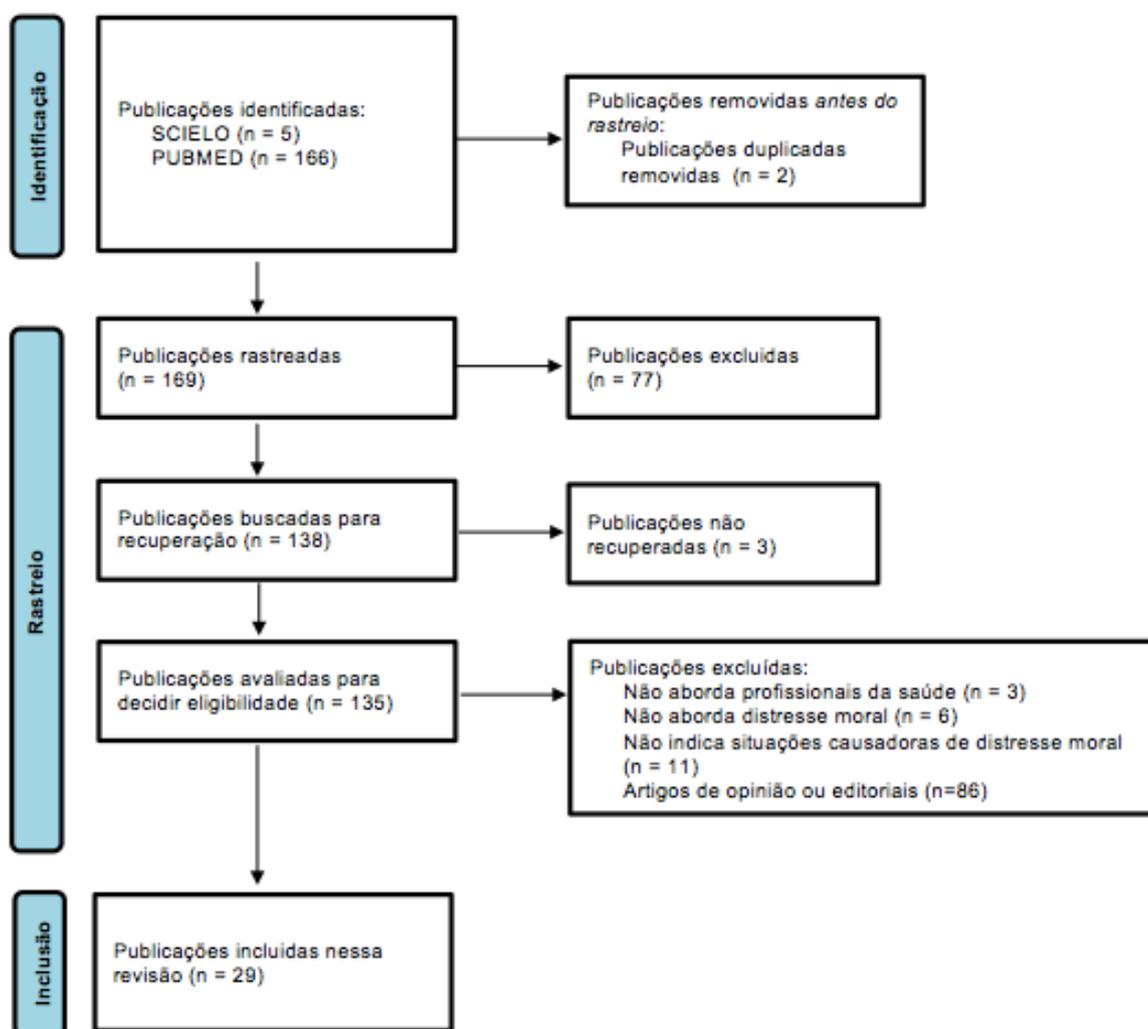
Inicialmente, foi realizada a busca nas bases de dados. Foram selecionados apenas artigos que cumpriam com os requisitos dos critérios de elegibilidade. Após a seleção dos estudos, uma tabela para análise foi utilizada para coletar informações sobre os artigos, como referência, idioma, local de publicação, amostra, metodologia, resultados e recomendações. Para a análise do nível de evidência, a proposta de Souza, Silva e Carvalho (2010) foi utilizada.

As situações relacionadas ao distresse moral foram analisadas de acordo com a divisão em categorias pré-definidas, já proposta na literatura, compondo uma análise temática (CORRADI-PERINI; BELTRÃO; RIBEIRO, 2021; MAFFONI et al., 2019).

RESULTADOS

Na busca inicial foram encontrados 171 artigos. Ao final, 29 artigos atenderam a todos os critérios e foram incluídos nesse estudo. O processo de análise foi demonstrado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma dos artigos incluídos nesta revisão



Fonte: elaborado pelos autores (2021)

A caracterização dos estudos selecionados, incluindo citação, objetivo, método, área, amostra, principais resultados e nível de evidência foi apresentada na Tabela 1. Os artigos foram classificados com nível de evidência 4, por serem estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa, ou nível 5 para evidência de relatos de casos ou experiência.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos incluídos nessa revisão integrativa

Citação	Objetivo	Método	Área	Amostra	Principais Resultados	Nível de Evidência
(HINES et al., 2020)	To report initial measurements of self-reported distress and moral injury among	Quantitativo	Medicina	219	Obrigações excessivas	4

	HCWs at the onset of the COVID-19 and evaluate their relationships with demographic, occupational and resilience-related risk factors.					
(MAZZA et al., 2020)	To evaluate moral decision-making, level of perceived stress, ability of mentalizing and empathy in university students and Italian workers, AND between the health workers categories.	Quantitativo	Multidisciplinar	1300	Risco de infecção; Falta de equipamento de proteção; Lidar com emoções negativas dos pacientes e separação das famílias	4
(MILJETEIG et al., 2021)	Describe priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians across medical specialties in the early phase of the COVID-19 pandemic in Western Norway.	Quantitativo	Multidisciplinar	1606	Mudança de setores; Interrupção do cuidado; Limitação de recursos	4
(BUTLER et al., 2020)	To describe the perspectives and experiences of clinicians involved in institutional planning for resource limitation and/or patient care during the pandemic.	Qualitativo	Multidisciplinar	61	Limitação de recursos; Interrupção do cuidado; Ausência de diretrizes explícitas; Incerteza de tratamentos	4
(EVANS; JONAS; LANTOS, 2020)	-	Estudo de Caso	Multidisciplinar	2	Acesso ao cuidado devido restrições ao hospital; Limitação de recursos	5
(MAASKANT et al., 2020)	To investigate how family involvement had taken place, and to explore the experiences of nurses with family involvement during the COVID-19 outbreak. In addition, we aimed to formulate recommendations for the involvement of family.	Qualitativo	Enfermagem	9	Restrição de visitas; Mudanças rápidas de protocolos; Regras de proteção individual rígidas	4
(NATHIYA et al., 2021)	To investigate the psychological impact of COVID-19 among frontline workers battling against COVID-19 and to explore the association of quality of life, resilience and mental health outcomes.	Quantitativo	Multidisciplinar	418	Medo de contrair o vírus; Ausência de diretrizes explícitas	4
(ROSE et al., 2021)	To understand how communication between families, patients and the ICU team was enabled	Quantitativo + Qualitativo	Multidisciplinar	117	Restrição de visitas	4

	during the pandemic. Secondary objectives were to understand strategies used to facilitate virtual visiting and associated benefits and barriers.					
(SULKOWSKI, 2020)	-	Estudo de Caso	Multidisciplinar	1	Postergar procedimentos	5
(KOK et al., 2021)	To assesses the prevalence and incidence of burnout symptoms and moral distress in ICU professionals before and during the coronavirus disease 2019 crisis.	Quantitativo	Multidisciplinar	332	Limitação de recursos, equipe e tempo; Trabalhar com colegas que não são suficientemente qualificados; Trabalhar com colegas que não usam proteção adequadamente	4
(ESTES et al., 2021)	To conduct a national evaluation of nurse and technologist perspectives, measuring the direct and indirect impact of the pandemic on their work and personal environment and experience.	Quantitativo	Enfermagem	450	Suporte inadequado da liderança e administrativo; Medo de contrair o vírus; Limitação de recursos; Ausência de diretrizes	4
(DOHERTY et al., 2021)	To assess the effect of the ongoing Covid-19 pandemic on Irish doctors by investigating the incidence of burnout and long covid among senior medical staff in Ireland.	Quantitativo + Qualitativo	Medicina	114	Atrasos nos cuidados; Recursos e infraestrutura inadequadas; Mudança de setores	4
(GUAN et al., 2021)	To examine the prevalence of moral distress and its domains of influence, and to identify demographic and work-related characteristics associated with moral distress among OSWs.	Quantitativo	Assistência Social	745	Insistência da família em continuar tratamentos agressivos; Presenciar colegas dando "falsas esperanças" a pacientes ou familiares	4
(MEESE et al., 2021)	To address a current gap in the literature by identifying unique stressors and correlates of distress, including resilience, for various team members within a health system during the COVID-19 pandemic using the same validated instruments.	Quantitativo	Multidisciplinar	1130	Aumento de demandas e responsabilidades; Medo de contrair o vírus	4
Tong; et al. (2021)	To understand the experiences of remote volunteer palliative care consultants during the initial COVID-19	Qualitativo	Medicina	15	Limitação de recursos; Tratamentos incertos	4

	surge.					
(SUKHERA; KULKARNI; TAYLOR, 2021)	To explore how residents perceive moral distress as it relates to the care of structurally stigmatized patients during the COVID-19 pandemic.	Quantitativo + Qualitativo	Medicina	23	Restrição de visitas; Acesso limitado a serviços culturais e linguísticos apropriados	4
(HESSELINK et al., 2021)	To assess changes in well-being and perceived stress symptoms of ED staff in the course of the first COVID-19 wave in the Netherlands; and, to assess and explore the stressors experienced by ED staff since the COVID-19 outbreak.	Quantitativo	Multidisciplinar	191	Medo de contrair o vírus; Necessidade de usar equipamentos de proteção individual	4
(RAO et al., 2021)	To describe the drivers of distress and motivations faced by interdisciplinary clinicians who were on the frontline caring for patients with COVID-19.	Qualitativo	Multidisciplinar	50	Limitação de recursos; Medo de contrair o vírus; Restrição de visitas	4
(GRAY et al., 2021)	To document nurses' immediate reactions, major stressors, effective measures to reduce stress, coping strategies, and motivators as they provided care during COVID-19.	Quantitativo + Qualitativo	Enfermagem	110	Incerteza de quando a pandemia estará sob controle; Medo de contrair o vírus; Limitação de recursos; Conflito entre responsabilidade e segurança; Preocupação com reações emocionais dos familiares	4
(PETRELLA et al., 2021)	To assess HCW psychological welfare at one of London's biggest university hospitals during the acute phase of the COVID-19 pandemic, as well as their use of available supportive services.	Quantitativo	Multidisciplinar	1127	Problemas de comunicação na equipe; Trabalhar com colegas que não são suficientemente qualificados; Ausência de suporte administrativo; Falta de clareza nos objetivos de tratamento; Limitação de recursos; Medo de contrair o vírus; Preocupação quanto as próprias qualificações e habilidades	4
(O'NEAL et al., 2021)	Investigates clinical health workers' risk perceptions and concerns about the ethics of their clinical decision-making, the	Quantitativo	Multidisciplinar	839	Limitação de recursos	4

	actions of their institutions to address resource scarcity concerns during the COVID-19 pandemic, and their ability to voice safety concerns, as well as their own views on how scarce resources should be allocated.					
(KREH et al., 2021)	To investigate the nature of resilience and stress experience of health care workers during the COVID-19 pandemic.	Quantitativo + Qualitativo	Multidisciplinar	13	Aumento de demandas e responsabilidades; Necessidade de usar equipamentos de proteção	4
(DUCHARLET et al., 2021)	To explore potential sources of moral distress for clinicians providing nephrology care in the context of the COVID-19 pandemic and consider potential responses for individuals and services seeking to reduce such distress.	Estudo de Caso	Medicina	4	Limitação de recursos; Medo de contrair o vírus; Mudanças rápidas de protocolos	5
(LAKE et al., 2021)	To explore factors associated with nurses' moral distress during the first COVID-19 surge and their longer-term mental health.	Quantitativo	Enfermagem	200	Falta de equipamentos de proteção; Medo de contrair o vírus; Restrição de visitas	4
(DONKERS et al., 2021)	To assess levels of moral distress and quality of ethical climate experienced by intensive care professionals in the Netherlands during the COVID-19 pandemic and to determine factors that cause moral distress in these health care professionals.	Quantitativo + Qualitativo	Multidisciplinar	504	Lidar com emoções negativas dos pacientes ou familiares; Trabalhar com colegas que não são suficientemente qualificados; Incapacidade de ofertar rituais de despedida dignos	4
(NESS et al., 2021)	To understand the impact of professional stressors on nurses' and other health care providers' professional quality of life and moral distress as they cared for patients during the COVID-19 pandemic.	Quantitativo + Qualitativo	Multidisciplinar	171	Falta de equipamentos de proteção; Mudança rápida de protocolos; Suporte inadequado da liderança e administrativo	4
(NORMAN et al., 2021)	To characterize the prevalence of moral distress among FHCWs; identify common dimensions of COVID-19 moral distress; and examine the relationship between moral distress, and severity	Quantitativo	Multidisciplinar	2579	Medo de contrair o vírus; Restrição de visitas; Incapaz de fazer o suficiente para pacientes com COVID-19	4

	and positive screen for COVID-19-related PTSD, burnout, and work and interpersonal difficulties.					
(SILVERMAN et al., 2021)	To explore causes of moral distress in nurses caring for Covid-19 patients and identify strategies to enhance their moral resiliency.	Qualitativo	Enfermagem	31	Tratamentos incertos; Medo de contrair o vírus; Problemas de comunicação; Limitação de recursos; Restrição de visitas; Necessidade de usar equipamentos de proteção	4
(DITWILER; SWISHER; HARDWICK, 2021)	To explore the experiences of physical therapists regarding the professional and ethical issues they encountered during the COVID-19 pandemic.	Qualitativo	Fisioterapia	10	Perda da autonomia do paciente no processo de decisão; Necessidade de usar equipamentos de proteção	4

Com relação a área geográfica dos artigos analisados, a distribuição foi: 51,7% dos Estados Unidos (n=15); 14% da Holanda (n=4); 10,3% internacional (n=3); 7% do Reino Unido (n=2); e 3,4% Índia, Irlanda, Itália, Noruega e Canadá, cada um com n=1.

A análise revelou que 100% dos artigos foram escritos em inglês. A distribuição temporal dos estudos mostrou que 6 deles foram publicados em 2020, representando 20,7% da amostra, e os outros 23 foram publicados em 2021 (79,3%).

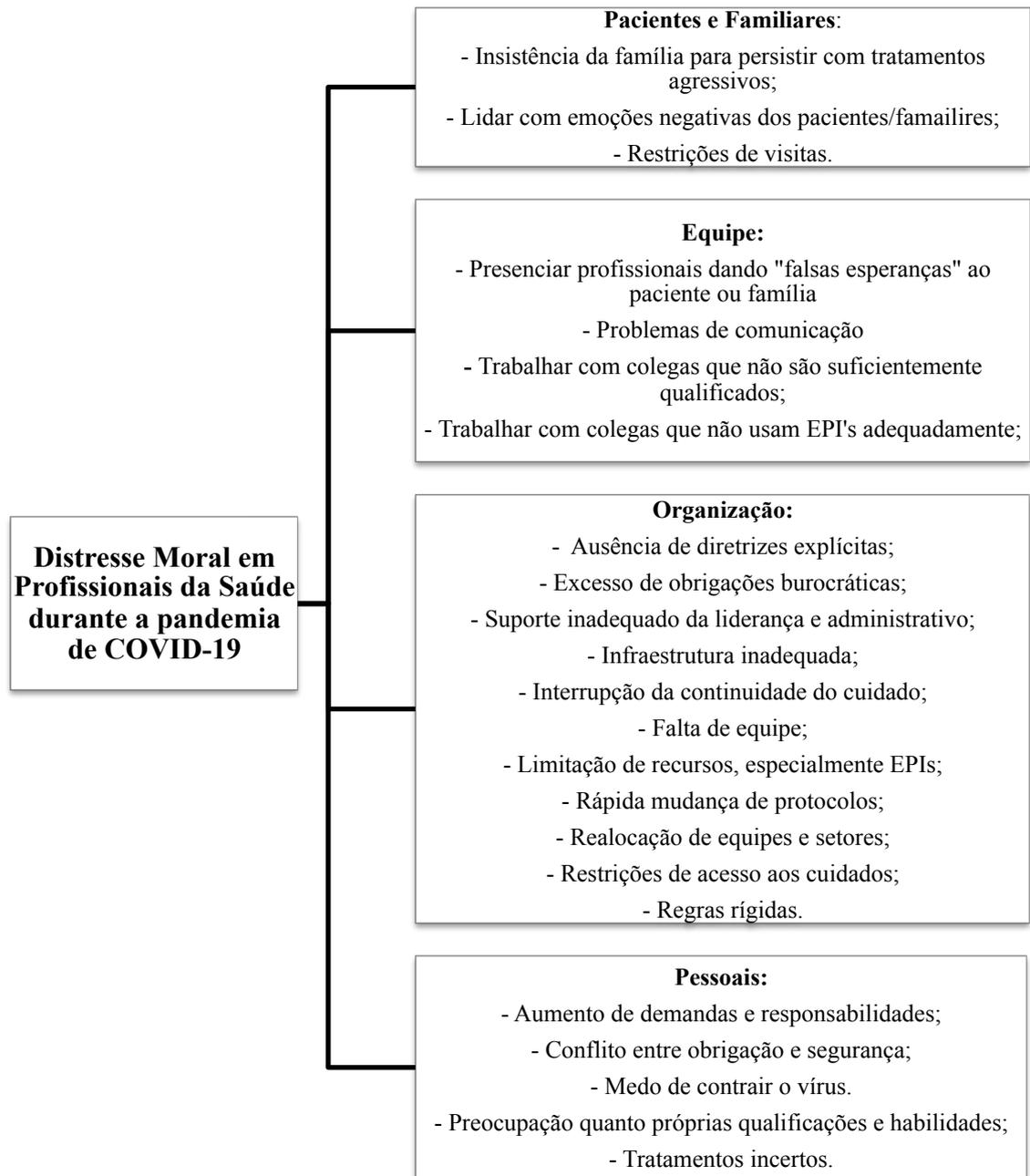
Os estudos que investigaram os trabalhadores de diferentes profissões representaram a maioria da amostra (n=17), seguidos por estudos que analisaram somente médicos (n=5), apenas enfermeiros (n=5), fisioterapeutas (n=1) e assistentes sociais (n=1).

A investigação da metodologia utilizada pelos artigos revelou que a abordagem quantitativa foi a mais usada (n=13), representando 44,8% da amostra, seguida pela abordagem quantitativa-qualitativa (n=8), qualitativa (n=5) e estudos de caso (n=3).

Distresse Moral na Pandemia de COVID-19

A Figura 2 mostra as situações que causam distresse moral relacionadas a pandemia do novo coronavírus.

Figura 2 - Principais Situações Causadoras de Distresse Moral



Fonte: elaborado pelos autores (2021)

DISCUSSÃO

Aspectos do paciente e seus familiares

As sequelas da pandemia na saúde mental não se limitam ao luto pelas vidas perdidas. Além do medo constante de contrair a doença, a situação do COVID-19 também afetou as interações humanas, causando insegurança nos aspectos

pessoais e sociais. Tanto pacientes infectados e suas famílias, quanto profissionais da saúde, ou pessoas que respeitam o isolamento social, têm sofrido com as consequências de aspectos psicológicos (FARO et al., 2020).

A visita ao hospital é uma forma de fornecer aos pacientes acesso ao seu sistema de apoio familiar, otimizando o bem-estar. No entanto, devido ao COVID-19 e seu elevado nível de transmissão, as visitas hospitalares têm sido limitadas. Essa decisão, tomada para conter a propagação do vírus SARS-CoV-2, tem efeitos na saúde emocional do paciente, sua família e até mesmo nos profissionais (MAASKANT et al., 2020; ROSE et al., 2021).

Pacientes infectados estão passando por um difícil período de tratamento sozinhos, isolados de seus sistemas de suporte. Alguns profissionais de saúde têm tentado minimizar essas perdas de apoio, sendo o elo entre a pessoa e o mundo exterior ao hospital. A tecnologia tem sido usada para contato com as famílias, mas ainda assim, a restrição de presença e a falta do toque físico ainda são notáveis (MORLEY et al., 2020; SILVERMAN et al., 2021).

Pacientes isolados e suas famílias, seja por confirmação de infecção ou por suspeita, relatam sentir solidão, falta de energia, raiva, falta de concentração, mau humor, insônia, tédio e até mesmo sofrerem de TEPT (FARO et al., 2020).

Além do estresse emocional mencionado, quando o paciente vem a falecer, o profissional da saúde sofre por não se sentir capaz de oferecer uma despedida digna, o que pode ser um fator de desgaste moral ao trabalhador. As famílias acabam por não ter a chance de se despedirem do ente querido devido a possibilidade de contaminação com o vírus (GOPICHANDRAN, 2020). Destaca-se, ainda, que a impossibilidade de participar dos rituais de despedida é um fator de risco para o desenvolvimento de luto complicado (DANTAS et al., 2020).

Além da família do falecido, os profissionais de saúde também sentem o impacto de perderem seus pacientes. Eles podem se sentir frustrados por não terem conseguido dar conforto aos enfermos, uma vez que não podem oferecer suporte físico ou ajudar no luto familiar. Às vezes, os trabalhadores podem se apegar aos seus pacientes e, quando estes falecem, não há tempo para o luto porque outra pessoa está esperando e precisa do atendimento (DONKERS et al., 2021).

Aspectos Organizacionais

Outro aspecto que tem contribuído para o desenvolvimento do distresse moral em trabalhadores da saúde é a limitação de recursos. A escassez de itens básicos, como leitos hospitalares, aparelhos de ventilação e medicamentos exige que os profissionais tomem decisões clínicas sobre a distribuição. Essa decisão seleciona alguns pacientes em detrimento de outros, e a necessidade de escolher entre duas opções indesejáveis pode causar distresse moral, uma vez que o profissional sente que não pode fazer o suficiente para ajudar seus pacientes com COVID-19 (GOPICHANDRAN, 2020).

Os trabalhadores da linha de frente estão altamente expostos ao vírus e, mesmo assim, recebem o mínimo de equipamentos de proteção individual (EPIs), devido a baixa disponibilidade. Assim, eles têm o dever de proteger os outros, embora não estejam totalmente seguros, o que ainda inclui o risco de infectar seus entes queridos ao voltar para casa após um dia de trabalho (GRAY et al., 2021; HESSELINK et al., 2021; KREH et al., 2021; LAKE et al., 2021; MAZZA et al., 2020).

A organização do hospital tem a responsabilidade de zelar pela segurança e saúde de seus trabalhadores, disponibilizando EPIs adequados, tempo para descanso e recuperação e espaços confortáveis. No entanto, os profissionais estão sendo esquecidos e se decepcionando com seus ambientes profissionais, o que pode causar distresse moral (BERG, 2020; GOPICHANDRAN, 2020).

Devido ao grande volume de pacientes com COVID-19 nos hospitais, muitos profissionais da saúde foram realocados para diferentes áreas e setores. Alguns trabalhadores foram transferidos para os cuidados com pacientes infectados e tiveram que trabalhar fora do seu escopo usual de formação e prática, sem serem adequadamente treinados para a nova função. Essa situação está diretamente relacionada ao aumento do medo de desemprego, risco de burnout e distresse moral (DUCHARLET et al., 2021; ESTES et al., 2021).

O alto fluxo de pacientes tem também um impacto logístico e financeiro para as organizações. A equipe administrativa do hospital tem sido igualmente afetada pela ocasião e, conseqüentemente, não está oferecendo suporte adequado para os profissionais (ESTES et al., 2021). Durante a pandemia, a liderança e o apoio são essenciais para o desenvolvimento de resiliência e outros mecanismos que protegem contra o distresse moral (MILJETEIG et al., 2021).

Além disso, os serviços de saúde considerados “não essenciais” foram deixados de lado durante a pandemia. Muitos casos não emergenciais tiveram o

tratamento negado ou postergado devido a restrição de isolamento e o esforço para conter a disseminação do vírus. Com a medida, serviços de puericultura, clínicas de saúde mental e atenção a doenças crônicas foram suspensos, deixando esses pacientes com cuidados e atenção mínimos. A delimitação do que é considerado um serviço essencial e os limites entre oferecer tratamentos de excelência e protocolos de distanciamento são fatores causadores de distresse moral nos profissionais (GOPICHANDRAN, 2020).

Aspectos da Equipe

De acordo com Epstein et al. (2019), na categoria de equipe, o distresse moral pode ser causado por problemas de comunicação ou colaboração inadequada entre colegas, o que impacta no cuidado prestado ao paciente. A grande demanda de pacientes durante a pandemia obrigou alguns hospitais a recorrerem a profissionais de outros setores para auxiliar, o que criou problemas nas complexas relações intra e interprofissionais.

O constante trabalho com novas equipes resultou em desafios que comprometem o atendimento aos pacientes. Por exemplo, pode surgir um conflito diante de diferentes perspectivas sobre os planos de cuidados e tratamentos adequados para o fim de vida. Alguns profissionais podem aplicar tratamentos fúteis por não perceberem o sofrimento do paciente, enquanto outros podem considerar os CP desnecessários (MILJETEIG et al., 2021).

Outra complicação é a comunicação inadequada entre a equipe. Os problemas podem ocorrer, por exemplo, quando um profissional se sente intimidado pela cadeia hierárquica e, por isso, prefere evitar discutir planos de tratamento com os colegas. Essas situações não só afetam internamente o relacionamento dos trabalhadores, mas também a segurança e o melhor interesse do paciente (SILVERMAN et al., 2021).

Estudos (DONKERS et al., 2021; KOK et al., 2021; PETRELLA et al., 2021) mostraram que, diante da necessidade de trabalhar com colegas que agem de forma insegura, ou que não são qualificados para prestar cuidados intensivos, há angústia moral e aumento dos sintomas de burnout e distresse da equipe. Como muitos profissionais não foram devidamente treinados para a circunstância da pandemia, outros trabalhadores podem ficar sobrecarregados com as demandas do trabalho. Além disso, profissionais mais qualificados podem ser responsáveis por

vários pacientes ao mesmo tempo e, em momentos de crise, devem escolher qual enfermo atender primeiro, sendo essa uma fonte de distresse moral (SILVERMAN et al., 2021).

Aspectos Pessoais

Em relação à categoria pessoal, o distresse moral parece estar relacionado ao gerenciamento das emoções (MAFFONI et al., 2019). Os artigos analisados (DUCHARLET et al., 2021; ESTES et al., 2021; LAKE et al., 2021; MAZZA et al., 2020; NATHIYA et al., 2021; NORMAN et al., 2021; SILVERMAN et al., 2021) demonstraram, em particular, o medo do profissional em contrair o novo coronavírus. Além das inseguranças com a própria saúde, os trabalhadores ainda se preocupam com o risco de serem portadores assintomáticos e infectarem suas famílias, a ponto de se sentirem “disseminadores da peste” (KREH et al., 2021).

Por isso, alguns profissionais sentem-se inseguros na presença de seus familiares, o que pode agravar o cansaço e o estresse que já estão vivenciando. Ademais, de forma mais radical, alguns profissionais decidiram não voltar para suas casas após o trabalho, optando por estadias em hotéis (KREH et al., 2021).

Enquanto os profissionais da saúde continuam os cuidados com os pacientes durante a pandemia, a comunidade científica aprende mais sobre o vírus. Devido a muitas incertezas, os trabalhadores precisam avaliar entre os riscos pessoais e o cumprimento de suas responsabilidades. Dessa forma, o distresse moral é causado pelo conflito entre as obrigações e medos (MORLEY et al., 2020).

A tensão torna-se maior quando os profissionais são obrigados a utilizar seus EPIs. Nesse contexto, o distresse moral está relacionado à crença de que a manutenção da segurança pessoal pode atrapalhar a assistência; um exemplo do exposto são os segundos que se perdem para colocar itens de segurança enquanto um paciente está em parada cardiorrespiratória (MORLEY et al., 2020).

Outra causa de distresse moral nessa categoria é a sensação de não ser capaz de fornecer o nível de cuidado adequado ao paciente e o senso de responsabilidade por eventuais resultados ruins, dada a incerteza dos tratamentos, independente do profissional estar aderindo recomendações ou requisitos institucionais (BUTLER et al., 2020; SILVERMAN et al., 2021).

A grande quantidade de pacientes necessitando de cuidados imediatos e críticos, em um curto espaço de tempo, somado às incertezas e falta de tratamentos

para pacientes com COVID-19, levam o profissional a questionar suas próprias habilidades e qualificações. Além disso, nesse contexto, os limites entre os cuidados precisos e a obstinação terapêutica – tratamentos fúteis, com pouca chance de sucesso e grande possibilidade de ser prejudicial – são confusos e elusivos (NEVILLE et al., 2015; PETRELLA et al., 2021; SILVERMAN et al., 2021).

Impacto do Distresse Moral

Considerando que o distresse moral não atinge apenas a mente, mas também o corpo e os relacionamentos, estudos revelam o impacto desse sofrimento nos domínios profissional e pessoal. Assim, foram encontradas consequências nas mais diversas áreas: erros no atendimento, distanciamento do paciente e sua família, depressão, mudança na carreira, entre outros (MCCARTHY; DEADY, 2008).

O distresse moral também pode estar associado à síndrome de burnout, fadiga de compaixão e exaustão emocional. É comum, portanto, que os profissionais sintam-se negligenciados pelas organizações nas quais atuam. Essas condições influenciam a satisfação no trabalho e a intenção de deixar o emprego (MCCARTHY; DEADY, 2008).

Recomendações

Rushton e Turner criaram uma ferramenta que os profissionais podem usar para classificar situações causadoras de distresse moral: os 4Rs. O primeiro passo é “Reconhecer” a circunstância, estar ciente das complexidades e das diferentes perspectivas. A seguir, “Release”, o profissional deve considerar o que está a seu alcance de ser mudado e o que não consegue. Depois, deve “Reconsiderar”, estar aberto para avaliar a situação de uma nova forma. E, por fim, “Reiniciar”, nesse ponto o indivíduo pode ter novas ideias para resolver o conflito ético (RUSHTON; TURNER, 2020).

O conhecimento sobre distresse moral pode fortalecer a coragem e a capacidade de enfrentamento e busca de apoio quando necessário. Além disso, ser capaz de reconhecer o sofrimento pode ajudar a prevenir novos potenciais conflitos morais, especialmente durante situações de crise. Isso é particularmente importante para profissionais em início de carreira, como internos e residentes (DUCHARLET et al., 2021).

Embora circunstâncias que causem distresse moral não possam ser totalmente evitadas, algumas medidas podem reduzir seu impacto. Algumas ferramentas visam capacitar os profissionais para lidar com os dilemas morais e incluem: educação bioética; práticas reflexivas; rodas de conversa, dentre outras (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; BROWNING; CRUZ, 2018; DE BOER et al., 2015).

Outros métodos que podem auxiliar a mitigar o distresse moral visam a esfera organizacional e propõem o estabelecimento de diretrizes e a designação de uma equipe clínica para apoiar os profissionais na tomada de decisões, especialmente referente a retirada de tratamentos de suporte à vida. Ainda, são recomendadas habilidades de treinamento para que os profissionais possam receber novas responsabilidades e, assim, reduzir falhas no cumprimento de deveres morais (DUCHARLET et al., 2021).

Outros fatores ambientais que podem ajudar durante crises pandêmicas presentes e futuras são abordagens criativas da tecnologia para facilitar a comunicação durante o isolamento social, aliviando a carga emocional de pacientes, familiares e profissionais da equipe, proporcionando um melhor ambiente de cuidado (DUCHARLET et al., 2021).

Limitações

São várias as limitações desse estudo. Inicialmente, os critérios de busca podem não ter sido adequados para encontrar todos os artigos sobre o tema, uma vez que “distresse moral” ainda não é considerado um descritor/palavra-chave oficial em saúde. Além disso, a heterogeneidade dos estudos, quanto à metodologia e amostra investigada, pode ter reduzido a possibilidade de generalização dos resultados encontrados nessa revisão.

CONCLUSÃO

As circunstâncias que podem causar distresse moral são múltiplas e envolvem diferentes barreiras relacionadas ao profissional, à equipe, ao paciente e sua família, bem como à instituição. O presente estudo mostrou que, durante a pandemia do COVID-19, situações de falta de recursos, interrupção dos tratamentos e restrição de visitas configuram dilemas éticos para os profissionais.

Embora o mundo já tenha passado por outras crises de saúde, ainda há muito a aprender sobre como administrar essas emergências. A falta de preparação para um evento tão catastrófico contribuiu ainda mais para a ocorrência de situações causadoras de distresse moral.

Considerando que o distresse moral pode trazer graves consequências e impactar na qualidade da assistência prestada pelo profissional, novos estudos sobre o tema são necessários para o enfrentamento de novas fases da pandemia e futuras emergências. Ademais, programas de apoio e educação devem ser investigados como propostas eficazes para prevenir e reduzir esse sofrimento.

REFERÊNCIAS

ALTAKER, K. W.; HOWIE-ESQUIVEL, J.; CATALDO, J. K. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 4, p. 295–302, 1 jul. 2018.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 2020.

BERG, S. **4 ways COVID-19 is causing moral distress among physicians**. AMA - American Medical Association, 2020.

BROWNING, E. D.; CRUZ, J. S. Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses. **Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care**, v. 14, n. 1, p. 44-72, 2018.

BUTLER, C. R. et al. US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic. **JAMA network open**, v. 3, n. 11, p. e2027315, 2020.

CORRADI-PERINI, C.; BELTRÃO, J. R.; RIBEIRO, U. R. V. DE C. O. Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 38, n. 11, p. 1391-1397, 2020.

DANTAS, C. D. R. et al. O luto nos tempos da COVID -19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**, v. 23, n. 3, p. 509–533, 2020.

DE BOER, J. C. et al. Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. **Nursing in Critical Care**, v. 21, n. 3, p. e19–e27, 2015.

DITWILER, R.; SWISHER, L.; HARDWICK, D. Professional and Ethical Issues in United States Acute Care Physical Therapists Treating Patients With COVID-19: Stress, Walls, and Uncertainty. **Phys Ther.**, v. 101, n. 8, 2021.

DOHERTY, A. M. et al. A pilot study of burnout and long covid in senior specialist doctors. **Irish Journal of Medical Science (1971 -)**, p. 1-5, 2021.

DONKERS, M. A. et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. **BMC Medical Ethics**, v. 22, n. 1, p. 1–12, 2021.

DUCHARLET, K. et al. Moral Distress and Moral Injury in Nephrology During the COVID-19 Pandemic. **Seminars in Nephrology**, v. 41, n. 3, p. 253–261, 2021.

EPSTEIN, E. G. et al. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113-124, 2019.

ESTES, B. A. et al. Logistical, Financial, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Cardiac Catheterization Lab Nurses and Technologists: A U.S. National Survey. **The Journal of invasive cardiology**, v. 33, n. 1, p. 9-15, 2021.

EVANS, A. M.; JONAS, M.; LANTOS, J. Pediatric palliative care in a pandemic: Role obligations, moral distress, and the care you can give. **Pediatrics**, v. 146, n. 1, 2020.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. Psicol.**, v. 37, p. e200074, 2020.

GOPICHANDRAN, V. Clinical ethics during the Covid-19 pandemic: Missing the trees for the forest. **Indian Journal of Medical Ethics**, v. 05, n. 03, p. 182–187, 2020.

GRAY, K. et al. Nurses' pandemic lives: A mixed-methods study of experiences during COVID-19. **Applied Nursing Research**, v. 60, 2021.

GUAN, T. et al. Moral Distress Among Oncology Social Workers. **JCO Oncology Practice**, v. 17, n. 7, p. e947–e957, 2021.

HESSELINK, G. et al. Holding the frontline: a cross-sectional survey of emergency department staff well-being and psychological distress in the course of the COVID-19 outbreak. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

HINES, S. E. et al. Initiation of a survey of healthcare worker distress and moral injury at the onset of the COVID-19 surge. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 63, n. 9, p. 830–833, 2020.

JAMETON, A. **Nursing practice, the ethical issues**. Englewood Cliffs:

Prentice-Hall, 1984.

KIMHI, S. et al. A renewed outbreak of the COVID-19 pandemic: A longitudinal study of distress, resilience, and subjective well-being. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 1–13, 2020.

KOK, N. et al. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals. **Critical Care Medicine**, v. Publish Ah, p. 419–427, 2021.

KREH, A. et al. Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. **PLoS ONE**, v. 16, n. 4 April, p. 1–17, 2021.

LAKE, E. T. et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. **Journal of Advanced Nursing**, 2021.

MAASKANT, J. M. et al. Strict isolation requires a different approach to the family of hospitalised patients with COVID-19: A rapid qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 117, p. 103858, 2020.

MAFFONI, M. et al. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: A systematic review. **BMJ Supportive and Palliative Care**, p. 1–10, 2018.

MAZZA, M. et al. Moral Decision-Making, Stress, and Social Cognition in Frontline Workers vs. Population Groups During the COVID-19 Pandemic: An Explorative Study. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. November, p. 1–17, 2020.

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 2, p. 254–262, 2008.

MEESE, K. A. et al. Healthcare is a Team Sport: Stress, Resilience, and Correlates of Well-Being Among Health System Employees in a Crisis. **Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives**, v. 66, n. 4, p. 304–322, 2021.

MILJETEIG, I. et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 1, p. 66–81, 2021.

MOOCK, M.; DE CARVALHO MELLO, P. M. V. Pandemia COVID-19. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 1, p. 1, 2020.

MORLEY, G. et al. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, p. 1–5, 2020.

NATHIYA, D. et al. Mental Health outcome and Professional quality of Life among Healthcare Worker during COVID-19 pandemic: A (FRONTLINE-COVID) survey. **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, p. 196–202,

2021.

NESS, M. M. et al. Leadership, professional quality of life and moral distress during COVID-19: A mixed-methods approach. **Journal of Nursing Management**, p. 0–1, 2021.

NEVILLE, T. H. et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 403-410, 2015.

NORMAN, S. et al. Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: Relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning. **Depression and Anxiety**, p. 1–11, 2021.

O'NEAL, L. et al. Protecting providers and patients: results of an Internet survey of health care workers' risk perceptions and ethical concerns during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 14, n. 1, p. 1–11, 2021.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 372, 2021.

PETRELLA, A. R. et al. Healthcare staff well-being and use of support services during COVID-19: A UK perspective. **General Psychiatry**, v. 34, n. 3, p. 1–11, 2021.

RAO, H. et al. Frontline interdisciplinary clinician perspectives on caring for patients with COVID-19: A qualitative study. **BMJ Open**, v. 11, n. 5, 2021.

ROSE, L. et al. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID19- A UK National Survey .pdf. **Ann Am Thorac Soc.**, 2021.

RUSHTON, C. H.; TURNER, K. Suspending Our Agenda: Considering What Will Serve When Confronting Ethical Challenges. **AACN Adv Crit Care**, v. 31, n. 1, p. 98–105, 2020.

SILVERMAN, H. J. et al. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. **Nursing Ethics**, 2021.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–6, 2010.

SUKHERA, J.; KULKARNI, C.; TAYLOR, T. Structural distress: experiences of moral distress related to structural stigma during the COVID-19 pandemic. **Perspectives on Medical Education**, v. 10, n. 4, p. 222–229, 2021.

SULKOWSKI, J. P. Reducing Moral Distress in the Setting of a Public Health Crisis. **Annals of surgery**, v. 272, n. 6, p. e300–e302, 2020.

4. ARTIGO 3

Tradução Cultural e Validação da Versão Brasileira da Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) no Contexto dos Cuidados Paliativos

Translation and validation of the Brazilian version of the measure of moral distress for healthcare professional (MMD-HP) in the context of palliative care

Julianna Rodrigues Beltrão ¹; Marianna Rodrigues Beltrão ²; Rafaella Stradiotto Bernardelli ³; Carla Corradi-Perini ⁴

¹ Mestranda em Bioética – PUCPR; e-mail: julianna.beltrao@hotmail.com

² Aluna do curso de Psicologia – PUCPR; e-mail: marianna.beltrao@hotmail.com

³ Professora do curso de Medicina – PUCPR; e-mail: rafaella.bernardelli@gmail.com

⁴ Professora do Programa de Pós-graduação em Bioética – PUCPR; e-mail: carla.corradi@pucpr.br

RESUMO

Introdução: A escala Medida de Distresse Moral para Profissionais de Saúde (MDM-PS) corresponde à atualização da Moral Distress Scale–Revised (MDS-R), mundialmente reconhecida. Seu intuito é mensurar o distresse moral, que é um tipo de sofrimento vivenciado diante um conflito ético, no qual o profissional é impedido de agir da forma que julga moralmente correta devido a barreiras externas ou internas. **Objetivo:** traduzir, adaptar culturalmente e validar a versão brasileira da MDM-PS no contexto dos Cuidados Paliativos (CP). **Metodologia:** O estudo contou com as seguintes etapas: tradução, adaptação transcultural, análise fatorial exploratória (componentes principais), confiabilidade pelo alfa de Cronbach e validade convergente através da associação do escore da escala com variáveis pessoais, através da regressão linear uni-variada e testes não paramétricos e teste paramétricos para comparação. O questionário aplicado continha questões sociodemográficas e a escala. O MDM-PS é composta de 27 itens pontuados em Likert para ocorrência e nível de distresse moral. **Resultados:** participaram do estudo 332 profissionais da saúde que atuam em CP no país, sendo 10 na etapa de pré-teste e 322 na de validação. A análise dos componentes principais demonstrou que 1 componente foi responsável por explicar 40,54% de variação da amostra. A grande maioria das cargas fatoriais (66,7%) estavam acima de 0,6, sendo que variaram entre 0,769 e 0,455. A confiabilidade pelo alfa de Cronbach foi de 0,942.

Além disso, o escore foi mais elevado naqueles que estão considerando ou já deixaram seus cargos devido ao distresse moral, em comparação com os que não têm ou nunca tiveram tal intenção. **Considerações Finais:** a versão brasileira aplicada em um contexto de CP mostrou que 1 componente parece ser satisfatório no cálculo do escore global da escala. A validade convergente também mostrou associação entre o escore global e algumas variáveis que se relacionam com distresse. Sugere-se a padronização da escala em outros contexto de atuação em saúde, como ambientes clínicos. Além disso, incentiva-se que sejam realizadas novas pesquisas na área do distresse moral, com intuito de identificação e redução do fenômeno e de suas consequências.

Palavras-chave: Bioética. Distresse Moral. Cuidados Paliativos. Profissionais da Saúde. Estudos de validação.

ABSTRACT

Introduction: The Moral Distress Scale for Health Care Professionals (MDM-PS) corresponds to the update of the globally recognized Moral Distress Scale–Revised (MDS-R). Its purpose is to measure moral distress, which is a type of suffering experienced in the face of an ethical conflict, in which the professional is prevented from acting in the way he deems morally correct due to external or internal barriers. **Objective:** to translate, culturally adapt and validate the Brazilian version of the MDM-PS in the context of Palliative Care (PC). **Methodology:** The study had the following steps: translation, cross-cultural adaptation, exploratory factor analysis (main components), reliability by Cronbach's alpha and convergent validity through the association of the scale score with personal variables, through univariate linear regression, and nonparametric tests and parametric test for comparison. The applied questionnaire contained sociodemographic questions and the scale. The MDM-PS is composed of 27 Likert-rated items for occurrence and level of moral distress. **Results:** 332 health professionals who work in PC in the country participated in the study, 10 in the pre-test stage and 322 in the validation stage. The analysis of the principal components showed that 1 component was responsible for explaining 40.54% of the sample variation. The vast majority of factor loadings (66.7%) were above 0.6, ranging from 0.769 to 0.455. The reliability by Cronbach's alpha was 0.942. In addition, the score was higher in those who are considering or have already left their positions due to moral distress, compared to those who do not or have never had such an intention. **Final Considerations:** the Brazilian version applied in a PC context showed that 1 component seems to be satisfactory in calculating the global score of the scale. Convergent validity also showed an association between the global score and some variables that are related to distress. It is suggested that the scale be standardized in other health care contexts, such as clinical settings. In addition, further research in the area of moral distress is encouraged, to identify and reduce the phenomenon and its consequences.

Keywords: Bioethics. Moral Distress. Palliative Care. Healthcare professionals. Validation studies.

INTRODUÇÃO

Distresse moral é o termo utilizado para descrever a experiência de profissionais de saúde que são impedidos, por barreiras externas e internas, a agirem com base em seus valores morais ou no que acreditam ser eticamente correto (KOPALA; BURKHART, 2005). O fenômeno foi descrito pela primeira vez em 1984, pelo filósofo Jameton. O autor descreveu situações em que enfermeiras realizavam ações julgadas como moralmente erradas devido pressões institucionais (JAMETON, 2017).

Os efeitos do distresse moral podem variar, mas, de forma comum, ameaçam a integridade moral do sujeito que sofre. As manifestações podem estar direcionadas ao próprio profissional, aos colegas ou, até mesmo, à instituição de trabalho, e incluem sentimentos de raiva, frustração, auto-depreciação e tristeza. Além disso, estão relacionados com a síndrome de burnout e a intenção de deixar o emprego (BURSTON; TUCKETT, 2013; EPSTEIN; DELGADO, 2010).

Os Cuidados Paliativos (CP) consistem na assistência fornecida pela equipe multidisciplinar aos pacientes e suas famílias diante de uma doença ameaçadora da vida, com objetivo de melhoria na qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002). Logo, a atuação nessa área envolve cotidianamente questões éticas referentes aos limites entre a vida e a morte. Por isso, os profissionais da saúde estão em maior risco de sofrerem com o distresse moral (EICH; VERDI; MARTINS, 2015).

No contexto dos CP, foram identificadas quatro categorias de barreiras causadoras de distresse moral, sendo: paciente e família, equipe, organização e fatores pessoais. Dentre as principais situações, destacam-se: falhas de comunicação; medo do julgamento de colegas; falta de recursos e profissionais; distanásia e outros tratamentos considerados “fúteis” e que causam sofrimento ao paciente (CORRADI-PERINI; BELTRÃO; RIBEIRO, 2021; MAFFONI et al., 2019).

Estudos na área levaram ao desenvolvimento de ferramentas para medir o distresse moral em vários contextos. Entre elas, a escala “*Moral Distress Scale-Revised*” (MDS-R) que se baseia em três categorias de causas para o fenômeno: situações clínicas; barreiras internas; e externas. Em 2019, Epstein e colaboradores a adaptaram para uma nova versão, denominada “*Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals*” (MMD-HP). A nova versão acrescenta fatores de

documentação excessiva e diretivas administrativas no impacto na qualidade do cuidado prestado (EPSTEIN et al., 2019).

No Brasil, a MDS-R foi traduzida e validada para aplicação em enfermeiros por Ramos e colegas (RAMOS et al., 2017). Entretanto, publicações a respeito dessa temática no país ainda são incipientes e direcionadas apenas ao público da Enfermagem.

Dada a relevância do tema, é essencial a validação de instrumentos que avaliem a ocorrência e o impacto do distresse moral, contribuindo para o desenvolvimento de propostas de intervenção para mitigar o fenômeno. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo traduzir e adaptar a escala MDM-PS para o idioma português (BR) e validar o instrumento entre profissionais da saúde que atuam em CP no cenário brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, analítico e de abordagem quantitativa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) sob o CAAE nº 31397220.5.0000.0020 (Anexo A). Todos os participantes concordaram com as informações do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE – Anexo B). Além disso, a autora principal da escala foi contatada por e-mail e concedeu autorização para a realização da pesquisa.

Instrumento

A versão original da MMD-HP, em português: “Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde” (MDM-PS), é composta por 27 situações de potencial comprometimento moral e cada item inclui um escore Likert de cinco pontos para frequência e nível de distresse. As respostas variam entre 0 (nunca/nulo) e 4 (muito/muito elevado). Ao final dos itens, há uma questão aberta para que o participante liste qualquer outra situação causadora de distresse moral. Além disso, estão presentes duas questões que avaliam a intenção de deixar o emprego devido ao distresse moral atual ou passado. A escala não apresenta domínios e, por isso, deve ser analisada de maneira global (EPSTEIN et al., 2019).

Para correção do instrumento, a pontuação de frequência e nível de distresse de cada item devem ser multiplicadas, resultando num valor entre 0 e 16 pontos. Essa abordagem de pontuação resulta na eliminação de itens nunca experimentados ou não vistos como angustiantes. Posteriormente, deve-se somar a pontuação de cada item, resultando em um total no intervalo de 0 a 432 pontos. Segundo a interpretação, quanto maior o escore, maior é o distresse moral. A opção em aberto de descrever uma situação causadora de distresse moral e sua pontuação, contidos ao final do questionário, não é incluída na pontuação e é usada, principalmente, para monitorar novas causas de distresse moral não incluídas no instrumento (EPSTEIN et al., 2019).

O instrumento aplicado aos participantes dessa pesquisa também contou com questões sociodemográficas e de caracterização da atuação em CP.

Participantes

Critérios de inclusão: foram incluídos profissionais da saúde (com ensino superior ou técnico concluído), de qualquer faixa etária e de ambos os sexos, que atuam no âmbito dos CP em localidades dentro do território nacional.

Não há critérios de exclusão.

Tradução e Adaptação

Para traduzir e adaptar culturalmente a MDM-PS foram seguidas seis etapas (BEATON et al., 2000), que visam a adaptação semântica, idiomática, experiencial e conceitual. As etapas são: tradução inicial; síntese das traduções; retraduzir; comitê de especialistas; pré-teste; e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores.

Na tradução inicial, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues independentes para traduzir do inglês ao português. Um dos tradutores estava ciente dos objetivos e conceitos utilizados na escala, já o outro desconhecia qualquer informação quanto a temática do estudo. Na sequência, foi elaborada uma síntese das duas traduções contendo as discrepâncias verificadas e suas soluções. Posteriormente, essa versão foi submetida ao processo de retraduzir, para o inglês por outros dois tradutores, os quais não foram informados quanto aos conteúdos e objetivos do instrumento. A última versão foi enviada a um comitê de especialistas

na área de Bioética e CP, composto por quatro profissionais, formulando a versão pré-final.

Foi realizado, então, um pré-teste com amostra composta por 10 profissionais da saúde com atuação em CP, visando garantir a validade de conteúdo do instrumento. A aplicação ocorreu individualmente para que cada participante pudesse relatar suas dificuldades e facilidades no preenchimento e possíveis sugestões de modificações. O critério estabelecido para revisão e modificação da tradução foi a compreensão dos itens por menos de 80% dos entrevistados ou sugestão de modificações por mais de 20% dos respondentes.

Por fim, o último estágio foi a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores, os quais realizaram as adaptações necessárias para facilitar a compreensão do instrumento.

Validação

O TCLE, a versão final da escala (Anexo C) e as questões de identificação foram autoaplicadas, de maneira online, via plataforma *Google Forms*. A amostra de conveniência deveria ser de, no mínimo, 270 profissionais da saúde que atuassem em CP, no Brasil. Ressalta-se que não há determinação do tamanho da amostra relacionado à validação psicométrica de instrumentos, mas estima-se que a amostra seja composta pela regra de 10 participantes por pergunta do questionário (FUJII et al., 2021).

Análise Estatística

Para análise das variáveis quantitativas e categoriais foi utilizada estatística descritiva simples. As comparações do escore do MDM-PS e as diversas categorias de análise foram realizadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney e teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, com posterior comparação dois a dois com valor de significância ajustada pela correção de Bonferroni. Modelo de regressão linear uni-variável foi utilizado para avaliação o potencial explicativo das características pessoais, profissionais e sociodemográficas para o escore do MDM-PS, com resultados expressos por coeficientes de regressão linear e intervalos de confiança, significância estatística dos testes de Wald e índices de qualidade do ajuste do modelo (R e R^2). As variáveis que apresentara significância no teste de Wald menor

ou igual a 20% foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla explicativo do escore do MDM-PS.

Uma análise fatorial exploratória foi realizada para descrever a estrutura subjacente do MDM-PS. Primeiramente, testou-se as correlações parciais das 27 questões, por meio da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO); como critério de adoção do modelo da análise fatorial, considerou-se um valor de estatística KMO maior que 0,8 um critério de adequação para a utilização da extração de fatores, utilizando uma análise de componentes principais (PCA) para avaliar o número destes. Para interpretar as cargas fatoriais há uma regra geral de que quando a questão tem uma carga fatorial maior ou igual a 0,7 corresponde a cerca de metade da variância no indicador sendo explicado pelo componente (fator). No entanto, o padrão 0,7 é alto e os dados da vida real podem não atender a esse critério. Razão pela qual alguns pesquisadores, especialmente para fins exploratórios, usarão um nível inferior, como 0,4 para o fator. Alguns autores chamam carregamentos acima de 0,6 de "alto" e aqueles abaixo de 0,4 de "baixo". Em qualquer caso, as cargas fatoriais devem ser interpretadas à luz da teoria, não apenas por níveis de corte arbitrários, ou seja, tem que fazer sentido clinicamente (HAIR et al., 1998; RAUBENHEIMER, 2004).

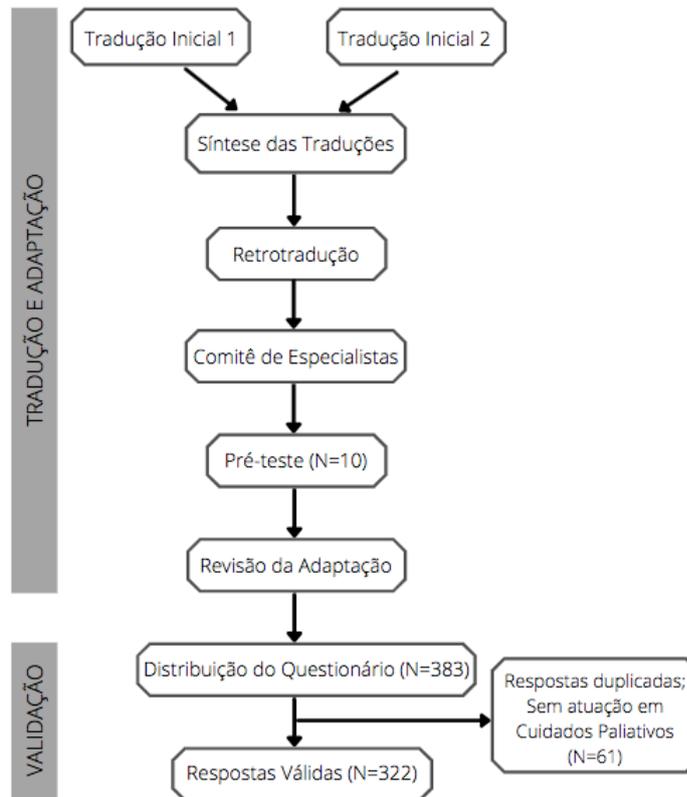
A análise de componentes principais foi realizada através do scree plot através da regra do cotovelo (elbow rule) e foram considerados cargas fatoriais maiores que 0,4 (em módulo). A confiabilidade do escore foi avaliada pela consistência interna usando o alfa de Cronbach, tendo um valor mínimo de 0,70 como desejável (CRONBACH, 1951).

A análise de regressão linear foi realizada no programa computacional Stata/SE v.14.1. StataCorpLP, USA. Todas as demais análises foram realizadas com o programa computacional IBM SPSS versão 26.0. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS

As etapas do presente estudo foram representadas na Figura 1. Após a distribuição do questionário final, foram recebidas 383 respostas, das quais 61 foram excluídas por serem repetidas ou de profissionais que não atuam em CP, resultando em 322 respostas válidas.

Figura 1 - Etapas da pesquisa



Fonte: os autores (2021)

Tradução e adaptação do instrumento

A versão retrotraduzida da versão brasileira da MDM-PS foi similar à versão original da escala. No pré-teste, a escala foi bem compreendida pelos 10 profissionais da saúde. A população do pré-teste contou com profissionais das seguintes áreas: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia que trabalham em CP. As sugestões mencionadas foram: repetição da palavra “experenciou” na instruções; especificar se as respostas deveriam ser a respeito da atuação passada ou presente; substituir a palavra “obrigado(a)”; dentre outras.

Validação do instrumento

Caracterização dos Participantes

As características pessoais, profissionais e sociodemográficas foram apresentadas na Tabela 1. A idade média dos participantes foi de 38 anos, a maioria da amostra era do sexo feminino (85,4%) e residente na região sudeste do país. As profissões com maior participação foram Medicina, Psicologia e Enfermagem. A maioria dos participantes atuam com o público adulto e idoso e nos

níveis primário e secundário de atenção. O tempo médio de atuação profissional era de 12,3 anos e de atuação em CP era de 5,7 anos.

Tabela 1 - Descrição das características da amostra (n=322)

Variável	Resultado
<i>Idade em anos, média ± DP (min-max)</i>	38 ± 9,4 (21-78)
Sexo	N (%)
Feminino	275 (85,4)
Masculino	47 (14,6)
Região onde reside	N (%)
Sudeste	164 (50,9)
Sul	80 (24,8)
Nordeste	52 (16,1)
Centro-Oeste	15 (4,7)
Norte	11 (3,4)
Profissão	N (%)
Médico/a	102 (31,7)
Psicólogo/a	70 (21,7)
Enfermeiro/a	63 (19,6)
Fisioterapeuta	32 (9,9)
Nutricionista	15 (4,7)
Fonoaudiólogo/a	11 (3,4)
Técnico/a de enfermagem	10 (3,1)
Assistente Social	8 (2,5)
Farmacêutico/a	4 (1,2)
Terapeuta ocupacional	4 (1,2)
Assistente Espiritual; Capela/o	2 (0,6)
Terapeuta Ambiental	1 (0,3)
Público de atuação	N (%)
Adultos e Idosos	175 (54,3)
Criança/Adolescente; Adultos e Idosos	56 (17,4)
Adultos	38 (11,8)
Criança/Adolescente	28 (8,7)
Idosos	23 (7,1)
Adultos e Criança/Adolescente	2 (0,6)
Níveis de atenção à saúde que atua	N (%)
Apenas no primário	52 (16,1)
Apenas no secundário	60 (18,6)
Apenas no terciário	11 (3,4)

No primário e no secundário	87 (27,0)
No primário e no terciário	5 (1,6)
No secundário e no terciário	64 (19,9)
Nos 3 níveis de atenção	43 (13,4)
Atuação no nível primário	187 (58,1)
Atuação no nível secundário	254 (78,9)
Atuação no nível terciário	123 (38,2)
<i>Tempo de Atuação Profissional, média; mediana (min-máx.)</i>	12,3; 10 (0,2 - 53)
<i>Tempo de Atuação em Cuidados Paliativos, média; mediana (min-máx.)</i>	5,7; 4 (0,1 - 30)

Validade de Constructo

Uma análise fatorial exploratória foi realizada para descrever a estrutura subjacente do MDM-PS, na qual todas as 322 respostas foram consideradas visto que não haviam dados faltantes em nenhuma das questões.

O resultado do Kaiser-Meyer-Olkin Test (KMO) evidenciou uma ótima adequação global dos 27 itens do MDM-PS com as magnitudes das correlações parciais de 0,938. Assim, uma análise de componentes principais (PCA) foi adotada da extração de fatores.

O quanto cada uma das questões do instrumento correlaciona-se como as demais, ou seja, sua comunalidade (h^2) está expresso na Tabela 2, na qual verifica-se que quanto maior o valor de comunalidade maior é o percentual de variância em uma determinada variável explicada por todos os fatores em conjunto.

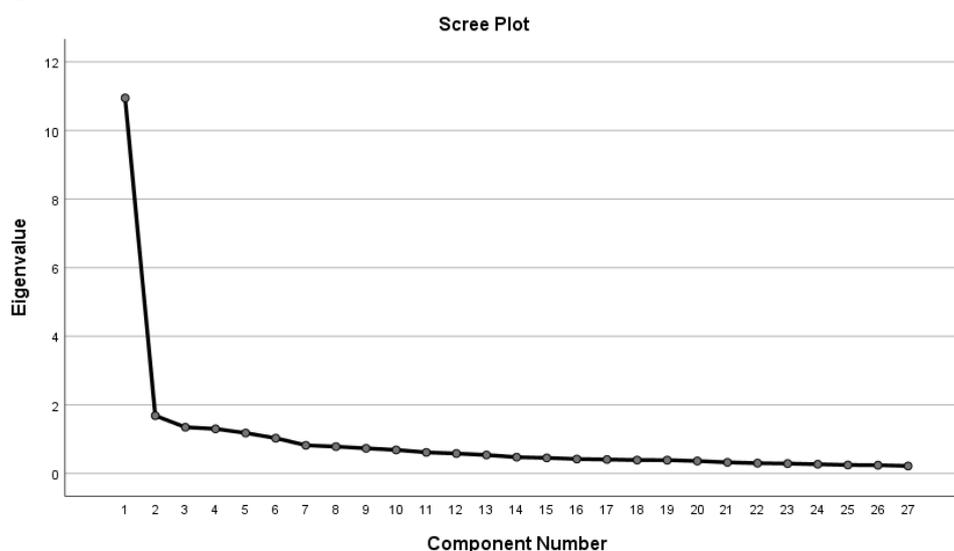
Tabela 2 - Comunalidade de cada uma das questões do MDM-PS

Questões do MDM-PS	comunalidade (h^2)
1. Observo profissionais de saúde comunicando “falsas esperanças” ao paciente ou família.	0,538
2. Aceito a insistência da família para continuar com tratamentos / intervenções invasivas mesmo que eu acredite que não é o melhor para o paciente.	0,635
3. Me sinto pressionado para solicitar ou executar exames ou tratamentos que eu considero desnecessários ou inapropriados.	0,642
4. Sou incapaz de ofertar o cuidado que julgo ideal devido às pressões de administradores ou dos planos de saúde para reduzir custos.	0,496
5. Continuo a fornecer tratamento invasivo para um paciente em fim de vida e que provavelmente irá falecer independente deste tratamento, enquanto ninguém tome a decisão para suspendê-lo.	0,699
6. Sou pressionado a me calar quando algum colega / membro da equipe cometeu um erro e não o reportou.	0,664

7. Devo cuidar de pacientes, os quais eu não me sinto qualificado para atender.	0,645
8. Realizo procedimentos que causam sofrimento desnecessário ou que não são adequados para aliviar dor ou outros sintomas desconfortáveis do paciente.	0,622
9. Presencio um paciente sofrer por conta da falta de continuidade do tratamento.	0,606
10. Atendo as orientações de um outro profissional da equipe ou de um membro da família de não informar o prognóstico ao paciente/família do paciente.	0,582
11. Testemunho a violação dos protocolos de atuação dos profissionais da saúde ou código de ética e não me sinto apoiado o suficiente para reportar a violação.	0,646
12. Participo de um cuidado ou procedimento que não concordo, mas o faço por receio de litígio (ser processado).	0,659
13. Sou solicitado a trabalhar com outro membro da equipe que não é competente o suficiente para aquilo que o paciente demanda.	0,565
14. Observo atendimentos de baixa qualidade devido à falta de comunicação entre os membros da equipe.	0,705
15. Sinto-me pressionado a ignorar situações nas quais os pacientes não receberam informação adequada para garantir o consentimento informado.	0,584
16. Sou solicitado a cuidar de mais pacientes do que tenho condições de atender de forma segura.	0,721
17. Observo que o cuidado do paciente tem prejuízos devido à falta de recursos / equipamentos / leitos disponíveis.	0,779
18. Presencio a falta de ações ou suporte administrativo para problemas que comprometem o cuidado do paciente.	0,698
19. Tenho uma quantidade excessiva de tarefas burocráticas e documentação a ser preenchida que comprometem o cuidado do paciente.	0,699
20. Tenho medo de retaliação caso eu me posicione.	0,674
21. Sinto-me inseguro ou sofro "bullying" / julgamentos por parte de meus próprios colegas.	0,637
22. Sou submetido a atender pacientes / familiares autoritários / inconvenientes que comprometem a qualidade do atendimento.	0,535
23. Sinto-me exigido a dar prioridade a outras tarefas, medidas de produtividade ou de qualidade em detrimento do atendimento ao paciente.	0,754
24. Sou solicitado a cuidar de pacientes com plano de tratamento inconsistente ou sem clareza nos objetivos do cuidado.	0,693
25. Trabalho dentro de hierarquias em equipes, unidades e instituições que comprometem o atendimento ao paciente.	0,686
26. Participo de uma equipe que fornece informações confusas ou contradizentes para o paciente/família.	0,721
27. Trabalho com membros da equipe que tratam pacientes vulneráveis ou estigmatizados sem devido respeito e dignidade.	0,598

A Figura 2 representa o Scree Plot da análise fatorial dos componentes principais. A queda mais abrupta na curva demonstra o grande peso de apenas um componente, o qual inclusive destaca-se por explicar sozinho 40,54% do modelo.

Figura 2 – Scree Plot da análise fatorial de componentes principais



A carga fatorial de cada questão para um único componente está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Matriz de estrutura fatorial, rotação Varimax

Questões	Componente 1
1. Observo profissionais de saúde comunicando “falsas esperanças” ao paciente ou família.	0,638
2. Aceito a insistência da família para continuar com tratamentos / intervenções invasivas mesmo que eu acredite que não é o melhor para o paciente.	0,484
3. Me sinto pressionado para solicitar ou executar exames ou tratamentos que eu considero desnecessários ou inapropriados.	0,705
4. Sou incapaz de ofertar o cuidado que julgo ideal devido às pressões de administradores ou dos planos de saúde para reduzir custos.	0,568
5. Continuo a fornecer tratamento invasivo para um paciente em fim de vida e que provavelmente irá falecer independente deste tratamento, enquanto ninguém tome a decisão para suspendê-lo.	0,569
6. Sou pressionado a me calar quando algum colega / membro da equipe cometeu um erro e não o reportou.	0,570
7. Devo cuidar de pacientes, os quais eu não me sinto qualificado para atender.	0,455
8. Realizo procedimentos que causam sofrimento desnecessário ou que não são adequados para aliviar dor ou outros sintomas desconfortáveis do paciente.	0,460
9. Presencio um paciente sofrer por conta da falta de continuidade do tratamento.	0,706
10. Atendo as orientações de um outro profissional da equipe ou de um membro da família de não informar o prognóstico ao paciente/família do paciente.	0,515
11. Testemunho a violação dos protocolos de atuação dos profissionais da saúde ou código de ética e não me sinto apoiado o suficiente para reportar a violação.	0,662

12. Participo de um cuidado ou procedimento que não concordo, mas o faço por receio de litígio (ser processado).	0,638
13. Sou solicitado a trabalhar com outro membro da equipe que não é competente o suficiente para aquilo que o paciente demanda.	0,715
14. Observo atendimentos de baixa qualidade devido à falta de comunicação entre os membros da equipe.	0,746
15. Sinto-me pressionado a ignorar situações nas quais os pacientes não receberam informação adequada para garantir o consentimento informado.	0,670
16. Sou solicitado a cuidar de mais pacientes do que tenho condições de atender de forma segura.	0,627
17. Observo que o cuidado do paciente tem prejuízos devido à falta de recursos / equipamentos / leitos disponíveis.	0,579
18. Presencio a falta de ações ou suporte administrativo para problemas que comprometem o cuidado do paciente.	0,683
19. Tenho uma quantidade excessiva de tarefas burocráticas e documentação a ser preenchida que comprometem o cuidado do paciente.	0,615
20. Tenho medo de retaliação caso eu me posicione.	0,709
21. Sinto-me inseguro ou sofro “bullying” / julgamentos por parte de meus próprios colegas.	0,644
22. Sou submetido a atender pacientes / familiares autoritários / inconvenientes que comprometem a qualidade do atendimento.	0,639
23. Sinto-me exigido a dar prioridade a outras tarefas, medidas de produtividade ou de qualidade em detrimento do atendimento ao paciente.	0,662
24. Sou solicitado a cuidar de pacientes com plano de tratamento inconsistente ou sem clareza nos objetivos do cuidado.	0,769
25. Trabalho dentro de hierarquias em equipes, unidades e instituições que comprometem o atendimento ao paciente.	0,721
26. Participo de uma equipe que fornece informações confusas ou contradizentes para o paciente/família.	0,721
27. Trabalho com membros da equipe que tratam pacientes vulneráveis ou estigmatizados sem devido respeito e dignidade.	0,572

A grande maioria das cargas fatoriais (66,7%) estavam acima de 0,6; sendo a maior carga 0,769 e a menor 0,455.

A confiabilidade do instrumento como um todo foi avaliada medindo a consistência interna de todas as questões, valor de alfa de Cronbach encontrado foi de 0,942. Ao avaliar se algum item precisaria ser excluído, percebeu-se que a exclusão de nenhum item contribuiria significativamente para maior confiabilidade da escala.

Os resultados demonstrados acima evidenciaram alta consistência interna e adequada carga de fatores para todas as 27 questões testadas em conjunto em 1 componente.

Escores e Estatística Analítica

A média do escore total da MDM-PS foi de 103,7 ($\pm 86,5$). A pontuação mais baixa foi 0 e a mais alta foi 387 pontos. A Tabela 4 apresenta os 5 itens mais pontuados.

Tabela 4 – 5 itens mais pontuados na MDM-PS

Item	Média	Desvio Padrão
14. Observo atendimentos de baixa qualidade devido à falta de comunicação entre os membros da equipe.	7,04	5,22
1. Observo profissionais de saúde comunicando “falsas esperanças” ao paciente ou família.	6,40	4,83
9. Presencio um paciente sofrer por conta da falta de continuidade do tratamento.	6,19	5,18
17. Observo que o cuidado do paciente tem prejuízos devido à falta de recursos / equipamentos / leitos disponíveis.	5,88	5,48
18. Presencio a falta de ações ou suporte administrativo para problemas que comprometem o cuidado do paciente.	5,40	5,14

A idade não apresentou influência significativa sobre o escore do MDM-PS, porém com valores de p marginal no teste de Wald ($p=0,050$). Com base nos coeficientes, demonstrados na Tabela 5 e Figura 3 verifica-se que a média do valor do escore do MDM-PS é de 137,384 menos 0,887 anos de idade. Tal modelo tem um potencial explicativo de 10,9%, porém com baixa qualidade de ajuste, de apenas 0,12%.

Conforme evidenciado na Tabela 5 e nas Figuras 4 e 5, percebe-se que o tempo de atuação profissional e o tempo de atuação em cuidados paliativos não têm influência significativamente na variação da pontuação no escore.

Tabela 5 – Modelo de regressão linear univariável para identificação de fatores capazes de explicar os valores do escore do MDM-PS.

Fatores avaliados em relação à variável dependente: Escore do MDM-PS	n válido	Coefficiente (IC de 95%)	Valor de p ^a	R	R ²
Idade	322	-0,887 (-1,775; 0,002)	0,050	0,109	0,012
Tempo de atuação profissional	321	- 0,667 (-1,607; 0,273)	0,164	0,078	0,006
Tempo de atuação em cuidados paliativos	322	- 0,633 (-2,251; 0,985)	0,445	0,044	0,002

^a Significância do teste de Wald, $p < 0,05$ representa significância estatística.

R: representativo do potencial explicativo/preditor do modelo.

R²: representativo da qualidade do ajuste do modelo.

Figura 3 - Gráfico de dispersão representando a correlação linear entre idade e escore do MDM-PS

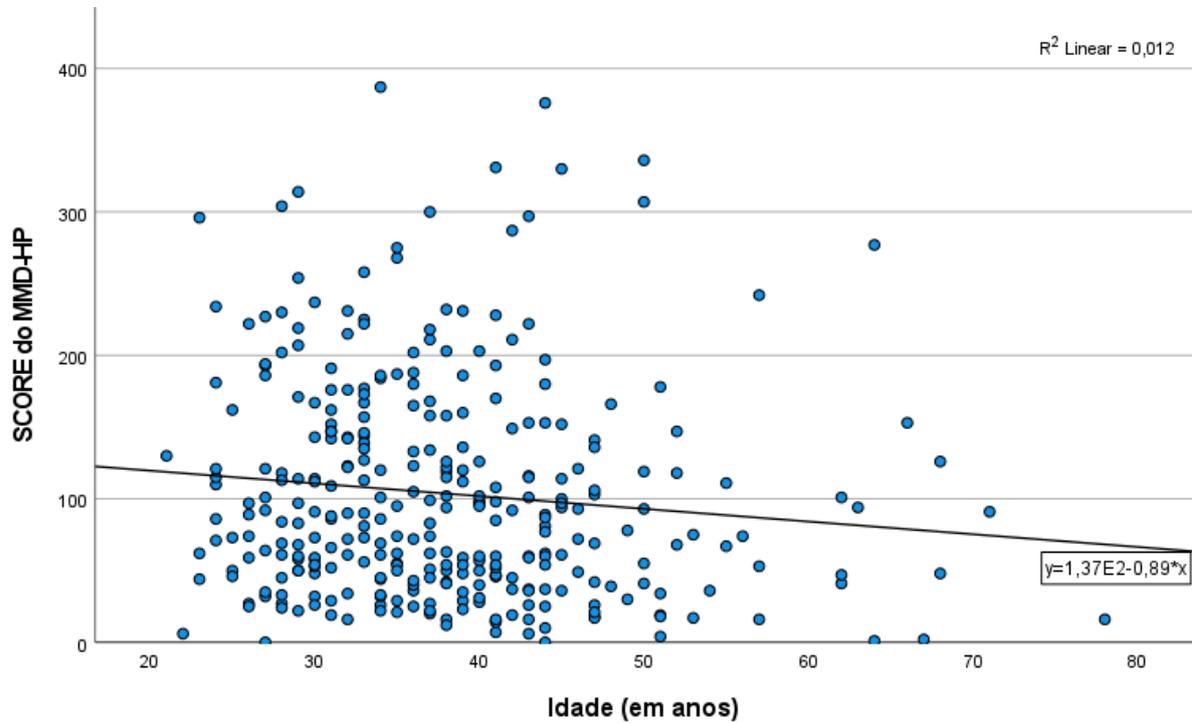


Figura 4 - Gráfico de dispersão representando a correlação linear entre o tempo de atuação profissional e o escore do MDM-PS.

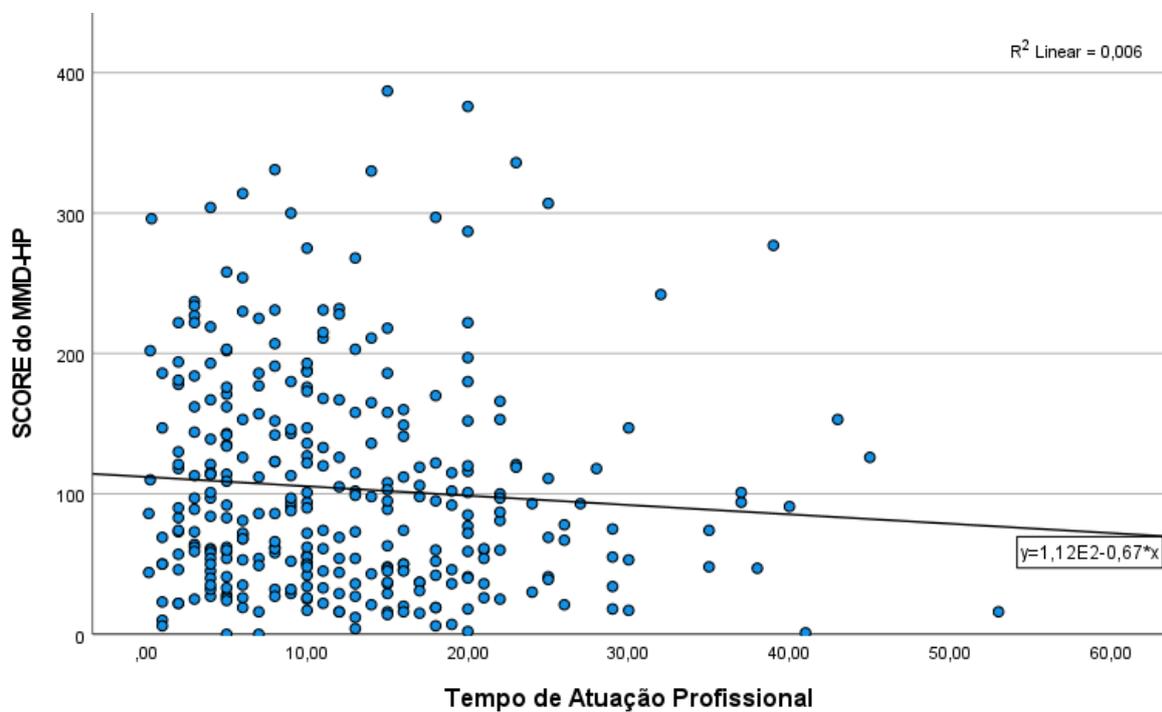
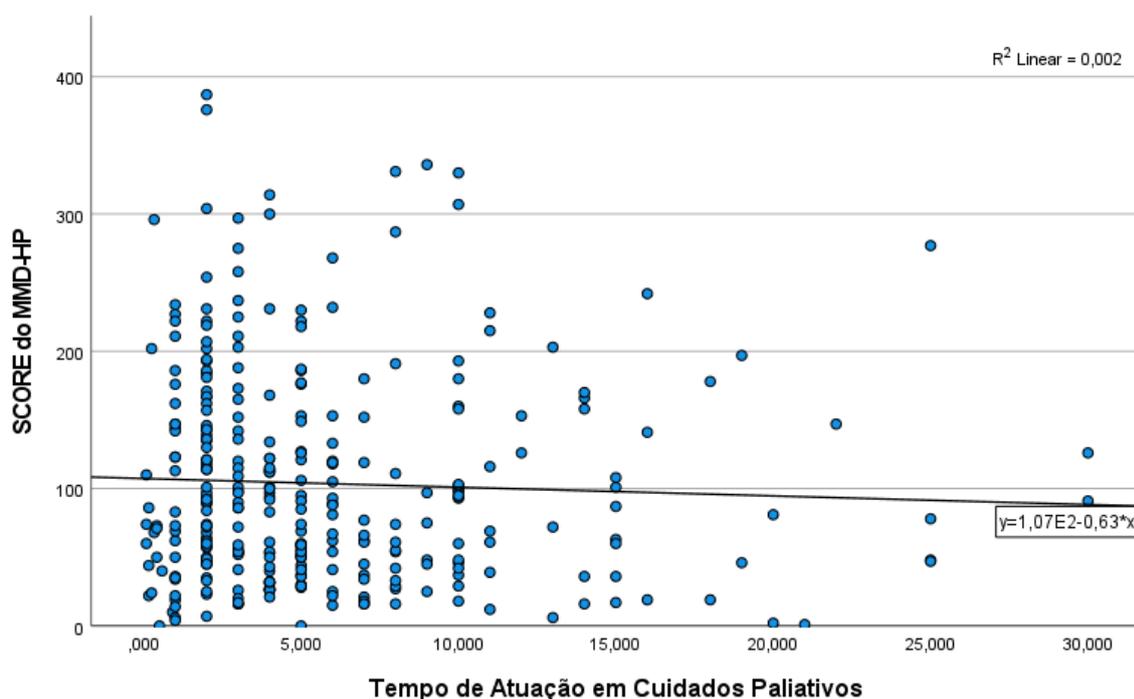


Figura 5 - Gráfico de dispersão representando a correlação linear entre o tempo de atuação profissional em cuidados paliativos e o escore do MDM-PS



Não há diferença significativa entre os sexos quanto ao escore do MDM-PS, como pode ser notado na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação do escore do MDM-PS entre os sexos

Variável de grupo	Grupos	n válido	Escore do MDM-PS (média; med. (min-max))	Valor de p*
Sexo	Feminino	275	104,9; 87 (0 - 387)	0,517
	Masculino	47	96,6; 81 (7 - 331)	

Abreviaturas: med: mediana; min: valor mínimo; max: valor máximo.

*Significância do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

$p < 0,05$ representa significância estatística.

Conforme demonstrado na Tabela 7, há diferença significativa no escore de do MDM-PS entre os profissionais quando comparadas as 5 regiões brasileiras ($p = 0,021$). Quando os escores foram comparados entre as regiões 2 a 2, percebe-se que tal diferença global reflete a diferença entre os profissionais do Sul e do Nordeste, sendo que este último tem escore significativamente mais elevado que o dos do Sul.

Tabela 7 - Comparação do escore do MDM-PS entre as regiões do país.

Variável de	Grupos	n válido	Escore do MDM-PS (média; med. (min-	Valor de p da comparação	Valor de p ajustado da comparação entre os
-------------	--------	----------	-------------------------------------	--------------------------	--

grupo		max)	global entre os 5 grupos*	grupos 2 a 2**	
Região onde reside	Sudeste	164	109,7; 86,5 (0 - 387)	0,021	Norte vs. Sul: p=1
	Sul	80	83,4; 64,5 (1 - 268)		Norte vs. Sudeste: p=1
	Nordeste	52	120,9; 109 (10 - 304)		Norte vs. Centro-Oeste: p=1
	Centro-Oeste	15	103,4; 98 (23 - 207)		Norte vs. Nordeste: p=0,569
	Norte	11	80,9; 54 (16 - 227)		Sul vs. Sudeste: p=0,207
					Sul vs. Centro-Oeste: p=1
					Sul vs. Nordeste: p=0,025
					Sudeste vs. Centro-Oeste: p=1
					Sudeste-Nordeste: p=1
					Centro-Oeste vs. Nordeste: p=1

Abreviaturas: med: mediana; min: valor mínimo; max: valor máximo.

* Significância do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

**Significância do teste post hoc não paramétrico com valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni.

p<0,05 representa significância estatística.

A Tabela 8 demonstra que não há diferença significativa entre os profissionais com relação aos seus públicos de atuação quanto ao escore (p=0,062).

Tabela 8 – Comparação do escore do MDM-PS entre os profissionais de saúde de acordo com o público em que atua.

Variável de grupo	Grupos	n válido	Escore do MDM-PS (média; med. (min-max))	Valor de p
Público de atuação	Apenas Adultos	38	105,8; 89,5 (1 - 287)	0,062*
	Apenas Criança/Adolescente	28	115,5; 105,5 (6 - 336)	
	Apenas Idoso	23	120,8; 101 (16 - 307)	
	Adulto e Idoso	175	98,1; 81 (0 - 376)	
	Os 3 públicos	56	102,6; 85,5 (14 - 387)	
	Criança/Adolescente e Adulto	2	222; 222 (222 - 222)	

Abreviaturas: med: mediana; min: valor mínimo; max: valor máximo.

* Significância do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para a comparação do escore do MDM-PS entre os grupos de profissionais que atuam apenas com adultos, apenas com crianças/adolescentes, apenas com idosos, com adultos e idosos ou os que atuam com os 3 grupos.

p<0,05 representa significância estatística.

Além disso, a Tabela 9 evidencia que não há diferença significativa do escore entre os níveis de atuação do profissional (p=0,058).

Tabela 9 - Comparação do escore do MDM-PS entre os setores de atuação.

Variável de grupo	Grupos	n válido	Escore do MDM-PS (média; med. (min-max))	Valor de p
Níveis de atenção à saúde que atua	Apenas no primário	52	82,5; 73,5 (0 - 211)	0,058
	Apenas no secundário	60	91,8; 67 (0 - 376)	
	Apenas no terciário	11	160,4; 149 (28 - 336)	

No primário e no secundário	87	105,4; 90 (1 - 307)
No primário e no terciário	5	105,6; 69 (16 - 227)
No secundário e no terciário	64	117,5; 97,5 (6 - 387)
Nos 3 níveis de atenção	43	107,4; 95 (16 - 275)

Abreviaturas: med: mediana; min: valor mínimo; max: valor máximo.

* Significância do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. $p < 0,05$ representa significância estatística.

A Tabela 10 permite identificar que há diferença significativa no escore do MDM-PS entre os 8 grupos de profissionais com maior número de respondentes ($p=0,020$). No entanto, na posterior comparação 2 a 2 (Tabela 11) não há diferença significativa entre nenhum dos grupos profissionais, considerando o valor de significância corrigida por Bonferroni.

Tabela 10 – Comparação do escore do MDM-PS entre os 8 grupos de profissionais com maior número de respondentes.

Variável de grupo	Grupos	n válido	Escore do MDM-PS (média; med. (min-max))	Valor de p*
Profissão	Médico/a	102	116,3; 104 (6 - 307)	0,020
	Psicólogo/a	70	91,2; 60,5 (2 - 314)	
	Enfermeiro/a	63	110,8; 87 (0 - 387)	
	Fisioterapeuta	32	120,5; 99 (18 - 376)	
	Nutricionista	15	60,9; 55 (15 - 144)	
	Fonoaudiólogo/a	11	76,5; 66 (6 - 153)	
	Técnico/a de enfermagem	10	108,5; 97 (0 - 258)	
	Assistente Social	8	75,6; 74,5 (10 - 147)	

Abreviaturas: med: mediana; min: valor mínimo; max: valor máximo.

* Significância do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis $p < 0,05$ representa significância estatística.

Tabela 11 - Comparação dois a dois entre os 8 grupos de profissionais com maior número de respondentes em relação ao escore do MDM-PS

Comparação 2 a 2 entre as 8 profissões	Valor de p ajustado da comparação entre os grupos 2 a 2**
Nutricionista-Assistente Social	1,000
Nutricionista-Fonoaudiólogo/a	1,000
Nutricionista-Psicólogo/a	1,000
Nutricionista-Enfermeiro/a	1,000
Nutricionista-Técnico/a de enfermagem	1,000
Nutricionista-Fisioterapeuta	0,403
Nutricionista-Médico/a	0,120
Assistente Social-Fonoaudiólogo/a	1,000
Assistente Social-Psicólogo/a	1,000

Assistente Social-Enfermeiro/a	1,000
Assistente Social-Técnico/a de enfermagem	1,000
Assistente Social-Fisioterapeuta	1,000
Assistente Social-Médico/a	1,000
Fonoaudiólogo/a-Psicólogo/a	1,000
Fonoaudiólogo/a-Enfermeiro/a	1,000
Fonoaudiólogo/a-Técnico/a de enfermagem	1,000
Fonoaudiólogo/a-Fisioterapeuta	1,000
Fonoaudiólogo/a-Médico/a	1,000
Psicólogo/a-Enfermeiro/a	1,000
Psicólogo/a-Técnico/a de enfermagem	1,000
Psicólogo/a-Fisioterapeuta	1,000
Psicólogo/a-Médico/a	0,116
Enfermeiro/a-Técnico/a de enfermagem	1,000
Enfermeiro/a-Fisioterapeuta	1,000
Enfermeiro/a-Médico/a	1,000
Técnico/a de enfermagem-Fisioterapeuta	1,000
Técnico/a de enfermagem-Médico/a	1,000
Fisioterapeuta-Médico/a	1,000

**Significância do teste post hoc não paramétrico com valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni.

p<0,05 representa significância estatística.

Além disso, com base nos resultados apresentados na Tabela 12, verifica-se que há diferença significativa no valor do escore entre os grupos com relação às questões de abandono da posição de trabalho prévia (p=0,001) e atualmente (p=0,001). Os profissionais que já consideraram sair, já saíram ou estão atualmente pensando em sair, possuem maiores escores de distresse moral, em comparação aos que nunca deixaram e não estão considerando deixar seu emprego.

Tabela 12 – Comparação do escore do MDM-PS entre os grupos sobre sair do emprego

Questão	Grupo da resposta	n válido	Escore do MDM-HS (média; med. (min-máx.))	Valor de p da comparação global entre os grupos*	Valor de p ajustado da comparação entre os grupos 2 a 2**
Você já abandonou ou considerou deixar uma posição de trabalho devido ao distresse moral?	Não, nunca considerei sair ou deixar uma posição.	106	66,1; 53 (0 - 296)	<0,001	Não vs. Sim, mas não saí: p<0,001
	Sim, considerei sair, mas não saí.	136	119,5; 97,5 (12 - 376)		Não vs. Sim, deixei: p<0,001
	Sim, deixei uma posição.	80	126,8; 114,5 (0 - 387)		Sim, mas não saí vs. Sim, deixei uma

				posição: p<0,001
Você está considerando atualmente deixar sua posição de trabalho devido ao distresse moral?	Não	253	91,6; 73 (0 - 314)	
				<0,001
	Sim	69	148,3; 136 (7 - 387)	-

Foi realizado um modelo de regressão linear para avaliar o potencial explicativo de características pessoais, profissionais e sociodemográficas da amostra para o escore. As variáveis que, no modelo univariável (Tabela 13) apresentaram significância no teste de Wald menor ou igual a 20% foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla explicativo do escore (Tabela 14).

Tabela 13 – Modelo de regressão linear univariável para identificação de fatores capazes de explicar os valores do escore do MDM-PS.

Fatores avaliados em relação à variável dependente: Escore do MDM-PS	n válido	Coefficiente (IC de 95%)	Valor de p ^a	R	R ²
Idade	322	-0,887 (-1,775; 0,002)	0,050	0,109	0,012
Tempo de atuação profissional	321	- 0,667 (-1,607; 0,273)	0,164	0,078	0,006
Tempo de atuação em cuidados paliativos	322	- 0,633 (-2,251; 0,985)	0,445	0,044	0,002
Sexo masculino	322	-8.325 (-32.185; 15.535)	0.493	0,838	0.001
Região onde reside Ref.: Nordeste*					
Sul		-37.447 (-64,090; -10,804)	0,006		
Sudeste	322	-11,141 (-34,945; -12,663)	0,358	0,179	0,032
Centro-Oeste		-17,485 (-61.321; -26.352)	0,433		
Norte		-39,976 (-89.614; 9.663)	0,114		
Público de atenção Ref.: Apenas Criança/Adolescente*					
Apenas Adultos		-9.694 (-47.164; 27.776)	0,611		
Apenas Idoso	322	5,247 (-37,901; 47,584)	0,808	0,152	0,023
Adulto e Idoso		-17,404 (-48,026; 13,218)	0,264		
Os 3 públicos		-12,893 (-47,715; 21,929)	0,467		
Atuar na atenção primária	322	-10.062 (-27.111; 6.987)	0.246	0,063	0,004
Atuar na atenção secundária	322	8,826 (-11,807; 29,458)	0.401	0,045	0,002

Atuar na atenção terciária	322	22,017 (4.836; 39,198)	0,012	0,138	0,019
----------------------------	-----	------------------------	-------	-------	-------

* As categorias de referência foram selecionadas por serem a com maior média e/ou mediana de escore entre as categorias das variáveis.

^a Significância do teste de Wald, $p < 0,05$ representa significância estatística.

R: representativo do potencial explicativo/preditor do modelo.

R²: representativo da qualidade do ajuste do modelo.

Tabela 14 – Modelo de regressão linear múltipla para identificação de fatores capazes de explicar independentemente uns dos outros, o escore do MDM-PS.

Fatores avaliados em relação à variável dependente: Escore do MDM-PS	n válido	Coefficiente (IC de 95%)	Valor de p ^a	R	R ²
Idade		-1,197 (-2,930; 0,537)	0,175		
Tempo de atuação profissional		0,657 (-1,167; 2,480)	0,479		
Região onde reside Ref.: Nordeste*					
Sul	321	-34,527 (-61,168; -7,886)	0,011	0,243	0,0592
Sudeste		-8,809 (-32,511; 14,894)	0,465		
Centro-Oeste		-16,776 (-60,251; 26,698)	0,448		
Norte		-41,271 (-90,564; 8,023)	0,100		
Atuar na atenção terciária		20,867 (3,476; 38,258)	0,019		

* As categorias de referência foram selecionadas por serem a com maior média e/ou mediana de escore entre as categorias das variáveis.

^a Significância do teste de Wald, $p < 0,05$ representa significância estatística.

R: representativo do potencial explicativo/preditor do modelo.

R²: representativo da qualidade do ajuste do modelo.

Observa-se que tanto na análise univariável (Tabela 13) quanto na múltipla (Tabela 14) apenas as variáveis: atuar na atenção terciária e residir na região Sul, quando comparado com a Nordeste, apresentaram influência significativa sobre o escore do MDM-PS.

O modelo de regressão múltipla com idade, tempo de atuação profissional, região onde reside, e atuação na atenção terciária é capaz de explicar 24,3% do escore com uma qualidade de ajuste de apenas 5,92%. Neste modelo múltiplo, verifica-se que atuar na atenção terciária acrescenta chance de ter maior valor de escore. Ainda, em comparação aos profissionais que residem no Nordeste (região com maior valor médio e mediano do MDM-PS), os que residem no Sul do Brasil tem significativamente menos chance de escores mais altos.

DISCUSSÃO

Os profissionais da saúde que atuam em CP, diariamente, estão em contato com pacientes com expectativa de vida limitada e casos caracterizados por conflitos éticos e morais. Essa exposição torna-os mais vulneráveis a sofrerem com o distresse moral (EICH; VERDI; MARTINS, 2015; MAFFONI et al., 2019).

Nos contextos dos CP pediátricos e neonatais, uma revisão sistemática evidenciou que o distresse moral dos profissionais da saúde estava relacionado a problemas de comunicação, negação da família quanto a doença, tratamentos fúteis ou desproporcionais, falsas esperanças, manejo ineficaz dos sintomas e o desacordo entre a equipe acerca do melhor curso de ação. Algumas dessas situações coincidem com as mais mencionadas pelos participantes do presente estudo (PRENTICE et al., 2016).

No desenvolvimento do MMD-HP original, as situações causadoras de distresse foram divididas em quatro fatores principais, sendo eles: sistema, clínico/paciente, equipe/pessoal e equipe/paciente. O fator da equipe foi dividido em causas relacionadas a compromissos com a integridade individual e causas vinculadas às interações entre profissionais e pacientes ou familiares (EPSTEIN et al., 2019). Esses fatores foram também encontrados na adaptação japonesa do MMD-HP (FUJII et al., 2021), e agora, na versão brasileira. Outra divisão das causas de distresse moral foi proposta por Maffoni e colegas (MAFFONI et al., 2019), na qual identificam-se quatro categorias: fatores pessoais; pacientes e familiares; colegas e superiores; ambiente e organização.

Não foram encontradas diferenças no escore total entre as profissões, entretanto, pesquisas prévias (DODEK et al., 2016; LAMIANI et al., 2020; MEHLIS et al., 2018; WHITEHEAD et al., 2015) demonstraram maiores níveis de distresse moral em enfermeiros quando comparadas a médicos e outros profissionais. Isso pode ser explicado pela maior proximidade dos enfermeiros no cuidado aos pacientes, onde tendem a ocorrer muitos dos conflitos éticos e moralmente angustiantes (HAMRIC; BLACKHALL, 2007).

Outra possibilidade para as diferenças de distresse entre os profissionais refere-se às hierarquias de poder que ainda existem em muitas instituições. Diante da supremacia médica, os enfermeiros encontram-se em situações de subordinação, tendo sua autoridade limitada. Uma vez que o sentimento de impotência é uma característica fundamental do distresse moral, os enfermeiros

tendem a sofrerem mais (DODEK et al., 2016; HAMRIC; DAVIS; CHILDRESS, 2006; ROSENWOHL-MACK et al., 2021).

Apesar do estudo não ter encontrado diferenças significativas com relação ao público de atuação dos profissionais, a literatura mostra que profissionais que atuam com adultos apresentam maiores níveis de distresse quando comparados aqueles que atuam com a população pediátrica (ALLEN et al., 2013; WHITEHEAD et al., 2015).

Outro achado foi de que os profissionais residentes na região Sul do país apresentaram menores níveis de distresse em comparação com aqueles que moram no Nordeste. De acordo com o Atlas brasileiro de CP (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020), o perfil educacional dos profissionais dos estados do Sul apresenta maiores índices quanto graduação e residência em comparação aos estados da Bahia e Ceará. Dessa forma, pode-se supor que os profissionais do Sul, por terem mais formação em CP, sabem lidar de melhor maneira com os conflitos éticos e, assim, vivenciam menores níveis de distresse moral.

Profissionais que já consideraram, deixaram ou que estão atualmente considerando abandonar seus empregos apresentaram níveis significativamente maiores de distresse moral. Essa correlação é bem estabelecida na literatura (DODEK et al., 2016; WHITEHEAD et al., 2015) e pode estar relacionada ao efeito crescente descrito por Epstein e Hamric (EPSTEIN; HAMRIC, 2009), segundo o qual repetidas experiências com distresse moral levam a um progressivo aumento do sofrimento.

A correlação negativa entre idade e nível de distresse moral também foi encontrada por Dodek e colegas (DODEK et al., 2016). Alternativamente, outra resposta diante da exposição repetida do profissional a conflitos éticos é a dessensibilização e afastamento emocional dos pacientes e seus familiares (EPSTEIN; HAMRIC, 2009). Entretanto, a experiência no trabalho não demonstrou estar associada aos níveis de distresse na presente pesquisa ou na literatura (DODEK et al., 2016; LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017; WHITEHEAD et al., 2015).

Além da intenção de deixar o emprego e o afastamento emocional, o distresse moral também está relacionado com a ocorrência de *burnout* (DODEK et al., 2016; FUMIS et al., 2017; LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017; RUSHTON; KASZNIAK; HALIFAX, 2013), o que pode comprometer a qualidade do cuidado

oferecido ao paciente e sua família e a integridade moral do sujeito que sofre. Assim, embora as intervenções para prevenir ou reduzir o distresse moral ainda estejam sendo desenvolvidas, acredita-se que elas poderiam trazer benefícios tangíveis, como permanência no cargo e melhor trabalho em equipe (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015).

Limitações

Este estudo possui várias limitações, mesmo com as adaptações necessárias realizadas; devido à origem do questionário, desenvolvido nos Estados Unidos, onde a cultura é diferente, alguns aspectos podem não representar a realidade brasileira. Com relação ao tamanho da amostra, notou-se que algumas profissões tiveram baixa representatividade, o que pode ter impactado na análise de determinados indicadores. Embora os resultados apresentados sejam consistentes com a literatura sobre o tema e estudos realizados eletronicamente, os dados podem ser tendenciosos e difíceis de generalizar. Por fim, destaca-se ainda a inconsistência de pesquisas sobre distresse moral, especialmente no Brasil, o que pode ter complicado algumas análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do processo de tradução, adaptação e validação da MDM-PS, pode-se concluir que o instrumento apresentou bons resultados de confiabilidade e validade de constructo na avaliação do distresse moral de profissionais da saúde que atuam em CP.

Sugere-se que seja realizada uma validação mais ampla em diferentes ambientes e contextos profissionais, de modo a confirmar as propriedades psicométricas da versão brasileira da MDM-PS, em especial a análise confirmatória. Devem também ser investigadas outras possíveis causas de distresse moral, específicas para a população brasileira. Além disso, indica-se a consolidação do termo no contexto brasileiro, permitindo que novos estudos possam contribuir na investigação e redução do fenômeno e de suas consequências.

REFERÊNCIAS

ALLEN, R. et al. Moral distress among healthcare professionals at a health system. **JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation**, v. 15, n. 3, p. 111–118, 2013.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BURSTON, A. S.; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. **Nursing Ethics**, v. 20, n. 3, p. 312–324, 2013.

CORRADI-PERINI, C.; BELTRÃO, J. R.; RIBEIRO, U. R. V. DE C. O. Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 38, n. 11, p. 1391–1397, 2020.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297–334, 1951.

DODEK, P. M. et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, n. 1, p. 178–182, 2016.

EICH, M.; VERDI, M. I. M.; MARTINS, P. P. S. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 583–592, 2015.

EPSTEIN, E.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, 2010.

EPSTEIN, E. G. et al. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113–124, 2019.

EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **J Clin Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330–342, 2009.

FUJII, T. et al. Translation and validation of the Japanese version of the measure of moral distress for healthcare professionals. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2021.

FUMIS, R. R. L. et al. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. **Annals of Intensive Care**, v. 7, n. 1, p. 1–8, 2017.

HAIR, J.F.; et al. **Multivariate data analysis with readings**. 5^a ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1998.

HAMRIC, A. B.; BLACKHALL, L. J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical

climate. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 2, p. 422–429, 2007.

HAMRIC, A. B.; DAVIS, W. S.; CHILDRESS, M. D. Moral distress in health care professionals. **The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society. Alpha Omega Alpha**, v. 69, n. 1, p. 16–23, 2006.

JAMETON, A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, n. 6, p. 617–628, 2017.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **International journal of nursing terminologies and classifications**, v. 16, n. 1, p. 3–13, 2005.

LAMIANI, G. et al. Clinicians' moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. **Journal of Health Psychology**, v. 25, n. 12, p. 1894–1904, 2020.

LAMIANI, G.; BORGHI, L.; ARGENTERO, P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 1, p. 51–67, 2017.

MAFFONI, M. et al. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: A systematic review. **BMJ Supportive and Palliative Care**, v. 9, n. 3, p. 245–254, 2019.

MEHLIS, K. et al. High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 12, p. 2733–2739, 2018.

MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A.; VANDERHEIDE, R. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 91–102, 2015.

PRENTICE, T. et al. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. **Archives of Disease in Childhood**, v. 101, n. 8, p. 701–708, 2016.

RAMOS, A. M. et al. Adaptação cultural e validação da Moral Distress Scale Revised para enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1063–1070, 2017.

RAUBENHEIMER, J. E. An item selection procedure to maximize scale reliability and validity, **South African Journal of Industrial Psychology**, v. 30, n. 4, p. 59-64, 2004.

ROSENWOHL-MACK, S. et al. Understanding Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care Among US and UK Physician Trainees: a Comparative Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 7, p. 1890–1897, 2021.

RUSHTON, C. H.; KASZNIAK, A. W.; HALIFAX, J. S. Addressing moral

distress: Application of a framework to palliative care practice. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 9, p. 1080–1088, 2013.

SANTOS, A. F. J. DOS; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. DO P. G. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: ANCP, 2020.

WHITEHEAD, P. B. et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 47, n. 2, p. 117–125, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, o fenômeno do distresse moral de profissionais da saúde foi explorado a partir da análise de circunstâncias causadoras de distresse moral no contexto dos cuidados paliativos e da pandemia de COVID-19 e no processo de tradução, adaptação cultural e validação de uma escala amplamente utilizada para identificação do nível e frequência do distresse moral.

Foi respondida à pergunta de como quais aspectos bioéticos estão presentes no distresse moral, uma vez que as circunstâncias causadoras constituem conflitos bioéticos, os quais envolvem o profissional da saúde, o paciente e sua família, a equipe e a instituição de trabalho. As principais situações descritas pelos artigos foram: problemas de comunicação; falta de recursos; percepção de profissionais dando falsas esperanças para o paciente e seus familiares; ausência de diretivas antecipadas de vontade do paciente; obstinação terapêutica; dentre outros.

A literatura mostrou que a maioria dos conflitos podem ser compreendidos como o descumprimento dos quatro princípios bioéticos – autonomia, beneficência, maleficência e justiça; e que essas situações evidenciam a vulnerabilidade do profissional da saúde.

Algumas das hipóteses formuladas no projeto foram confirmadas com a pesquisa realizada, especialmente de que a escala está válida e adaptada para identificar o distresse moral de profissionais da saúde que atuam em CP. Além disso, confirmou-se que os participantes que consideram deixar seus cargos devido ao sofrimento possuem maiores escores na escala do que aqueles que não consideram pedir demissão. Entretanto, não identificou-se níveis maiores de distresse moral em enfermeiros, possivelmente devido a uma amostra não representativa de todas as profissões.

Os resultados apresentados, especialmente nos artigos 1 e 3, evidenciam que o contexto dos CP é permeado por conflitos bioéticos que causam distresse moral nos profissionais. Sob a ótica da bioética, percebe-se que essas circunstâncias estão relacionadas com o descumprimento dos princípios bioéticos. A autonomia do profissional pode ser afetada pela excessiva carga de tarefas burocráticas e constante mudança de protocolos, os quais reduzem o tempo de interação com o paciente e processos de decisão compartilhada. A incerteza dos limites entre benefícios e danos e o medo da obstinação terapêutica são exemplos

de circunstâncias que envolvem os princípios da não maleficência e beneficência. Por fim, a escassez de recursos e pressões organizacionais para garantir a relação custo-benefício configuram empecilhos para o princípio da justiça, visto que o profissional sente-se impedido de atender a todos os pacientes de forma equitativa.

Outra importante consequência da violação dos quatro princípios bioéticos é a exposição do profissional à sua condição de vulnerabilidade. Apesar dessa ser uma característica comum a todos os seres humanos, para o profissional de saúde essa característica muitas vezes é escondida ou negada, uma vez que, acredita-se que ele deve ser capaz de aguentar e enfrentar tudo para salvar vidas.

A pandemia da COVID-19, como demonstrado pelos resultados do artigo 2, escancarou a vulnerabilidade moral dos profissionais da saúde. Uma vez que a situação repercutiu em uma condição de angústia dos trabalhadores, que sofriam com a dor dos pacientes e a sua própria. Além disso, o novo coronavírus causou diversas mudanças na prática em saúde e, com isso, surgiram novos conflitos bioéticos. A combinação desses fatores fortemente esta relacionada com o sofrimento do profissional, em especial, com a ocorrência do distresse moral.

Outra importante reflexão proporcionada pelos estudos dessa dissertação refere-se ao conceito dos CP, o qual propõe uma prática humanizada, voltada para a qualidade de vida de todos os envolvidos. Nesse sentido, questiona-se: “Quais CP seriam esses que estão causando sofrimento nos profissionais?”. Assim, sugere-se uma melhor investigação para determinar se a prática atual está distante da real proposta dos CP, bem como, qual o nível de preparação dos profissionais nesse contexto.

Dessa forma, a bioética, com seu olhar humanizado, globalizado e político pode contribuir na redução do distresse moral e de suas consequências, ao guiar os sujeitos no processo de deliberação moral. Por isso, sugere-se a investigação de programas de educação e treinamento, especialmente nas temáticas de bioética e CP, como medidas eficientes para mitigar o fenômeno.

Este trabalho constitui um avanço para a comunidade científica, visto que a temática do distresse moral ainda apresenta poucas publicações nacionais. Assim, incentiva-se que sejam realizadas mais pesquisas na área, com intuito de identificar o distresse moral em diferentes profissionais, nos mais variados contextos de saúde dentro do cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. D. DE. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p. 537–548, 2010.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios da Ética Biomédica**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

BERNHARDT, B. A. et al. What keeps you up at night? Genetics professionals' distressing experiences in patient care. **Genetics in Medicine**, v. 12, n. 5, p. 289–297, 2010.

BURSTON, A. S.; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. **Nursing Ethics**, v. 20, n. 3, p. 312–324, 2013.

CAMPBELL, S. M.; ULRICH, C. M.; GRADY, C. A Broader Understanding of Moral Distress. **American Journal of Bioethics**, v. 16, n. 12, p. 2–9, 2016.

CHERNEY, N. I.; WERMAN, B.; KEARNEY, M. Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. In: _____. **The Oxford Handbook of Palliative Care**. Oxford: Oxford University Press, 2015.

CINI, R. D. A.; ROSANELI, C. F.; SGANZERLA, A. Categorização dos sujeitos em condição de vulnerabilidade: uma revisão na perspectiva da bioética. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 5, p. 1, 2017.

DODEK, P. M. et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, n. 1, p. 178–182, 2016.

DZENG, E. et al. Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 1, p. 93–99, 2016.

EICH, M.; VERDI, M. I. M.; MARTINS, P. P. S. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 583–592, 2015.

EPSTEIN, E.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, 2010.

EPSTEIN, E. G. et al. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113–124, 2019.

FØRDE, R.; AASLAND, O. G. Moral distress among Norwegian doctors. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 7, p. 521–525, 2008.

FØRDE, R.; AASLAND, O. G. Moral distress and professional freedom of speech among doctors. **Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for**

praktisk medicin, ny række, v. 133, n. 12–13, p. 1310–4, 2013.

FOURIE, C. Who Is Experiencing What Kind of Moral Distress? Distinctions for Moving from a Narrow to a Broad Definition of Moral Distress. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, n. 6, p. 578–584, 2017.

FREITAS, E. E. C. **A moralidade da tomada de decisao em terapia intensiva para o paciente geriatrico**. 2014. 167 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

IAHPC. **Global consensus based palliative care definition**. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care, 2018.

IGLESIAS, M. E. L. et al. Comparative analysis of moral distress and values of the work organization between American and Spanish podiatric physicians. **Journal of the American Podiatric Medical Association**, v. 102, n. 1, p. 57–63, 2012.

JAMETON, A. **Nursing practice, the ethical issues**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

JAMETON, A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, n. 6, p. 617–628, 2017.

JUNGES, J. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

KHERBACHE, A.; MERTENS, E.; DENIER, Y. Moral distress in medicine: An ethical analysis. **Journal of Health Psychology**, 2021.

KIPPER, D.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Eds.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: CFM, 1998.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **International journal of nursing terminologies and classifications**, v. 16, n. 1, p. 3–13, 2005.

KOTTOW, M. H. **Introducción a la Bioética**. Chile: Editorial Universitaria, 1995.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94–104, 2014.

MAGALHÃES, T. A. **Sofrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – Uma Revisão Sistemática**. 2016. 59 f. TCC (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina na Bahia, Salvador, 2016.

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 2, p. 254–262, 2008.

NEVILLE, T. H. et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 403-410, 2015.

NIBBELINK, C.; BREWER, B. Decision-Making in Nursing Practice: An Integrative Literature Review. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 5–6, p. 917–928, 2018.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. D. P. DE. **Problemas atuais da bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.

PRUDENTE, M. **Bioética: conceitos fundamentais**. Porto Alegre: Ed. do Autor, 2000.

RAMOS, A. M. et al. Adaptação cultural e validação da Moral Distress Scale Revised para enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1063–1070, 2017.

RAMOS, F. R. S. et al. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 1–10, 2016.

RAMOS, F. R. S. et al. Associação entre distresse moral e elementos apoiadores da deliberação moral em enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1–8, 2020.

ROCHA, M. D. S.; ROCHA, S. A. Resolução de Conflitos Bioéticos no Cenário Hospitalar Brasileiro: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2019.

SANCHES, M. A. **Bioética: ciência e transcendência**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SANCHES, M. A.; MANNES, M.; CUNHA, T. R. DA. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 39–46, 2018.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 563–573, 2015.

SCHRAMM, F. R.; PALÁCIOS, M.; REGO, S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361–370, 2008.

SILVA, T.; ROSA, S. A necessária proteção dos profissionais da saúde diante do contexto pandêmico: uma análise a partir da perspectiva da vulnerabilidade. **RJLB**, ano 6, n. 6, 2020.

TORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. São Paulo: Editora Vozes, 2009.

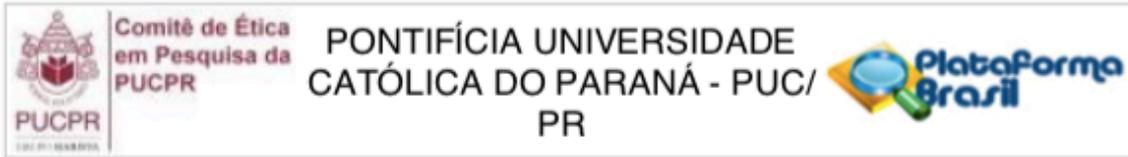
WHITEHEAD, P. B. et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 47, n. 2, p. 117–125, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Genebra: WHO, 2002.

ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 389–396, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. DE A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 30, n. 3, p. 382–397, 2006.

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Distresse moral de profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos

Pesquisador: Carla Corradi Perini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31397220.5.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.138.054

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de abordagem quanti-qualitativa que tem como objetivo avaliar o distresse moral de profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos. Especificamente, pretende-se realizar a adaptação transcultural e a validação da Escala de Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde proposta por Epstein et al (2019); e analisar o distresse moral de profissionais da saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis em cuidados paliativos. Para tanto este estudo terá duas etapas simultâneas: a adaptação e validação da escala (quantitativa) e a análise qualitativa do distresse moral de profissionais da saúde a partir de entrevista semiestruturada. Espera-se que este estudo forneça subsídios para a formação de profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos, no que tange o distresse moral, tanto na graduação quanto na educação continuada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o distresse moral de profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 4.138.054

Realizar a adaptação transcultural e a validação da Escala de Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde. Analisar o distresse moral de profissionais da saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são que o entrevistado tenha medo de que suas respostas sejam expostas. Para minimizar os riscos o entrevistado será completamente esclarecido pelo pesquisador 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, mas os resultados podem servir de subsídios para a formação de profissionais da saúde, tanto em nível de curso técnico, graduação e pós-graduação, quanto de educação continuada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Estudo transversal, exploratório, quanti e qualitativo realizado em duas etapas simultâneas: uma que corresponde à adaptação transcultural e a validação da Escala de Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) e a outra é a análise qualitativa do distresse moral de profissionais da saúde a partir de entrevista semiestruturada. Os participantes desta pesquisa serão 310 profissionais da saúde que atuem em cuidados paliativos. Desses, 10 serão envolvidos no pré-teste do processo de validação da escala e 280 serão envolvidos na etapa de validação da escala (no processo de validação são necessários no mínimo 10 participantes para cada item da escala a qual contém 28 itens). Vinte médicos serão convidados a participar também da entrevista semiestruturada. Os participantes serão contactados inicialmente pelos grupos de whatsapp (CP-Paraná) e telegram (CP-Brasil) específicos de cuidados paliativos.

Para que o link que dá acesso ao formulário eletrônico da escala chegue às diferentes profissões,

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

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: 4.138.054

será solicitado aos integrantes do grupo que compartilhem o link com os profissionais de suas equipes que não estão nos grupos. Além disso, será solicitado apoio da Academia Nacional de Cuidados Paliativos para que o link da pesquisa seja enviado aos membros associados de todo o Brasil. A participação dos profissionais está

condicionada ao aceite do TCLE que consta na primeira janela do formulário eletrônico acessado pelo link disponibilizado. Caso o profissional não aceite, a clicar "não" este é direcionado para a última janela do formulário eletrônico com um agradecimento.

Procedimento de coleta de dados a) Adaptação transcultural e validação da Escala de Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS) A adaptação transcultural e a validação da Escala de Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde (MDM-PS), já foi autorizada pela autora Elizabeth G. Epstein. O instrumento apresenta 28 itens, e os participantes classificam cada item em uma escala Likert pela frequência com

que ocorre em sua prática (frequência: 0 = nunca, 4 = com muita frequência) e por quão angustiante é quando ocorre (distresse: 0 = nenhum, 4 = muito angustiante) (tradução livre apresentada como anexo). A versão original em inglês da MDM-PS será traduzida, simultaneamente, para a língua portuguesa por dois tradutores bilíngues independentes, fluentes nas línguas inglesa e portuguesa (do Brasil). Em seguida, um terceiro tradutor

bilíngue, brasileiro nativo e fluente em inglês, fará a reconciliação das duas traduções iniciais. A versão reconciliada será validada pela autora. A versão validada pela autora será utilizada em um pré-teste aplicado em uma amostra de conveniência de 10 profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos em Curitiba. Este pré-teste será realizado para identificar e corrigir possíveis problemas de tradução. A versão final em português do Brasil da escala MDM-PS será autoaplicada on-line em uma amostra de conveniência de 280 profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos no Brasil. Também será utilizado um questionário sociodemográfico elaborado para o estudo a fim de caracterizar os participantes quanto às variáveis idade, sexo, profissão, área/s e tempo de formação, tempo de atuação em cuidados paliativos.

b) Entrevista semiestruturada

Para conseguir reconhecer o distresse moral relacionado a conflitos e incertezas morais (não contemplado pela escala) a abordagem qualitativa faz-se necessária. Esta etapa será realizada utilizando a entrevista individual (com gravação em áudio) a partir de um roteiro semiestruturado

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155		
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: 4.138.054

(em anexo). As entrevistas serão realizadas com médicos que estejam diretamente ligados à função de comunicar notícias difíceis a pacientes e/ou familiares, no contexto dos Cuidados Paliativos. Os áudios das entrevistas serão gravados para posterior transcrição das mesmas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices de ordem ética para a execução da proposta conforme apresentada.

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 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_1549551.pdf	24/06/2020 13:53:03		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Carla_assinada2.pdf	04/05/2020 15:53:33	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	04/05/2020 11:53:32	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	TRADUCAO_LIVRE_ESCALA.docx	04/05/2020 11:52:30	Carla Corradi Perini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_distresse_moral_CEP.doc	04/05/2020 11:51:05	Carla Corradi Perini	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 4.138.054

Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	04/05/2020 11:49:48	Carla Corradi Perini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/05/2020 11:49:30	Carla Corradi Perini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Julho de 2020

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

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

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 B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo "Distresse moral de profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos", que tem como objetivo avaliar o distresse moral (sofrimento moral) de profissionais da saúde que atuam em cuidados paliativos. Especificamente, pretende-se realizar a adaptação transcultural e a validação de uma escala que mede o distresse moral de profissionais da saúde. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque o distresse moral pode ter relação com a qualidade do atendimento e afetar negativamente o profissional.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo consiste no preenchimento de dados sociodemográficos e da escala Medida de Distresse Moral para Profissionais da Saúde, o que levará aproximadamente 15 minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado(a) de que, da pesquisa a se realizar, não se pode esperar benefícios diretos. Entretanto, os resultados podem indicar a necessidade de novas estratégias para melhorar a formação profissional.

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.

AUTONOMIA

Informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar (para retirar o consentimento apenas enviar uma mensagem de WhatsApp para o contato +55 41 988296445 ou para o e-mail carla.corradi@pucpr.br colocando seu nome completo - por isso solicitamos o nome na próxima etapa de identificação).

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos por meio de 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 são a mestranda em Bioética Julianna Rodrigues Beltrão e a Professora Carla Corradi Perini da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e com elas você poderá manter contato pelos telefones +55 41 99139-0987 e +55 41 988296445, respectivamente.

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.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

22. Sou submetido a atender pacientes / familiares autoritários / inconvenientes que comprometem a qualidade do atendimento.										
23. Sinto-me exigido a dar prioridade a outras tarefas, medidas de produtividade ou de qualidade em detrimento do atendimento ao paciente.										
24. Sou solicitado a cuidar de pacientes com plano de tratamento inconsistente ou sem clareza nos objetivos do cuidado.										
25. Trabalho dentro de hierarquias em equipes, unidades e instituições que comprometem o atendimento ao paciente.										
26. Participo de uma equipe que fornece informações confusas ou contradizentes para o paciente/família.										
27. Trabalho com membros da equipe que tratam pacientes vulneráveis ou estigmatizados sem devido respeito e dignidade.										
28. Se há alguma outra situação na qual você sentiu distresse moral, por favor escreva e categorize abaixo:										

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

- Não, nunca considerei sair ou deixar uma posição.
- Sim, já considerei sair, mas nunca saí.
- Sim, já deixei uma posição.

Você está considerando atualmente deixar sua posição de trabalho devido ao distresse moral?

- Sim.
- Não.