

Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em enfermeiros brasileiros

Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses

Aspectos sociodemográficos y laborales asociados al distrés moral en enfermeros brasileños

Flávia Regina Souza Ramos¹

Priscila Orlandi Barth¹

Maria José Menezes Brito²

Carolina Caram³

Luciana Ramos Silveira¹

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹

Grazielle de Lima Dalmolin⁴

Beatriz Caçador⁵

Descritores

Ética em enfermagem; Estresse psicológico; Transtornos de estresse pós-traumáticos

Keywords

Ethics, nursing; Stress, psychological; Stress disorders; Post-traumatic

Descriptoros

Ética en enfermería; Estrés psicológico; Trastornos por estrés postraumático

Submetido

1 de Outubro de 2018

Aceito

22 de Abril de 2019

Autor correspondente

Flávia Regina Souza Ramos

<https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

E-mail: flavia.ramos@ufsc.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900056>



Resumo

Objetivo: Analisar associações entre distresse moral e características sociodemográficas e laborais de enfermeiros brasileiros.

Métodos: Estudo transversal realizado em todo território brasileiro, no período de novembro de 2015 a maio de 2016, com uma amostra de 1227 enfermeiros, a partir da aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br), por meio de questionário eletrônico. A análise empregou estatística descritiva e analítica.

Resultados: Associações estatisticamente significativas foram estabelecidas em todos os seis fatores, são eles: 1. Reconhecimento, poder e identidade pessoal; 2. Cuidado seguro e qualificado; 3. Defesa de valores e de direitos; 4. Condições de trabalho; 5. Infrações éticas; 6. Equipes de trabalho. As variáveis que apresentaram maior número de associações foram: carga horária; pós-graduação, natureza da atenção/complexidade do serviço, natureza, tipo e tempo do vínculo. Destacou-se o papel da experiência e da formação ampliada na maior percepção e/ou vivência do distresse moral.

Conclusão: A amplitude do estudo e a diversidade do contexto revelam especificidades quanto à ocorrência do distresse moral no cenário brasileiro, reforçando a necessidade de conhecer elementos que participam da experiência moral dos enfermeiros.

Abstract

Objective: Analyze associations between moral distress and sociodemographic and work-related characteristics of Brazilian nurses.

Methods: Cross-sectional study developed across the Brazilian territory between November 2015 and May 2016, in a sample of 1227 nurses, based on the application of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses (EDME-Br), by means of an electronic questionnaire. Descriptive and analytical statistics were used for the analysis.

Results: Statistically significant associations were established in all six factors, namely: 1. Recognition, power and personal identity; 2. Safe and qualified care; 3. Defense of values and rights; 4. Working conditions; 5. Ethical infringements; 6. Work teams. The variables with the largest number of associations were: hour load; graduate degree, nature of service care/complexity, nature, type and duration of employment bond. The role of experience and enhanced education in higher perceived and/or experienced moral distress stood out.

Conclusion: The range of the study and the diversity of the context reveal specificities in the occurrence of moral distress in the Brazilian context, highlighting the need to discover elements that play a role in the nurses' moral experience.

Resumen

Objetivo: analizar asociaciones entre distrés moral y características sociodemográficas y laborales de enfermeros brasileños.

Métodos: estudio transversal realizado en todo el territorio brasileño, en el período de noviembre de 2015 a mayo de 2016, con una muestra de 1.227 enfermeros, a partir de la aplicación de la Escala Brasileña de Distrés Moral en Enfermeros (EDME-Br), por medio de cuestionario electrónico. El análisis empleó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: se establecieron asociaciones estadísticamente significativas en los seis factores, que son: 1) reconocimiento, poder e identidad personal, 2) cuidado seguro y calificado, 3) defensa de valores y derechos, 4) condiciones de trabajo, 5) infracciones éticas, y 6) equipos de trabajo. Las variables que presentaron mayor número de asociaciones fueron: carga horaria, posgraduación, naturaleza de la atención/complejidad del servicio, naturaleza, tipo y tiempo del vínculo. Se destacó el papel de la experiencia y de la formación ampliada en la mayor percepción o vivencia del distrés moral.

Conclusión: la amplitud del estudio y la diversidad del contexto revelan especificidades respecto a los casos de distrés moral en el escenario brasileño, lo que refuerza la necesidad de conocer elementos que participan de la experiencia moral de los enfermeros.

Como citar:

Ramos FR, Barth PO, Brito MJ, Caram C, Silveira LR, Brehmer LC, et al. Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em enfermeiros brasileiros. Acta Paul Enferm. 2019;32(4):406-15.

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Hospital Metropolitan Dr. Cêlio de Castro, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Os enfermeiros vivenciam problemas morais de forma intensa em seus cotidianos de trabalho, entre outros motivos, por atuarem vinte quatro horas ininterruptas no cuidado ao paciente e aos familiares, como responsáveis pela assistência, pelo ensino, pela pesquisa e pela gestão nos diversos cenários em que trabalham.^(1,2) Os problemas morais podem ser fonte de distresse moral quando os enfermeiros encontram barreiras que os impedem de deliberar, acarretando angústia, tristeza, raiva, frustração e impotência, dentre outras manifestações.

O distresse moral é considerado um processo cuja experiência moral é singular, haja vista que cada indivíduo responsabiliza-se e julga os problemas morais de formas diferentes. Ele pode ser desencadeado quando o profissional, frente a um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir, sendo o processo de deliberação moral cerceado devido a obstáculos que impedem o posicionamento ético-moral.⁽³⁾ Após a utilização de estudos internacionais para análise do Distresse Moral em enfermeiros, um grupo de pesquisadores construiu e validou a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br), que permite medir a intensidade e a frequência do distresse moral em enfermeiros, considerando algumas variáveis sociodemográficas e laborais.⁽⁴⁾

A vivência de distresse moral por enfermeiros pode ter diversas influências, entre elas estão as condições de gênero, a etnia e o contexto em que estão inseridos.⁽⁵⁾ Especificamente, no que concerne às características sociodemográficas e laborais, deve-se considerar que tais aspectos podem influenciar a sensibilidade moral do enfermeiro frente a problemas que lhe são apresentados na prática. Entende-se por sensibilidade moral a “capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção”.⁽³⁾ Para tal refinamento, os autores mencionam, ainda, que o ser enfermeiro é desenvolvido ao longo da vida e de sua própria formação ético-moral e profissional. Portanto, a sensibilidade moral pode ser influenciada por diversas variáveis, uma vez que essas são participantes dos intensos processos de socialização que contribuem na profissionalização do enfermeiro.

Estudos ora apontam para a associação entre o distresse moral e as variáveis sociodemográficas como idade, sexo e religião,⁽⁵⁻⁷⁾ ora não mencionam tal relação, embora expressem a associação do distresse moral com fatores laborais.⁽⁸⁾ A vivência de situações estressantes no ambiente de trabalho, que impedem os enfermeiros de agir em consonância com seus valores, podem levar à angústia que, quando acumulada (resíduo moral), produz distresse moral.⁽⁹⁾ Nessa perspectiva, discute-se que as principais barreiras relacionadas à não deliberação moral por parte dos enfermeiros está relacionada a fatores institucionais e do próprio trabalho dos enfermeiros.⁽¹⁰⁾ Portanto, a organização do trabalho e os modos como a prática do enfermeiro se insere nas instituições (interferindo em diferentes aspectos laborais), podem ser fontes de problemas morais e, assim, desencadeadores de distresse moral.

Salienta-se que os estudos relacionados ao distresse moral precisam extrapolar as pesquisas descritivas limitadas aos conhecimentos dos motivos que levam a ele e explorar outras opções, como é a proposta do presente estudo. O objetivo deste artigo foi analisar associações entre distresse moral e características sociodemográficas e laborais de enfermeiros brasileiros.

Os resultados podem suscitar reflexões acerca do distresse moral e suas relações com o contexto e com especificidades do exercício profissional, inclusive apontando para novas associações com a temática do distresse moral. Ademais, poderá gerar subsídios que ultrapassem as causas palpáveis e já estudadas sobre o tema, possibilitando a discussão de tendências que um perfil sociodemográfico e laboral pode gerar nas vivências de distresse moral por enfermeiros que atuam em diferentes cenários da saúde.

Métodos

Estudo transversal desenvolvido com enfermeiros de todo o território brasileiro, a partir de uma população de 451.666 profissionais constantes da base cadastral do Conselho Federal de Enfermagem. O cálculo amostral estimou o mínimo de 380 participantes, um intervalo de confiança de 95% e preci-

são estimativa de $50 \pm 2\%$, segundo parâmetros para uma população finita.⁽¹¹⁾ A amostra não probabilística foi ampliada, dada a diversidade da população, os cenários e os serviços de atuação profissional, até o maior número de instrumentos respondidos no período expandido da coleta de dados, o que permitiu alcançar 1227 participantes. Foram adotados os critérios de inclusão de graduação em Enfermagem e experiência atual ou prévia em campo assistencial de no mínimo seis meses.

Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico (*Google.docs*) no período de seis meses (novembro de 2015 a maio de 2016), sendo estimulada: inicialmente, por e-mail convite (por conveniência) a profissionais de instituições de ensino e serviço, especialmente a gestores, localizados por busca em cadastro de instituições, solicitando divulgação do estudo; para alcance da amostra e representatividade regional, por impulsão da pesquisa em rede social, com foco no perfil de usuário identificado pela profissão “enfermeiro”. O acesso ao instrumento só ocorria após leitura das informações sobre a pesquisa, confirmação dos critérios de inclusão, direcionamento para página do TCLE e manifestação de concordância quanto ao termo apresentado.

Foi aplicado o instrumento denominado Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br), construído e validada em contexto brasileiro.^(4,12) A escala é composta por 49 itens que apresentam preditores ou situações desencadeadoras de distresse moral, com dupla escala Likert de sete pontos, uma para frequência (de 0 = nunca, até 6 = muito frequente) e uma para intensidade (de 0 = nenhum, até 06 = muito intenso). Variáveis sociodemográficas e laborais foram levantadas na página de identificação, contemplando: idade; sexo; estado do país; tempo de formação; formação complementar (tipo); número de vínculos; tipo e natureza do vínculo, local/unidade de atuação; tempo de atuação; carga horária semanal de trabalho. Os itens que compõem o instrumento se referem a seis fatores, quais sejam: “Reconhecimento, poder e identidade pessoal” (11 itens), “Cuidado seguro e qualificado” (11 itens), “Defesa de valores e direitos” (oito itens), “Condições de trabalho” (seis itens), “Infrações éticas” (seis itens) e “Equipes de trabalho” (sete itens).⁽¹²⁾

Para os procedimentos analíticos, foi empregado o programa SPSS (PASW Statistic®, Predictive Analytics Software), versão 23.0. Utilizou-se de estatística descritiva para análise das variáveis qualitativas por meio de distribuição de frequência relativa e absoluta. Foi testada a normalidade dos dados, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, constatando-se distribuição assimétrica dos dados. Foram utilizados os testes de associação U de Mann Whitney e Kruskal Wallis dependendo do número de grupos das variáveis testadas. Para as variáveis com três ou mais grupos, foram realizadas as comparações em pares como teste post hoc para identificação das diferenças entre os grupos, considerando-se o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

A pesquisa atendeu as diretrizes nacionais e internacionais de pesquisa, obtendo aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico – pareceres 602.598-0 de 10/02/2014 (UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (FURG).

Resultados

Os 1227 enfermeiros brasileiros participantes do estudo apresentaram as seguintes características (Tabela 1): maioria de mulheres; com idade entre 30 e 49 anos, média de 39 anos; com tempo de 1 a 10 anos desde a graduação; com pós-graduação lato sensu; atuando em um vínculo empregatício; em serviço público; com tempo de trabalho na mesma instituição de até 10 anos; com carga horária de trabalho semanal de 31 a 40 horas e com contrato estatutário ou regido pela CLT. Foi obtida representatividade em termos de diferentes tipos de serviço de atuação principal e de região; esta última considerando a distribuição dos profissionais nas diferentes regiões, conforme registro do COFEN, apesar de, comparativamente, menor participação do nordeste e maior do sul do país.

Na tabela 2, são apresentadas as associações dos fatores do distresse moral com as variáveis sociodemográficas e laborais dos enfermeiros.

Tabela 1. Características dos participantes (n = 1227)

Variáveis	n(%)
Idade	
20 até 29 anos	210(17,1)
De 30 até 39 anos	512(41,8)
De 40 até 49 anos	299(24,4)
50 anos ou mais	204(16,6)
Sexo	
Feminino	1148(93,6)
Masculino	78(6,4)
Tempo de graduação	
Menos de 1 ano	24(2,0)
De 1 até 5 anos	349(28,5)
De 6 até 10 anos	386(31,5)
De 11 até 15 anos	178(14,5)
De 16 até 20 anos	93(7,6)
Mais de 20	189(15,4)
Formação complementar e pós-graduação	
Graduação com ou sem capacitações	168(22,3)
Especialização/Residência	800(65,3)
Mestrado	127(10,4)
Doutorado	20(1,6)
Número de vínculos	
Um	863(70,4)
Dois	323(26,3)
Três ou mais	33(2,7)
Natureza do vínculo	
Público	824(67,2)
Privado	347(28,3)
Outra Natureza	49(4,0)
Tipo de vínculo (Principal)	
CLT	523(42,7)
Estatutário	531(43,3)
Autônomo	16(1,3)
Contrato temporário	80(6,5)
Outro	71(5,8)
Tempo de atuação no trabalho/vínculo (Principal)	
Até 5 anos	625(51,0)
De 6 até 10 anos	269(21,9)
De 11 até 15 anos	144(11,7)
De 16 até 20 anos	69(5,6)
Mais de 20 anos	116(9,5)
Carga horária semanal do trabalho (Principal)	
Até 20 horas	38(3,1)
De 21 até 30 horas	237(19,3)
De 31 até 40 horas	619(50,5)
Mais de 40 horas	330(26,9)
Instituição/serviço de trabalho (Principal)	
Unidades de Atenção Primária	273(22,3)
Unidades de internação gerais e especializadas	231(18,8)
Unidades de urgência/emergência e móveis	207(16,9)
Unidades de Terapia Intensiva	150(12,2)
Outras unidades e serviços especializados e de apoio	365(29,7)
Regiões do País	
Norte	87(6,6)
Nordeste	186(14,1)
Centro-Oeste	111(8,4)
Sul	292(22,2)
Sudeste	552(41,9)

Evidenciaram-se associações estatisticamente significativas com todos os fatores e diferentes variáveis. Destaca-se que as variáveis que apresentaram maior número de associações com diferentes fatores foram carga horária semanal de trabalho; pós-graduação, natureza da atenção (nível de complexidade do serviço), natureza, tipo e tempo do vínculo (associações entre cinco e três fatores).

Quanto à carga horária semanal de trabalho, variável com maior número de associações, com cinco fatores (todos, exceto o fator 1). Destaca-se a inexistência de uma relação linear entre maiores cargas de trabalho e maior DM. Observa-se, a partir da realização do teste post-hoc, que a diferença encontra-se no grupo com carga horária de 21 a 30 horas, o qual apresenta maior DM comparado aos grupos de 31 a 40 horas nos fatores 2 ($p=0,002$), 3 ($p=0,004$), 4 ($p=0,009$), 5 ($p=0,002$) e 6 ($p=0,025$), e ao grupo mais de 40 horas nos fatores 2 ($p=0,007$) e 4 ($p=0,02$). Porém, apesar de constituir-se no grupo com maior DM, os que trabalham de 21 a 30 horas não são a maioria dos trabalhadores.

Identificou-se também associação entre a formação em nível de pós-graduação e o DM nos fatores 2, 3, 4, 5 e 6. Com relação à diferença entre os grupos, verificou-se que os que possuem mestrado (fator 2: $p<0,001$; fator 3: $p<0,001$, fator 4: $p=0,014$, fator 5: $p=0,012$ e fator 6: $p=0,015$) e doutorado (fator 2: $p=0,001$, fator 3: $p=0,049$; fator 4: $p=0,022$; fator 6: $p=0,003$) apresentaram maior DM e diferenciam-se em todos esses fatores daqueles que não possuem pós-graduação. Ainda, os que possuem mestrado e doutorado apresentaram maior DM comparados aos que possuem capacitação e especialização ou residência nos fatores 2, 3 e 6. Em todos esses casos, são observadas crescentes intensidades de DM quanto maior o nível de formação, sendo os índices mais elevados os manifestados por enfermeiros doutores.

No que se refere à natureza da atenção, aqueles que atuam em atenção secundária tiveram maior DM comparados à atenção primária nos fatores 2 ($p=0,039$), 3 ($p=0,023$) e 5 ($p<0,001$). Quanto ao fator 5, os de atenção terciária também apresentaram maior DM comparados à primária ($p=0,001$). O único fator em que os que atuam em atenção pri-

Tabela 2. Associações entre distresse moral e variáveis sociodemográficas e laborais de enfermeiros

Variáveis	n**	Fator1-RPI		Fator2-CSQ		Fator3-DVD		Fator4-CT		Fator5-IE		Fator6-ET	
		Md	p	Md	p	Md	p	Md	p	Md	p	Md	p
Sexo													
Masculino	78	626,76	0,438	648,05	0,160	654,15	0,076	572,14	0,638	679,27	0,017*	644,72	0,169
Feminino	1116	595,45		590,84		581,94		591,21		582,40		588,92	
Idade													
Menor 30 anos	208	591,15	0,005*	567,82	0,640	565,64	0,353	541,12	0,140	587,11	0,488	574,36	0,755
De 30 a 39 anos	507	625,90		603,52		606,41		603,70		601,71		601,37	
De 40 a 49 anos	285	600,42		591,59		569,78		602,15		585,57		596,09	
50 anos ou mais	193	522,34		600,79		579,16		586,22		557,00		580,51	
Tempo graduação													
Até 5 anos	366	587,31	0,497	561,20	0,026*	565,46	0,160	537,66	<0,001*	593,25	0,479	566,36	0,081
6 anos ou mais	828	602,00		609,15		595,68		612,92		586,39		604,01	
Pós-Graduação													
Não	164	533,25	0,176	510,29	<0,001*	515,37	<0,001*	518,32	0,001*	527,84	0,004*	519,33	0,001*
Capacitação	100	597,13		526,76		564,61		537,27		598,49		567,83	
Espec/Resid	780	604,10		593,06		580,31		593,43		580,49		592,24	
Mestrado	127	613,56		701,43		682,71		648,31		658,31		648,38	
Doutorado	18	620,39		856,47		751,58		770,26		757,44		825,28	
Quantidade de Vínculos													
1 vínculo	840	599,27	0,785	581,66	0,046*	578,12	0,188	575,58	0,024*	585,14	0,598	585,55	0,278
2 ou mais vínculos	354	593,31		625,24		606,68		624,57		596,60		609,20	
Natureza Vínculo													
Público	802	603,44	0,386	632,42	<0,001*	606,99	0,001*	644,74	<0,001*	600,01	0,104	609,84	0,012*
Privado	339	579,04		496,99		524,32		453,28		554,98		548,05	
Outro	47	553,53		568,61		599,60		558,35		555,96		538,86	
Tipo Vínculo													
CLT	513	587,01	0,265	533,91	<0,001*	543,81	0,001*	504,31	<0,001*	561,09	0,073	565,73	0,071
Estatutário	521	612,57		656,85		623,06		670,49		615,04		617,81	
Autônomo	15	591,40		566,00		692,36		624,50		670,29		641,25	
Contrato Temporário	74	598,68		583,09		611,19		628,18		574,36		607,04	
Outro	66	515,09		543,77		526,30		523,54		542,31		528,44	
Tempo Vínculo													
Até 5 anos	614	603,95	<0,001*	571,08	0,015*	584,87	0,071	560,28	0,011*	589,26	0,172	582,99	0,217
De 6 a 10 anos	264	606,79		599,16		570,16		617,17		594,67		610,83	
De 11 a 15 anos	136	643,04		674,01		643,15		659,81		613,99		627,24	
De 16 a 20 anos	66	619,03		647,44		626,21		621,66		606,06		604,17	
Mais de 20 anos	111	455,04		568,41		527,90		569,04		514,22		535,81	
Natureza Atenção													
Primária	368	593,19	0,181	570,74	0,029*	555,83	0,027*	615,09	0,016*	525,09	<0,001*	560,20	0,086
Secundária	352	624,83		634,51		623,79		610,94		626,91		613,77	
Terciária	474	580,55		582,98		582,48		555,11		609,03		601,53	
Carga horária semanal													
Até 20 horas	37	478,05	0,058	552,10	0,002*	607,75	0,008*	589,03	0,010*	544,58	0,004*	490,47	0,026*
De 21 a 30 horas	232	614,21		671,11		649,83		656,88		654,54		632,23	
De 31 a 40 horas	600	583,71		575,51		559,99		573,38		560,40		572,78	
Mais de 40 horas	323	621,11		575,50		584,28		570,63		594,34		610,24	

**Nota: o valor de "n" altera-se conforme associação com diferentes variáveis, pois são consideradas apenas as respostas válidas das duas variáveis em teste

Fator 1: RPI (Reconhecimento, poder e identidade pessoal)

Fator 2: CSQ (Cuidado seguro e qualificado)

Fator 3: DVD (Defesa de valores e direitos)

Fator 4 CT (Condições de trabalho)

Fator 5 IE (Infrações éticas)

Fator 6 ET (Equipes de trabalho)

mária apresentam maior DM foi o 4, quando comparados à atenção terciária (p=0,036).

Quanto ao vínculo dos enfermeiros, foram investigadas a associação da natureza, tipo e tempo ao DM. Quanto à natureza do vínculo, apresentaram maior DM aqueles que atuam no serviço pú-

blico quando comparados ao privado, nos fatores 2 (p<0,001), 3 (p=0,001), 4 (p<0,001) e 6 (p=0,016). Corroborando esse achado, o tipo de vínculo estatutário também apresentou maior DM comparado à CLT nos fatores 2 (p<0,001), 3 (p=0,002) e 4 (p<0,001). Apenas no fator 4, os com tipo de

vínculo contrato temporário também apresentaram maior DM comparados aos que são regidos pela CLT ($p=0,035$) e outro ($p=0,012$). Já com relação ao tempo de vínculo observou-se, no fator 1, que aqueles que tem mais de 20 anos de trabalho apresentaram menor DM comparados a todos os outros grupos, isto é, até cinco anos ($p<0,001$), seis a 10 anos ($p=0,001$), 11 a 15 anos ($p<0,001$) e, 16 a 20 anos ($p=0,022$). Nos fatores 2 e 4, aqueles com tempo de 11 a 15 anos apresentaram maior DM comparados aos de até cinco anos ($p=0,016$ e $p=0,021$, respectivamente). Evidenciou-se, assim, um aumento do DM com o tempo de atuação e uma redução somente após 20 anos ou mais de trabalho.

Por fim, outras variáveis como sexo, idade, tempo de graduação e quantidade de vínculos também apresentaram associação ao DM em menor número de fatores. A variável sexo apresentou associação com o fator 5, sendo que enfermeiros do sexo masculino apresentaram maior DM relacionado a esse aspecto. Já a variável idade mostrou associação quando profissionais com idades entre 30 e 39 anos apresentam maior intensidade de DM no fator 1, quando comparados ao grupo de 50 anos ou mais ($p=0,002$). Por fim, aqueles que possuem seis anos ou mais de tempo de graduação e dois ou mais vínculos de trabalho apresentaram maior DM nos fatores 2 e 4.

Discussão

A relação entre variáveis sociodemográficas e laborais e o DM de Enfermeiros brasileiros expressa importantes aspectos a serem analisados e considerados em suas distinções quanto ao contexto internacional.

O primeiro aspecto refere-se à natureza da instituição do vínculo profissional, que parece modificar o tipo de preditores de DM mais significativos. Assim, servidores públicos demonstraram maiores índices de DM relacionado aos construtos Cuidado seguro e qualificado (inadequação de práticas e rotinas, insuficiente acolhimento, integração, continuidade, humanização e resolutividade do cuidado), Condições de trabalho (insuficiente quantidade e qualidade de condições materiais), Defesa de valores

e direitos e Equipes de trabalho (insuficiente quantidade e qualidade/preparo/competências dos profissionais que integram as equipes, de enfermagem e multiprofissional). É difícil cotejar esse dado com estudos internacionais, pois a maioria dos estudos é desenvolvida em hospitais, por vezes instituições ou setores clínicos específicos, quando nem sempre são estabelecidas comparações entre características de serviço público e privado.

Além disso, nem todos os estudos internacionais permitem associação com variáveis sociodemográficas e, quando o fazem, as associações são bem diferenciadas, levando a afirmar que não há uma congruência clara sobre variáveis sociodemográficas e distresse moral no cenário ampliado dos estudos, o que pode ser devido a diferenças culturais e dos contextos.⁽¹³⁾

Não foi possível fazer uma análise linear acerca da associação entre nível de complexidade da atenção/serviço e distresse moral, uma vez que as associações aparecem de forma difusa entre os três níveis. Contudo, foi possível perceber a não associação entre o DM e as condições de trabalho na atenção secundária. Pode-se inferir tal fato da compatível infraestrutura logística, material e de pessoal (tecnologias materiais e não-materiais) dessas unidades se comparadas à atenção primária, embora se considere a lógica de atenção em redes de saúde, nas quais boas práticas de um nível de atenção potencializam a resolubilidade de outro nível.⁽¹⁴⁾

Em contrapartida, percebe-se uma associação ao DM elevada com os profissionais da atenção primária no que concerne à Condição de Trabalho, quando comparada à atenção terciária. Estudos já apontaram para as condições de trabalho precárias encontradas por enfermeiros nesse contexto, envolvendo aumento da jornada de trabalho, baixa remuneração, dificuldades do trabalho em equipe de saúde, além de falta de material, recursos humanos e equipamentos.^(15,16) Tal associação também foi encontrada em estudo que validou o instrumento para identificar situações desencadeadoras de DM em enfermeiros no contexto específico da Atenção Primária à Saúde.⁽¹⁷⁾

Ademais, também é impossível interpretar linearmente causa-efeito, como se menores senti-

mentos relatados frente às situações descritas em todos os construtos indicassem melhores condições ou menos problemas enfrentados, ou apenas menor percepção/atenção aos mesmos. Também não se pode supor que algumas associações, como do fator infrações éticas (apenas com sexo e nível de formação), indique maior ou menor importância dessas situações, mas apenas que há maior homogeneidade na sua percepção, em diferentes contextos. Partimos de uma concepção produtiva de DM, que o relaciona com a sensibilidade moral e o desenvolvimento de competências morais para a deliberação, julgamento e posicionamento de enfermeiros.

A sensibilidade moral e sua articulação com o desenvolvimento de competências morais se expressa no fato de considerá-las como parte do construto social do sujeito, de forma a direcioná-lo em suas percepções. Tais percepções são acompanhadas de sentimentos de inquietação e de incerteza, os quais mobilizam o enfermeiro no sentido de enfrentar ou vivenciar o distresse moral.⁽³⁾ A sensibilidade ética mostra-se ligada à prática, sendo limitada por lacunas de conhecimentos relacionados à ética, pela falta de experiência de trabalho, pelo clima organizacional hierárquico e por atitude conformistas; diferentemente, ambientes culturais positivos no trabalho potencializam tal sensibilidade.⁽¹⁸⁾

Por essa via de análise, a relação entre maior distresse moral entre profissionais de serviços públicos, por exemplo, pode exigir que se reflita sobre reais problemas e precariedades das condições, equipes de trabalho e qualidade e segurança do cuidado ou, sobre a possibilidade de ambientes de trabalho e formas de gestão favorecerem a reflexão e a abordagem crítica dos fins e meios de trabalho. Enfim, o sofrimento é por trabalhar em piores condições ou por trabalhar com maior reflexão, discussão e elevados ideais de qualidade?

Semelhantes reflexões aplicam-se a outras variáveis, como o tempo de trabalho (maior DM nos fatores 1, 2 e 4) e o tempo de graduação (associado aos fatores 2 e 4). O fator 1 (reconhecimento poder e identidade) foi o único em que enfermeiros com maior tempo de trabalho (+ de 20 anos) tiveram menor DM comparados aos demais grupos. Ou seja, os resultados mostraram que a experiência

profissional faz intensificar o DM por várias causas, mas diminuir por outras. Esse papel controverso da experiência na forma dos enfermeiros abordarem problemas éticos indica que, tanto o tempo leva a desenvolver formas mais eficazes de lidar com o sofrimento moral, como leva à níveis cumulativos de angústia e, também, à “dessensibilização”. Ou seja, remete-se novamente ao caráter individual da experiência, quando enfermeiras tanto podem se acostumar com o DM quanto sofrê-lo de forma cumulativa, à medida que ganham experiência.⁽¹³⁾

Por esse raciocínio, não sofrer não é bom, necessariamente, pois pode estar relacionado a não percepção de um problema moral, à estagnação na incerteza frente à problemas morais ou à falta de expressividade ética, política e advocacional. A estagnação na incerteza obstrui a percepção da existência do problema moral, travando o desencadeamento da deliberação moral.⁽¹⁹⁾ Portanto, é nesse sentido que o sofrimento pode ser produtivo e fonte de resistência, haja vista que pode estimular a reflexão e a deliberação moral frente às situações vivenciadas no cotidiano, principalmente quando o enfermeiro exerce sua advocacia.

É reconhecido que o DM é uma experiência singular, que leva em conta elementos internos e externos que pesam sobre a experiência profissional. A expressão moral representada pela incerteza/percepção, pela deliberação moral e/ou pela própria vivência do DM é construída em circunstâncias contextuais da vida que representam a identidade do sujeito e a responsabilidade assumida por ele, apontando para a singularidade dessa experiência.⁽²⁰⁾ Reitera-se, assim, a concreta relação entre variáveis sociodemográficas laborais e o DM afirmada pelos resultados do presente estudo, uma vez que tais variáveis são parte do contexto vivenciado pelos enfermeiros que determinam seu posicionamento moral frente às circunstâncias potenciais desencadeadoras de DM.

O fato de não se sentir impedido de decidir/agir conforme valores e juízos pessoais pode tanto significar que há sim um clima de maior autonomia e respeito aos papéis profissionais ou, diferentemente, que o reconhecimento desses papéis e a possibilidade de deliberação autônoma sejam tão reduzidos, e, assim, cristalizados no corpo institucional, que já não se percebe

como próprio o território de decisão e o envolvimento com certos problemas e questões – sobre as quais não é demandado posicionamento e, portanto, pela qual não se sofre. Existe, assim, um rompimento com o sistema de valores que inviabiliza a sensibilidade moral, perpetuando a estagnação e a incerteza, em que o enfermeiro já não é capaz mais de perceber o problema moral que vivencia.⁽³⁾ Tal perda pode provocar invisibilidades no que concerne ao reconhecimento de si, por si mesmo e pelo outro, com repercussões identitárias importantes, podendo culminar, em casos mais graves, no abandono da profissão, consequência abordada em diversos estudos.^(3,6,21,22)

Tal raciocínio aplica-se de modo similar à associação entre os fatores “Cuidado seguro e qualificado”, “Defesa de valores e direitos”, “Condições de trabalho” e “Equipes de trabalho”, nos quais o DM aumenta com o tempo de formação, de atuação no mesmo serviço e com a ampliação da formação (pós-graduação). A formação é um espaço de desenvolvimento de competências ético-morais, o qual reforça o posicionamento e a deliberação moral do enfermeiro.⁽²³⁾ O distanciamento dos preceitos da formação e a vida diária e contínua com os problemas morais podem assolar a integridade moral do enfermeiro, compondo o resíduo moral. Tal resíduo pode ser considerado como o acúmulo dos sentimentos relacionado à vivência do DM, potencializando-o.⁽⁹⁾

No cenário internacional, foi evidenciada relação positiva entre a experiência de trabalho com escores de sensibilidade ética de enfermeiros, demonstrando que a prática clínica também desempenha um papel na construção da sensibilidade ética.⁽¹⁸⁾

O resíduo moral pode estar relacionado também à associação da variável idade e tempo de vínculo com o fator desencadeador de DM reconhecimento, poder e identidade pessoal. Embora essa variável, assim como sexo, não possua linearidade na literatura quanto à sua associação com DM, pode-se inferir que idade e tempo de atuação podem ser preditivos de resíduo moral.^(5,6,22,23) A esse respeito, cabe refletir que, assim como a experiência moral, o reconhecimento, o poder e a identidade pessoal são construídos ao longo do tempo e mediante inúmeras vivências de problemas morais no cotidiano. Dessa forma, os enfermeiros com mais

tempo de vivências podem acumular sentimentos (resíduo moral) que os levem a desencadear DM.

Os participantes do estudo com tempo de vínculo entre 11 e 15 anos foram os com maiores intensidades de DM (em 3 fatores), o que pode estar relacionado ao resíduo moral, à maior sensibilidade moral, a dificuldades nas relações ou à rigidez de juízos que levam ao risco de, justificadas pela experiência e pela expertise, profissionais avaliarem de forma prepotente, impondo suas razões, presumindo estarem certas. Esse risco não se restringe às mais experientes, mas à evidente dificuldade em avaliar as divergências morais no trabalho, diferenciar pontos de vista éticos e pessoais mais corretos, embasados e justos. Tal caráter duvidoso leva ao ponto de indicar-se o abandono do conceito de DM.^(24,25)

Mesmo concordando com os limites do conceito, o estudo sobre o tema ainda precisa avançar no cenário brasileiro, mas já deve abrir-se para novos veios investigativos, que extrapolem a simples constatação da experiência, para aprofundar a compreensão e as bases dos juízos e das condutas éticas que estão levando às situações encontradas e à falta ou à incapacidade de resolução das mesmas.

Para o atual momento das pesquisas, o estudo trouxe contribuições sobre a complexidade do problema, evidenciando que variáveis sociodemográficas e laborais influenciam na percepção que o enfermeiro possui das situações que enfrenta no cotidiano, uma vez que lidar com questões morais envolve, além de questões pessoais, também o aspecto social.⁽²⁶⁾ Além disso, questões morais e laborais estão diretamente relacionados à satisfação no trabalho e ao desencadeamento de DM.⁽⁶⁾

Limites do estudo não permitem aprofundar a compreensão e as bases dos juízos e das condutas éticas que estão levando às situações encontradas e à falta ou à incapacidade de resolução das mesmas.

De modo geral, o estudo contribui para destacar a experiência concreta dos profissionais enfermeiros com DM e seu posicionamento moral frente às circunstâncias potenciais desencadeadoras. Por fim, percebe-se a necessidade de estudos que ampliem outras dimensões referentes ao DM, a fim de refletir particularidades dos conceitos e elementos que fundamentam a conduta/ação dos profissionais em suas vivências laborais.

Conclusão

Em vista dos resultados encontrados, foi possível analisar associações entre DM e características socio-demográficas e laborais de enfermeiros brasileiros. As variáveis que apresentaram os maiores índices estão relacionadas aos construtos “cuidado seguro e qualificado”, “condições de trabalho” e “equipes de trabalho”. Conclui-se, portanto, que, mesmo desempenhando um papel social relevante, os enfermeiros apresentam-se vulneráveis em seu próprio ambiente de trabalho. Nota-se uma estagnação da situação laboral, que não se limita a individual atuação do profissional. Embora se tenha pesquisado, discutido e refletido bastante acerca dos problemas supracitados, há pouco progresso no sentido de resolvê-los ou mesmo de mitigá-los, ao longo dos últimos anos. Há uma percepção significativa em relação à variável tempo de vínculo, verificando-se que as maiores intensidades de distresse moral estão associadas entre 11 e 15 anos, o que pode estar relacionado ao resíduo moral, à maior sensibilidade moral ou a dificuldades nas relações interpessoais. A experiência e a expertise profissional podem, ainda, ser usadas como justificativa para a rigidez de juízos ou prepotência na avaliação, impondo razões pessoais como presumidamente corretas. Destaca-se que, na atenção secundária, não houve associação entre o DM e as condições de trabalho. Em contrapartida, percebe-se essa associação de forma elevada na atenção primária. Vários fatores podem contribuir para esse resultado, como, precariedades das condições de trabalho, relações entre as equipes de trabalho, qualidade e segurança do cuidado, ambientes de trabalho e formas de gestão. Apesar de a literatura internacional abordar a temática de distresse moral na área de saúde, houve dificuldades para cotejar esses resultados brasileiros com estudos internacionais, pois a maioria deles é desenvolvida em hospitais, por vezes instituições ou setores clínicos específicos, quando nem sempre são estabelecidas comparações entre características de serviço público e privado. Além disso, nem todos os estudos internacionais permitem associação entre variáveis sociodemográficas. Enfim, o sofrimento é por trabalhar em piores condições ou por trabalhar com maior reflexão, discussão e elevados ideais de qualidade?

Agradecimentos

Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Colaborações

Todos os autores declaram que contribuíram com a produção da pesquisa no que se refere aos seguintes aspectos: Concepção e projeto e análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem EL, Silveira RS. [Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress?]. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3): 521-9. Portuguese.
2. Silvino MC, Wakiuchi J, Costa JR, Ribeiro AL, Sales CA. [Moral suffering experiences in nursing staff]. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(3): 1054-62. Portuguese.
3. Ramos FR, Barlem EL, Brito MJ, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LC. [Conceptual framework for the study of moral distress in nurses]. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(2):1-10. Portuguese.
4. Ramos FR, Barlem EL, Brito MJ, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LC. [Construction of the Brazilian scale of moral distress in nurses - a methodological study]. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(4):e0990017. Portuguese.
5. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1):32-42. ;
6. Veer AJ, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Studies*. 2013; 50(1): 100-8.
7. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Critical Care*. 2004;13(3):202-8.
8. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005;12 (4):381-90.
9. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3):1-13.
10. Peter E. Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship. *Nurs Ethics*. 2015;22(1): 3-4.
11. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
12. Ramos FRS, Barlem ED, Brito MJ, Vargas MA, Scheneider DG, Brehmer LFC. Construction of the Brazilian Scale of Moral Distress in nurses - a methodological study. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e0990019.

13. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1):15–31.
14. Erdmann AL, Andrade SR, Mello AL, Drago LC. [Secondary Health Care: best practices in the health services network]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(No Spec): 131-9. Portuguese.
15. Pires DE, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves AS, Trindade LL. [Nursing workloads in family health: implications for universal access]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(e2682):1-9. Portuguese.
16. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DE. [Nursing workloads and working conditions: integrative review]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(2):368-77. Portuguese.
17. Barth PO, Ramos FR, Barlem EL, Dalmolin GL, Schneider DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3010.
18. Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics*. 2016; 23(5):507-22.
19. Barlem EL, Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2014; 22(5): 608-15.
20. Peter E, Liaschenko J. Moral distress reexamined: a feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *J Bioethic Inq*. 2013;10(3):337-45.
21. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*. 2016; 25(6):477-85.
22. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and pediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016; 36:42-8.
23. Woods M, Rodgers V, Towers A, Grow SL. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):117-30.
24. Renno HM, Ramos FR, Brito MJ. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality?. *Nurs Ethics*. 2016; 25 (3):304-12.
25. Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress' – time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics*. 2015;22(1): 5-14.
26. Catlin A, Armigo C, Volat D, Vale E, Hadley MA, Gong W, Bassir R, Anderson K. Conscientious objection: a potential neonatal nursing response to care orders that cause suffering at the end of life? Study of a concept. *Neonatal Network*. 2008; 27 (2):101-8.