

Validação de um instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção primária à saúde¹

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

Objetivo: validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral em relação à intensidade e frequência, em enfermeiras da atenção primária à saúde. Método: estudo metodológico, realizado com 391 enfermeiras da atenção primária à saúde, e aplicada a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros com 57 questões. A validação para a atenção primária à saúde ocorreu mediante avaliação de comitê de especialistas, realização de pré-teste, análise fatorial e alfa de Cronbach. Resultados: foram validadas 46 questões divididas em seis constructos: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia da Enfermeira, Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,98 para o instrumento e entre 0,96 e 0,88 para os constructos. Conclusão: o instrumento é válido e fidedigno para ser utilizado na identificação dos fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção primária, fornecendo subsídios para novas pesquisas nesse campo de atuação profissional.

Descritores: Estudos de Validação; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde; Ética; Estresse Psicológico; Moral.

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

² Doutor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Pós-doutoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC).

³ Pós-Doutor, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Pós-Doutor, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, SC, Brasil.

⁵ Doutor, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Doutor, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Como citar este artigo

BarthPO, RamosFRS, BarlemELD, DalmolinGL, SchneiderDG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3010. [Access: _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>.

mês dia ano

URL

Introdução

O distresse moral (DM) ou *moral distress* vem sendo discutido há mais de três décadas, desde que, em 1984, foi apresentado o primeiro conceito de distresse moral na enfermagem. Identificado como um desequilíbrio psicológico ocasionado pela não realização de uma ação visualizada como a moralmente correta a seguir devido a barreiras institucionais, relutância de chefias, falta de recursos humanos e materiais, entre outros⁽¹⁾.

Nos anos 2000, o distresse moral foi relacionado com a situação na qual quando uma enfermeira é incapaz de realizar uma ação, as respostas psicológicas são desencadeadas e se apresentam no ambiente de trabalho⁽²⁾. Desde então, o conceito vem passando por mudanças e ampliações por pesquisadores de diversos lugares do mundo.

Como marco teórico que sustentou o presente estudo, adota-se a ampliação do conceito, proposta no Brasil, pelo qual o distresse moral é apontado como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral do sujeito. Nesta perspectiva, o distresse moral engloba elementos que se articulam a partir da experiência ética de cada ser humano, sendo eles o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a deliberação moral e as competências éticas morais e profissionais. O DM ou sofrimento moral é considerado como a interrupção ou insucesso do processo de deliberação moral não apenas por suas consequências negativas, mas em sua produtividade ou potencial para o impulsionar e promover desenvolvimento de competências morais, a reflexividade e os recursos para a deliberação⁽³⁾.

Um escala pioneira foi desenvolvida em contexto norte-americano entre os anos de 1994 e 1997⁽⁴⁾ para verificar os fatores desencadeadores e inferir a intensidade e frequência de distresse moral. A *Moral Distress Scale (MDS)* continha 32 itens em uma escala Likert de 1 a 7, sendo 1 nunca frequente/nenhum e 7 muito frequente/muito intenso, conforme uso comum em estudos psicométricos, ou seja, para medir atitudes ou comportamentos, como o caso da MDS. A primeira versão da MDS foi aplicada com 214 enfermeiras hospitalares (atuantes em unidades de terapia intensiva e ocupacional), evidenciando-se níveis moderados de distresse moral nesses profissionais⁽⁴⁻⁵⁾.

Uma segunda aplicação da MDS contendo 38 questões foi realizada com 106 enfermeiras de unidades médicas e cirúrgicas em dois hospitais norte-americanos para avaliar a intensidade e a frequência do distresse moral. Apontou-se a causa "trabalhar com níveis de pessoal que eu considero inseguro" como de

maior frequência e intensidade e "responder a pedido do paciente para a assistência à eutanásia, quando o paciente tem um prognóstico ruim" como a de menor frequência e intensidade de distresse moral⁽⁶⁾.

No Brasil, a MDS foi traduzida e validada na sua forma original pela primeira vez em 2009, contendo 38 questões, sendo validadas 21 pela aplicação em 136 enfermeiras hospitalares⁽⁷⁾. Esta validação obteve resultados similares à aplicação da MDS no cenário americano com o fator de maior intensidade e frequência 20, "falta de competência da equipe de trabalho"⁽⁶⁾.

Em 2012, o mesmo autor ampliou sua pesquisa, ao adaptar a MDS para o contexto brasileiro, pois percebeu que muitas situações fontes de distresse moral já observadas neste cenário não estavam suficientemente contempladas na versão original, acrescentando e validando mais treze questões, sendo 23 validadas de um total de 39, com outros profissionais de enfermagem, como técnicos e auxiliares de enfermagem, em dois hospitais do sul do Brasil. A segunda pesquisa também revelou a "falta de competência da equipe de trabalho" com a maior intensidade e frequência de sofrimento moral⁽⁸⁾.

Desde então, em vários cenários do contexto mundial, a MDS vem sendo aplicada, revisada e ampliada⁽⁹⁻¹¹⁾. A sua última versão MDS-Revised ou MDS-R está estruturada com 22 itens em uma escala Likert de 0 a 4 para frequência e intensidade, em que 0 é nunca frequente/sem intensidade e 4 é muito frequente/muito intenso⁽⁹⁾. No entanto, esta possui seu direcionamento para o âmbito hospitalar e, ainda que ampliada e validada no cenário hospitalar brasileiro⁽⁷⁻⁸⁾, mostra-se limitada para os outros cenários de atuação da profissional enfermeira.

Dada a amplitude e a especificidade do cenário brasileiro e, especificamente, da configuração da Atenção Primária à Saúde (APS) e da atuação da enfermeira neste cenário, torna-se imprescindível investigar o distresse moral nessa perspectiva. Assim, o objetivo deste estudo foi validar um instrumento brasileiro para identificar a intensidade e frequência das situações desencadeadoras do distresse moral em enfermeiras da atenção primária.

Método

Estudo metodológico de adaptação e validação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros, para enfermeiras da APS, em vista da inexistência de instrumentos específicos para esse fim e cenário. A Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros foi elaborada por pesquisadores de três universidades federais do Brasil entre os anos de 2014 e 2015, seguindo os seguintes passos para a sua elaboração: 1) elaboração e aplicação

de um Survey com 711 enfermeiros atuantes em diversos cenários da atenção à saúde de diferentes regiões do Brasil; 2) análise do Survey e elaboração de categorias iniciais para construção das questões do instrumento; 3) realização de uma ampla revisão de literatura em base de dados nacionais e internacionais cotejando com os achados do Survey; 4) elaboração da primeira versão do instrumento; 5) validação do instrumento por *experts* e pré-teste; 6) versão final do instrumento contendo 57 questões em uma escala Likert de 0 a 6 para intensidade e frequência (0 – nunca/nenhum e 6 – muito frequente/muito intenso); 7) aplicação do instrumento com enfermeiros atuantes em todos os contextos de atenção à saúde brasileira por meio de formulário eletrônico `google.docs`⁽¹²⁾.

A Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros foi aplicada em um total de 1.226 enfermeiros de diferentes cenários de atuação em saúde; destes, 391 atuavam no âmbito da APS, os quais foram os objetos deste trabalho. O presente estudo foi realizado de acordo com as recomendações internacionais para elaboração e validação de questionários, seguindo oito etapas⁽¹³⁾, compreendendo a validação de conteúdo, de critério e de constructo, descritas a seguir.

Na primeira etapa, sobre determinação clara a respeito do que será medido⁽¹³⁾, realizou-se uma revisão integrativa sobre o distresse moral na APS para identificar suas características e fatores desencadeadores nesse cenário. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, em todas suas bases de dados, no período de julho a agosto de 2015, por meio dos descritores Enfermagem e Atenção Primária à Saúde com a utilização do termo booleano "AND" e recorte temporal a partir do ano 2006, em vista da instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria n. 648/2006. A escolha de descritores amplos para o foco de estudo se deve pela inexistência de descritor específico e pela lacuna de conhecimentos sobre o tema, de modo a tornar necessário buscar resultados em estudos que fazem interface com fenômeno.

Foram acessadas 411 publicações e selecionadas 21 delas conforme critérios estabelecidos, isto é, conter os descritores no resumo e/ou título, estar no idioma português e ser publicado a partir de 2006. A análise dos artigos foi realizada a partir das três etapas da Análise de Conteúdo: pré-análise, exploração do material e interpretação do material⁽¹⁴⁾. Ao fim, chegou-se a três categorias principais: Organização de Trabalho; Condições de Trabalho; e Relações Profissionais/Pessoais, apontando o dinamismo nas relações entre equipe, entre usuários e com as atividades de educação em saúde.

A segunda etapa, elaboração de um conjunto de itens⁽¹³⁾, foi realizada a partir da revisão integrativa, em que as categorias elucidadas auxiliaram na avaliação das questões específicas do distresse moral no trabalho da enfermeira na APS. Nesse momento, analisou-se cada uma das 55 questões do instrumento original, evidenciando-se que todas estavam presentes na literatura e apontadas como situações desencadeadoras de distresse moral na APS. No entanto, duas lacunas foram identificadas, uma em relação às vulnerabilidades sociais e a outra em relação às práticas educativas no âmbito da APS. Em virtude dessas lacunas, foram inseridas duas questões que as contemplassem: "Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes" e "Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social". Assim, a adaptação do instrumento contemplou as 55 questões originais e mais duas questões elaboradas a partir da identificação de lacunas sobre a APS, totalizando 57 questões.

Na terceira etapa, determinou-se o formato de medição⁽¹³⁾, mantendo-se, conforme instrumento original, duas escalas Likert de seis pontos, uma medindo a intensidade de DM, variando de 0 (nenhum) a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações de DM ocorrem, variando de 0 (nunca) a 6 (muito frequente).

A quarta etapa constituiu-se em uma revisão do conjunto de itens por especialistas⁽¹²⁾ contemplando a validade de face e de conteúdo. Nesse momento, as questões foram avaliadas quanto à linguagem utilizada, se seriam compreensíveis também por enfermeiras da APS e foram avaliadas quanto à representação do conteúdo que se desejava analisar. Dessa forma, foi avaliada por uma banca de especialistas composta por um *expert* da APS e dois da ética em enfermagem; posteriormente, realizou-se um pré-teste com 30 enfermeiras de diferentes estados brasileiros, tendo como critério de inclusão ter atuado ou estar atuando por um período mínimo de seis meses na APS. Após essas validações, o instrumento foi considerado aprovado para ser aplicado no contexto da APS e nos demais cenários.

A quinta etapa se refere à consideração de inclusão de itens de validação⁽¹³⁾, em que os itens validados separadamente podem ser anexados ao instrumento, porém, optou-se por validar os itens em conjunto após a constituição final da escala. Para complementar a avaliação do DM na APS, algumas variáveis de cunho sociodemográfico e laboral foram incluídas no início do instrumento, como sexo, idade, região do país, tempo de atuação, tempo de formação, número de vínculos, formação complementar, locais de atuação, natureza do vínculo e carga horária.

Na sexta etapa, administração dos itens em uma amostra⁽¹³⁾, o instrumento foi aplicado em uma amostra da população de interesse, ou seja, o local compreendeu a APS brasileira. Assim, foram incorporadas todas as modalidades de equipes de APS.

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), o Brasil conta com 50.165 equipes de saúde pertencentes à APS. O número estratificado por região e o quantitativo de enfermeiras por região estão representados na Tabela 1.

Tabela 1 - Quantitativo de estabelecimentos e enfermeiras da atenção primária das regiões brasileiras, Florianópolis, SC, Brasil (2017)

| Região | Estabelecimento de Saúde | Enfermeiras |
|--------------|--------------------------|-------------|
| Nordeste | 18.407 | 17.038 |
| Sudeste | 16.502 | 23.602 |
| Sul | 7.315 | 9.220 |
| Norte | 4.460 | 4.634 |
| Centro-Oeste | 3.481 | 4.542 |
| Total | 50.165 | 59.036 |

Definiu-se, para o estudo, uma amostragem aleatória simples, a qual se baseia na escolha de uma amostra aleatória de uma população, utilizada quando se acredita que uma população é homogênea, como no caso desta pesquisa⁽¹⁵⁾. Foram incluídas enfermeiras com atuação mínima de seis meses na APS.

Todavia, para evitar possíveis vieses com relação ao tamanho da amostra, foi realizado um cálculo de amostra mínima, conforme a seguir:

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

Em que:

n= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1º grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo predeterminado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50, uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

Considerando-se uma população de 59.036 enfermeiras da APS, estimou-se uma amostra mínima de 383 participantes.

Foram enviados *e-mails* para as enfermeiras de todo o Brasil com informações sobre a pesquisa e o *link* de acesso. Também foram enviados convites para as secretarias de saúde dos estados brasileiros e utilizou-se

de apoio das redes sociais para divulgação da pesquisa e forma de participação. Os dados foram coletados *online* pela aplicação do instrumento via Google.docs durante os meses de novembro de 2015 a abril de 2016. Ao final da coleta de dados, a amostra foi composta por um total de 391 participantes atuantes na APS que responderam ao instrumento no período de coleta de dados.

Na sétima etapa, que corresponde à avaliação dos itens⁽¹³⁾ após a aplicação da escala na amostra selecionada, foram realizados dois testes estatísticos para garantir a validade de constructo: a análise fatorial e a análise de consistência interna por meio do *alfa de Cronbach*. Na análise fatorial foi realizado o agrupamento de constructos das questões pela sua carga fatorial e verificação da comunalidade, definindo-se a rotação ortogonal Varimax como método de extração de análise dos componentes principais. A formação dos constructos foi estabelecida seguindo dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais (>500), e sua associação conceitual.

O alfa de Cronbach avaliou o nível de confiabilidade das questões por meio das características de cada questão nos diferentes constructos, verificando se estas se adequavam de maneira consistente ao fenômeno pesquisado.

Por fim, na oitava e última etapa, otimização do comprimento da escala⁽¹³⁾, é possível, após análise fatorial e de consistência interna, realizar a exclusão de algum item dos fatores formados, com vistas a elevar a confiabilidade do instrumento. No entanto, como todos os fatores apresentaram valores de alfa de cronbach satisfatórios, não foram realizadas exclusões após conclusão da análise fatorial.

Esta pesquisa constituiu o macroprojeto multicêntrico intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras em diferentes contextos de trabalho em saúde, sendo submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas, com os seguintes pareceres finais: 602.598-0 de 10/02/2014 (Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (Universidade Federal do Rio Grande/FURG). Foram respeitados os aspectos éticos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Em relação à caracterização dos participantes do estudo, 368 (93,9%) eram do sexo feminino e 23 (5,9%) do sexo masculino; 65 (16,6%) com idade de 20 até 29 anos, 150 (38,3%) de 30 até 39 anos,

99 (25,3%) de 40 até 49 anos e 77 (19,6%) com 50 ou mais. Quanto ao tempo de formação, 7 (1,8%) tinham menos de 1 ano, 98 (25%) de 1 até 5 anos, 111 (28,3%) de 6 até 10 anos, 76 (19,4%) de 11 até 15 anos, 31 (7,9%) de 16 até 20 anos e 65 (16,6%) com mais de 20 anos e 3 (0,7%) não responderam a essa questão.

Além disso, também foi analisada a formação complementar, sendo que 53 (13,5%) não possuíam nenhuma formação complementar, 34 (8,7%) possuíam capacitação, 258 (65,8%) especialização, 41 (10,5%) mestrado, 5 (1,3%) doutorado. Em relação à quantidade de vínculos, 280 (71,4%) possuíam 1 vínculo, 94 (24,04%) 2 vínculos e 17 (4,3%) não responderam.

Quanto ao tempo de atuação, 190 (48,5%) estavam atuando há até 5 anos no serviço, 89 (22,7%) de 6 até 10 anos, 56 (14,3%) de 11 a 15 anos, 20 (5,1%) de 16 até 20 anos e 35 (8,9%) há mais de 20 anos, um participante (0,2%) não respondeu a essa questão. A carga horária foi representada por 9 (2,3%) que atuavam até 20 horas, 67 (17,1%) de 21 até 30 horas, 232 (59,2%) de 31 até 40 horas e 83 (21,2%) mais de 40 horas semanais. As variáveis locais de atuação e tipo de vínculo correspondem a 100% dos participantes, visto que os locais foram todos da atenção primária à saúde e de caráter público.

Quanto à região de atuação, 20 participantes (5,1%) eram da região Norte, 66 (16,9%) da região Nordeste, 163 (41,7%) da região Sudeste, 100 (25,5%) da região Sul, 24 (6,1%) da região Centro-Oeste e 18 (4,7%) não responderam a esse item. Nota-se a grande maioria dos respondentes da região Sudeste. A expressiva participação se explica por esta região abrigar o segundo maior número de equipes atuantes

na APS, com um total de 15.637 equipes, segundo os dados do Cadastro Nacional de Equipes de Saúde. Por outro lado, a região Nordeste possui o maior número de equipes da APS com um total de 16.903 e foi a terceira região com maior número de participantes no estudo.

No que se refere à validade de constructo, esta foi realizada por meio da análise fatorial exploratória, com rotação *Varimax* com as 57 questões do instrumento (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante. O primeiro agrupamento sugeriu 8 constructos, porém com dificuldade de agrupamento devido à baixa carga fatorial e baixa comunalidade entre as questões.

Iniciou-se, então, o processo de exclusão gradual das questões pelo critério de comunalidade inferior <0,500 no bloco e carga fatorial inferior <0,500 nos constructos. Ao final da análise foram excluídas 11 questões e formados 6 constructos que representam 71% da variação das questões originais, evidenciando adequado grau de sintetização dos dados.

A fidedignidade dos 6 constructos foi testada por meio do *Alpha de Cronbach* aplicado em cada constructo separadamente e após no instrumento final. O constructo 1 obteve *Alpha de Cronbach* de 0,96, o 2 de 0,93, o 3 de 0,92, o 4 de 0,93, o 5 de 0,94 e o 6 de 0,88. O número elevado desse marcador indica a confiabilidade e a fidedignidade da escala na amostra selecionada. A versão final do instrumento constou com 6 constructos constituídos por 46 itens (Tabela 2 e Tabela 3) e descritos conceitualmente (Figura 1), e apresentados o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem e de esfericidade de Barlett (Tabela 4).

Tabela 2 - Análise Fatorial Exploratória (rotação *Varimax*) do instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção primária, apresentação de dois construtos. Florianópolis, SC, Brasil (2017)

| Matriz de componente rotativa* | | | | | | | |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| Indicadores† | Componentes‡ | | | | | | |
| | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | |
| <i>Políticas de Saúde</i> | | | | | | | |
| 29. Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas | 757 | 237 | 198 | 199 | 267 | 197 | |
| 30. Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a problemas sociais | 727 | 219 | 182 | 172 | 307 | 188 | |
| 32. Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes | 723 | 253 | 202 | 151 | 211 | 197 | |
| 28. Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado | 699 | 265 | 250 | 187 | 218 | 159 | |
| 33. Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas | 651 | 307 | 333 | 202 | 264 | 156 | |
| 27. Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário | 637 | 218 | 231 | 172 | 400 | 104 | |
| 31. Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do atendimento | 632 | 209 | 359 | 240 | 251 | 194 | |
| 37. Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores | 624 | 253 | 314 | 154 | 284 | 207 | |
| 34. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional | 552 | 265 | 350 | 182 | 271 | 212 | |
| 35. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente | 545 | 218 | 457 | 238 | 219 | 097 | |
| 44. Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário | 501 | 261 | 480 | 185 | 309 | 104 | |

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

| Matriz de componente rotativa* | | | | | | |
|--|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicadores [†] | Componentes [‡] | | | | | |
| <i>Visibilidade Profissional/ Autonomia do Enfermeiro</i> | | | | | | |
| 47. Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos | 187 | 746 | 277 | 187 | 180 | 075 |
| 17. Sentir-se discriminado por em relação a outros profissionais | 309 | 681 | 003 | 265 | 107 | 083 |
| 48. Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos | 298 | 639 | 277 | 175 | 331 | 112 |
| 38. Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem | 197 | 638 | 305 | 205 | 210 | 185 |
| 18. Sentir-se desvalorizado em relação a outros profissionais | 372 | 625 | 007 | 273 | 025 | 145 |
| 41. Reconhecer situações de ofensa ao profissional | 245 | 623 | 311 | 173 | 251 | 295 |
| 39. Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde | 295 | 591 | 284 | 149 | 243 | 284 |
| 49. Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar perante fraudes em benefício da instituição | 074 | 560 | 436 | 177 | 123 | 075 |
| 40. Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas | 331 | 557 | 230 | 072 | 142 | 406 |
| 42. Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional | 159 | 538 | 416 | 207 | 228 | 288 |

*Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. *a.* Rotação convergida em 10 iterações.

†Indicadores, indicando as questões do instrumento com sua respectiva numeração.

‡Componentes, indicando o valor (intensidade) de cada construto (C1 a C6).

Na Tabela 2, pode-se visualizar que os dois constructos Políticas de Saúde e Visibilidade Profissional/Autonomia do Enfermeiro apresentaram cargas fatoriais elevadas >500, sendo a maior carga fatorial de 757 na questão 29. *Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas* no constructo Políticas de Saúde e a segunda com 746 na questão 47. *Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos* do constructo Visibilidade Profissional/Autonomia do Enfermeiro.

Na Tabela 3, apresenta-se a representatividade dos demais constructos constituídos pela carga fatorial >500, no entanto estes variaram entre a maior carga de 781 na questão 55. *Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo* do constructo Direito à Saúde/Desrespeito à autonomia do usuário e o valor de 657 na questão 1. *Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda* no constructo Sobrecarga de Trabalho.

Tabela 3 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) do instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção primária, apresentação de quatro constructos. Florianópolis-SC, Brasil (2017)

| Matriz de componente rotativa* | | | | | | |
|--|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicadores [†] | Componentes [‡] | | | | | |
| <i>Direito à Saúde/Desrespeito à autonomia do usuário</i> | | | | | | |
| 55. Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 |
| 54. Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade | 153 | 153 | 781 | 285 | 122 | 107 |
| 56. Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação | 270 | 206 | 758 | 215 | 221 | 024 |
| 46. Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes | 289 | 209 | 757 | 208 | 131 | 110 |
| 45. Vivenciar ou participar de condutas assistenciais desnecessárias às condições/necessidades do paciente/usuário | 244 | 151 | 697 | 165 | 145 | 072 |
| 53. Reconhecer situações de desrespeito/maus-tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário | 270 | 234 | 634 | 194 | 148 | 159 |
| 385 | 223 | 599 | 297 | 181 | 120 | |
| <i>Competência ética profissional</i> | | | | | | |
| 24. Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro | 066 | 282 | 365 | 719 | 160 | 048 |
| 22. Vivenciar a imprudência por parte do médico | 251 | 250 | 161 | 701 | 142 | 094 |
| 4. Trabalhar com médicos despreparados | 277 | 090 | 100 | 656 | 311 | 324 |
| 23. Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro | 145 | 265 | 408 | 651 | 144 | 054 |
| 21. Vivenciar a omissão por parte do médico | 340 | 210 | 224 | 627 | 133 | 218 |
| 5. Trabalhar com enfermeiros despreparados | 153 | 074 | 254 | 590 | 184 | 459 |
| 25. Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias | 174 | 443 | 328 | 590 | 233 | 010 |
| 26. Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias | 152 | 409 | 314 | 574 | 244 | 009 |
| <i>Condições de Trabalho</i> | | | | | | |
| 14. Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados | 313 | 175 | 242 | 192 | 733 | 196 |
| 11. Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes | 315 | 245 | 152 | 195 | 722 | 211 |

(*continua...*)

Tabela 3 - *continuação*

| Matriz de componente rotativa* | | | | | | |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicadores† | Componentes‡ | | | | | |
| 13. Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes | 311 | 248 | 246 | 152 | 721 | 259 |
| 16. Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada | 300 | 180 | 161 | 246 | 691 | 165 |
| 12. Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados | 275 | 182 | 221 | 247 | 687 | 255 |
| 15. Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente | 324 | 194 | 153 | 246 | 650 | 191 |
| <i>Sobrecarga de Trabalho</i> | | | | | | |
| 1. Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda | 256 | 346 | 098 | 064 | 259 | 657 |
| 3. Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho | 274 | 425 | 034 | 131 | 275 | 621 |
| 2. Equipe multiprofissional de saúde incompleta | 297 | 253 | 105 | 137 | 350 | 620 |
| 6. Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados | 153 | 057 | 210 | 516 | 204 | 614 |
| 7. Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados | 198 | 104 | 099 | 497 | 299 | 535 |

*Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. a. Rotação convergida em 10 iterações.

†Indicadores, com as questões do instrumento e sua respectiva numeração.

‡Componentes, com o valor (intensidade) de cada construto (C1 a C6).

Tabela 4 - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin e Bartlett*. Florianópolis - SC, Brasil (2017)

| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem. | ,958 |
|---|-----------|
| Teste de esfericidade de Bartlett | 15908,435 |
| Aprox. Qui-quadrado df | 1035 |
| Sig. | ,000 |

*Teste de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem e de esfericidade de Bartlett.

A Tabela 4 representa a fidedignidade da análise fatorial, quando a Medida Kaiser-Meyer-Olkin de

adequação de amostragem estiver entre 0,5 e 1,0 comprova que a análise fatorial foi adequada. No caso do estudo, esta medida esteve perto de 1,0 (0,958), comprovando, assim, a adequação da análise fatorial.

Após a comprovação da fidedignidade e confiabilidade do instrumento, iniciou-se a construção teórica dos constructos, a qual está representada na Figura 1.

| Constructo | Definição do constructo |
|------------------------------------|--|
| Políticas de saúde | A política de saúde em suas diversas fases de construção, desenvolvimento e implantação/implementação é um processo dinâmico, com constantes interferências dos diversos atores envolvidos ⁽¹⁶⁾ . No Brasil, o Sistema Único Brasileiro (SUS) é uma política pública definida na Constituição Brasileira que estabelece as ações e os serviços públicos de saúde, os quais formam uma rede e constituem um sistema único, regido pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e sua complementar 8.142/90. O SUS tem como princípios e diretrizes: a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e participação popular ⁽¹⁷⁾ . |
| Autonomia Profissional | A autonomia está intrínseca na capacidade do indivíduo em determinar e seguir suas leis e regras sem que essas sejam definidas por outros, ser capaz de se autodeterminar, ser independente. A autonomia profissional envolve, além de questões relacionadas com o poder, um processo contínuo de ações, atitudes e posturas adquiridas pelo direito e valor profissional. Parte da delimitação da identidade profissional, das responsabilidades pautadas nos conhecimentos científicos, na formação de um saber próprio e no papel da própria profissão ⁽¹⁸⁾ . |
| Desrespeito à autonomia do usuário | A autonomia do usuário pode ser vislumbrada por meio de ações que fomentem o direito de escolha e participação do usuário em seu processo terapêutico, esse visto como cidadão com direitos a serem respeitados. No entanto, o desrespeito a essa autonomia ocorre pela imposição de normas e rotinas que não consideram a subjetividade do usuário ⁽¹⁹⁾ . |
| Competência ética profissional | A competência ética se estrutura em 3 pilares: os valores, o ensino e a prática. Os valores relacionados à sua cultura, ensinamentos familiares, convivência social; o ensino na educação ética na formação profissional; e a prática pelas experiências dos profissionais, com espaços de atuação para a deliberação moral ⁽²⁰⁾ . A competência ética está em constante construção e tem como seu atributo principal a sensibilidade moral, como foco nas ações éticas de forma transversal, tanto no ensino quanto na prática, mostrando-se uma ferramenta importante no enfrentamento de situações de estresse moral ⁽²¹⁻²²⁾ . |
| Condições de Trabalho | Condições de trabalho se referem à força de trabalho, isto é, às especificidades de quem o realiza, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Envolve, também, o ambiente sociotécnico para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade, assim como o conhecimento para operá-los e o espaço físico ⁽²³⁾ . |
| Sobrecarga de Trabalho | Sobrecarga de trabalho é um aumento da quantidade de trabalho exigido em relação ao número de trabalhadores qualificados e disponíveis, bem como condições adequadas para sua execução. Carga (quantidade) e cargas de trabalho (conceito proposto por Laurell e Noriega, como elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador) são conceitos que convergem e se complementam. A sobrecarga causa danos à saúde do trabalhador, afastamentos do trabalho e amplia a consequência sobre os trabalhadores que atuam em equipes desfalcadas ⁽²⁴⁾ . |

Figura 1 - Apresentação conceitual dos constructos constituídos pela análise fatorial e Alpha de Cronbach. Florianópolis, SC, Brasil (2017)

Discussão

O distresse moral no contexto da atenção primária em saúde, em especial no cenário brasileiro, ainda é um fenômeno com inúmeras lacunas a serem exploradas. A validação desse instrumento permite que algumas dessas lacunas possam ser visualizadas e discutidas, com vistas a identificar os fatores que desencadeiam o distresse moral.

A primeira versão da Moral Distress Scale (MDS) apontou para a validação de 3 fatores, o primeiro relacionado à responsabilidade individual da enfermeira, o segundo não realização do que seria o melhor para o paciente e o terceiro à enganação, ir contra os seus valores e crenças⁽⁴⁾. Esses três fatores foram os mesmos adotados para a aplicação da MDS em outros estudos⁽⁶⁾.

Outros pesquisadores reduziram a MDS para 21 itens e aplicaram em médicos e enfermeiras atuantes em unidades de terapia intensiva, apresentando em sua análise uma diferença entre essas categorias profissionais no que condiz a adotar posturas de tratamentos que agridem o paciente sem a necessária indicação⁽²⁵⁾.

Outros autores adaptaram a MDS e/ou desenvolveram outras escalas ou pesquisas para medir conceitos semelhantes ao distresse moral em outras culturas ou populações^(11,26-32). A MDS foi revisada e aplicada em outros cenários e outras categorias profissionais, intitulada como MDS-Revised, mas também com a análise sobre os 3 fatores iniciais da MDS⁽⁹⁾.

No contexto brasileiro, em sua primeira versão de adaptação e validação da MDS, foram identificados 4 fatores agrupados pela carga fatorial e coerência conceitual: 1) Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; 2) Falta de competência na equipe de trabalho; 3) Desrespeito à autonomia do paciente; 4) Obstinação Terapêutica (OT)⁽⁷⁾. Em outro estudo de ampliação e validação da MDS para todas as categorias de enfermagem, foram validados 5 constructos: falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente⁽⁸⁾.

O instrumento validado para enfermeiras da atenção primária caracteriza-se por 6 constructos. Desses constructos, "Políticas de saúde" e "Competência ética profissional" apresentam-se como novos elementos na identificação dos fatores desencadeadores de distresse moral.

O primeiro constructo "Políticas de Saúde" apresentou o maior *Alpha de Cronbach* com 0,959, seguido por "Condições de Trabalho" com 0,942,

"Autonomia da Enfermeira" 0,932, "Competência ética profissional" 0,926, "Desrespeito à autonomia do usuário" 0,924 e "Sobrecarga de Trabalho" 0,881.

O primeiro constructo apresenta questões relativas ao acesso do usuário, acolhimento, continuidade do cuidado, resolutividade das ações, práticas educativas, cuidado humanizado, segurança do paciente e do profissional. Essas questões estão imersas nas políticas de saúde, principalmente quando se tem um sistema de saúde universal, que prima pela equidade, igualdade, integralidade, resolutividade, participação social, regionalização, descentralização e hierarquização⁽¹⁷⁾.

O segundo constructo *Condições de Trabalho* aborda situações que emergem da deficiência de estruturas físicas, equipamentos, materiais e recursos humanos. Essas são vislumbradas em diferentes cenários do contexto da enfermeira e aliadas à baixa remuneração, ao aumento da jornada de trabalho e rígida hierarquia na equipe de saúde fortalecem a geração de sofrimento psíquico e má qualidade de assistência^(23-24,30-32).

O terceiro constructo *Autonomia da Enfermeira* constituiu-se de elementos relativos à visibilidade profissional, limitação na tomada de decisões, conflitos com outros membros da equipe de saúde para a tomada de decisão e desrespeito por parte de superiores hierárquicos quanto a condutas e privacidade profissional. A busca pela autonomia profissional deve ser pautada na delimitação de seu conhecimento de base científica, bem como na postura que o profissional toma à frente dos problemas apresentados em sua realidade⁽³³⁾.

A falta de autonomia e a desvalorização da profissional enfermeira são fatores apontados como desencadeadores de distresse moral em outros cenários de atuação internacional, no qual estes fatores são influenciados pela posição de outros membros da equipe diante da conduta das enfermeiras e as regras institucionais impostas a estas⁽³⁴⁾.

O quarto constructo *Competência ética profissional* foi formado por situações que apresentavam a omissão, a imprudência e o despreparo de enfermeiras e outras categorias profissionais perante as práticas de saúde. O cenário no qual esses profissionais atuam está em constante transformação de cunho organizacional, tecnológico ou de cargas de trabalho, implicando um agir ético constante⁽³⁵⁾. É nesse cenário que se (re)constrói a competência ética de cada profissional, a partir do momento em que este se depara com problemas, assume a responsabilidade e constrói seu agir alicerçado em valores e crenças, aliados ao seu conhecimento científico e experiência profissional⁽²⁰⁻²¹⁾.

O quinto constructo *Desrespeito à autonomia do usuário* agrupou elementos oriundos ao direito dos

usuários perante a sua privacidade, escolha de conduta, sigilo, acesso à informação, desvalorização de crenças e culturas e realização de condutas desnecessárias de cuidado. O reconhecimento da singularidade, individualidade, integralidade, legitimidade, liberdade, escolhas de tratamentos e serviços pelo usuário ainda é incipiente na visão do profissional de saúde. A participação em seu processo terapêutico e seu direito de escolha são direitos que precisam ser respeitados para uma atuação autônoma do usuário⁽¹⁹⁾.

O último constructo *Sobrecarga de Trabalho* integrou questões iminentes da insuficiência de recursos humanos e de recursos humanos desqualificados, como fatores que aumentam a carga de trabalho. A sobrecarga de trabalho devido a tais elementos, aliada a condições adversas de trabalho, tende a causar danos à saúde dos profissionais, acarretando no aumento da falta de recursos humanos e no conseqüente aumento de carga de trabalho para aqueles que continuam no serviço⁽²³⁻²⁴⁾. A avaliação e a qualidade do cuidado são interferidas pela sobrecarga de trabalho, comprometendo a segurança do paciente, e por conseguinte o gatilho para vivenciar o distresse moral⁽³¹⁻³²⁾.

Assim, os 6 constructos validaram 46 das 57 questões do instrumento para a amostra da atenção primária, obedecendo aos critérios estatísticos e conceituais.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que o instrumento é capaz de identificar os fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção primária, fornecendo subsídios para novas pesquisas nesse campo de atuação profissional. Foi possível identificar 6 constructos que exemplificam os fatores desencadeadores de distresse moral: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia da Enfermeira, Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho.

A validação do instrumento foi sustentada pela análise da carga fatorial e comunalidade superior a 0,500 e Alpha de Cronbach <0,800 nos constructos encontrados, considerando o instrumento válido para o contexto brasileiro da atenção primária, fornecendo informações relevantes sobre o fenômeno estudado. No entanto, este estudo teve como limitações o fato de ter sido o primeiro aplicado e validado no contexto da atenção primária, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações.

Espera-se que os achados desta pesquisa contribuam para o estabelecimento de novas discussões no campo da ética em enfermagem na atenção primária,

em especial na criação de estratégias que fortaleçam a atuação da enfermeira e no aprimoramento de ações que promovam a transformação das ações em saúde.

Referências

1. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq.* [Internet]. 2013 [cited Dec 1, 2017];10(3):297-308. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-013-9466-3>. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
2. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics.* 2002;9(6):636-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
3. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Nov 10, 2015];25(2):e4460015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
4. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2):250-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x>
5. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2015 [cited Jul 3, 2014];22(1):131-52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733014557139>. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014557139>
6. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nurs Ethics.* 2005;12(4):381-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
7. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2012 [cited Jun 3, 2014]; 46(3):681-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_21.pdf. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300021>
8. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2014 [cited Nov 8, 2015];23(3):Epub. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000060013.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000060013>
9. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an instrument to measure moral

- distress in healthcare professional. *AJOB Prim Res.* [Internet] 2012 [cited Nov 15, 2015];2(3):1-9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21507716.2011.652337?scroll=top&needAccess=true>. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
10. Silén ML, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs.* [Internet] 2011 [cited Dec 10, 2016];20:3483-93. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.136702.2011.03753.x/abstract;jsessionid=9BEB2D604618063B77103D87A68246D0.f04t03>. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03753.x>
11. Pauly BL, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nurs Ethics.* [Internet] 2009 [cited Nov 14, 2016];16:561-73. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009106649?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106649>
12. Ramos FRS, Barlem EDL, Brito MJM, Vargas MA, Scheneider DG, Brehmer LFC. Construction of the Brazilian Scale of Moral Distress in nurses - a methodological study. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2017 [cited Dec 1, 2017];26(4):e0990019. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e0990017.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>
13. Manganello JA, Devellis RF, Davis TC, Schottler-Thal C. Development of the Health Literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A). [Internet]. 2015 [cited Dec 4, 2016];8(3):172-84. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1753807615Y.0000000016?scroll=top&needAccess=true>. doi: <https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000016>
14. Câmara RH. Content analysis: from theory to practice in social research. *Geraiis: Rev Interinstitucional Psicol.* [Internet]. 2013 [cited Jul 20, 2015];6(2):179-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>.
15. Szwarcwald CL, Damascena GN. Complex Sampling Design in Population Surveys: Planning and effects on statistical data analysis. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2008 [cited Feb 7, 2014];11(suppl.1):38-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/03.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X200800500004>
16. Giovanella L, Santos AM. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2014 [cited Jul 5, 2015];48(4):622-31. Available from: <http://www.journals.usp.br/rsp/article/view/85711/88476>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>
17. Santos NR. The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy: Its institutionalized and future development and the search for solutions. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2013 [cited Feb 15, 2014];18(1):273-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
18. Kalinowski CE, Martins VB, Neto FRGX, Cunha ICKO. Professional autonomy in primary health care: na analysis of nurses' perception. *SANARE.* [Internet]. 2012 [cited Jul 2, 2013];11(1):6-12. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260/233>.
19. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Concepts of subject and autonomy in humanization of healthcare: a literature review of experiences in hospital service. *Saude Soc.* [Internet]. 2013 [cited Feb 10, 2014];22(3):840-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>
20. Schaefer R, Jungues JR. The construction of ethical competence in the perception of primary care nurses. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2014 [cited Jun 1, 2016];48(2):329-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-329.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200019>
21. Renno HMS, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nurs Ethics.* 2016;18:1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016643862>
22. Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [cited Oct 31, 2017]; 22(1):36-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100005>
23. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [cited Mar 8, 2017];24(e2682):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>
24. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Nursing workloads and working conditions: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):368-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>

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

Recebido: 01.06.2017

Aceito: 14.02.2018

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

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.