



Validação da versão reduzida da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros


Jordana Lopes Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0985-2766>


Luis Felipe Dias Lopes²

 <https://orcid.org/0000-0002-2438-0226>

Flavia Regina Souza Ramos³

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

Graziele de Lima Dalmolin⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0985-5788>

Destaques: **(1)** A EDME-BR na versão reduzida ficou composta por 24 questões e seis fatores. **(2)** Empregada a análise de invariância e modelagem de equações estruturais para a validação. **(3)** Valores de consistência interna e confiabilidade composta foram adequados. **(4)** Os testes sinalizaram suficiente relevância preditiva do modelo proposto. **(5)** A escala reduzida propõe uma abordagem clara, acessível e com menor tempo de resposta.

Objetivo: validar um modelo da versão reduzida da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros. **Método:** estudo metodológico, com amostra de 269 enfermeiros de um hospital universitário público no Sul do Brasil. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros. Empregaram-se, para a análise estatística descritiva, a modelagem de equações estruturais e análise de invariância entre as faixas de idade. **Resultados:** quanto ao perfil, prevaleceram os profissionais na faixa etária de 31 a 40 anos, mulheres, casados, especialistas. O modelo estrutural se ajustou aos dados, com índices aceitáveis de ajuste. O modelo proposto apresentou excelente consistência interna, validade convergente e discriminante. A análise do modelo estrutural revelou que as cinco hipóteses foram confirmadas e a invariância entre as faixas de idade indica que o modo como as variáveis são conceitualizadas, medidas e inter-relacionadas no modelo não afetam os resultados, independentemente dos grupos comparados. **Conclusão:** a escala alcançou indicadores psicométricos satisfatórios, mostrando-se adequada para o uso, mantendo os elementos de validação relevantes por dimensão e oferecendo vantagens práticas. Sugere-se a realização de novas pesquisas para aprofundar o entendimento sobre as consequências do distresse moral e desenvolver estratégias eficazes para seu manejo.

Descritores: Enfermagem; Enfermeiras e Enfermeiros; Moral; Estresse Psicológico; Sistema Métrico; Estudo de Validação.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Ciências Administrativas, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

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

Como citar este artigo

Carvalho JL, Lopes LFD, Ramos FRS, Dalmolin GL. Validation of the reduced version of the Brazilian Scale of Moral Distress in Nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4455 [cited ____ ____ ____]. Available from: _____
ano mês dia
URL

Introdução

No contexto da prática profissional da Enfermagem, o enfermeiro precisa conduzir as situações cotidianas que exigem decisões ético-morais, diante da complexidade do sistema de saúde. Estas decisões abarcam os aspectos organizacionais, estruturais, relacionados às equipes e aos usuários, e demandam posicionamentos e deliberações que suscitem nos profissionais uma gama de emoções – como inquietação, desconforto e incerteza frente aos conflitos. Tais circunstâncias podem culminar na vivência do Distresse Moral (DM)⁽¹⁾.

Conceitua-se DM como a aflição interior associada aos conflitos exteriores entre os valores, obrigações e ações, e que se manifesta quando o enfermeiro reconhece a linha de conduta apropriada a seguir, porém, se vê impedido de agir de acordo com o próprio discernimento e julgamento⁽¹⁾.

Dessa forma, as condições imprescindíveis e suficientes para definir o DM estão relacionadas à conciliação da experiência moral e de desordem emocional, em uma relação causal direta⁽¹⁾. Na área da saúde, diante de diferentes circunstâncias eticamente frágeis, o DM tem-se destacado como um fenômeno ou experiência de grande relevância para a Enfermagem, devido à abrangência de causas e significados⁽²⁻³⁾.

Alguns estudos contemporâneos, no âmbito internacional, apontam níveis moderados de DM em enfermeiras hospitalares⁽³⁻⁴⁾. Essas descobertas estão em consonância com os resultados de um estudo conduzido com enfermeiras brasileiras atuantes no ambiente hospitalar, o qual relatou um nível moderado de frequência e intensidade de DM⁽⁵⁻⁶⁾. Porém, como agravante, o DM tem apresentado implicações que resultam em diminuição da satisfação no trabalho, desafios éticos, aumento da carga de trabalho e favorecem o aumento da rotatividade de profissionais⁽⁷⁾, o que demanda uma avaliação periódica das equipes e dos ambientes de trabalho.

Nesse contexto, o progresso das pesquisas demanda revisões contínuas e aprimoramentos nos instrumentos de mensuração, os quais desempenham um papel fundamental na avaliação do sofrimento moral entre os profissionais de saúde⁽⁸⁾. Atualmente, o DM é avaliado por meio da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-BR), que contempla as peculiaridades da profissão e dos contextos da prestação de serviços no Brasil⁽⁹⁾.

Este instrumento evidenciou a presença de DM com diversos fatores preditivos, apontou as similaridades entre as experiências dos enfermeiros no contexto nacional e internacional, além de abordar o cenário assistencial em diferentes níveis de complexidade e reconhecer as particularidades do DM no Brasil⁽⁹⁾.

Ao considerar o exposto, reafirma-se a importância de mensurar a intensidade e a frequência do DM como um instrumento apropriado ao ambiente de trabalho e cenário político-profissional, com foco na otimização do tempo de resposta e para facilitar a avaliação nos diferentes contextos de atuação. Justifica-se tal necessidade, na particularidade da EDME-BR, por se tratar de uma escala composta por 49 itens, a qual foi empregada em estudo no grupo de pesquisa com 269 enfermeiros, quando se reconheceu o elevado tempo de resposta e muitas recusas de participação por ser um instrumento longo. Assim, visualizou-se a possibilidade, com a utilização do banco de dados do estudo, de realizar nova análise metodológica para reduzir a escala. A relevância disso está associada ao fato de que o maior conhecimento sobre o DM, utilizando uma escala com mais facilidade de uso, pode contribuir significativamente para a compreensão dos trabalhadores sobre suas circunstâncias e os desafios cotidianos.

Diante disso, apresentou-se como questão de pesquisa: "A EDME-BR apresenta validade e confiabilidade adequadas em um modelo reduzido?". Para respondê-la, obteve-se como objetivo validar um modelo da versão reduzida da EDME-BR com profissionais de uma instituição hospitalar pública da Região Sul do Brasil.

Destarte, apresentaram-se como hipóteses para a redução da escala as possíveis relações entre as dimensões da escala, com a posterior contextualização:

H1: A percepção de Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional (RPIP) está relacionada à capacidade de Defesa de Valores e Direitos (DVD);

H2: O reconhecimento, poder e identidade profissional dos enfermeiros estão relacionados com a eficácia e coesão das Equipes de Trabalho (ET);

H3: As Condições de Trabalho (CT) têm um impacto direto na percepção sobre as ET;

H4: As CT (adversas) estão relacionadas à percepção e à ocorrência de infrações éticas no ambiente de Enfermagem;

H5: Há relação entre a capacidade de fornecer Cuidado Seguro e Qualificado (CSQ) e a percepção de Infrações Éticas (IEs);

H6: A análise de invariância entre as faixas de idade dos enfermeiros supõe que não existe diferença entre os enfermeiros com até 35 anos e os enfermeiros com idade acima de 35 anos para as cinco hipóteses testadas.

Por fim, as hipóteses apresentadas estão de acordo com a literatura, visto que: a H1 sugere que os enfermeiros que se sentem mais reconhecidos e seguros em sua identidade profissional estão mais inclinados a defender os valores e os direitos no ambiente de trabalho⁽¹⁰⁾; a H2 sugere que os enfermeiros que percebem um maior reconhecimento de suas competências e valor profissional tendem a contribuir de

forma mais efetiva para o trabalho em equipe, promovendo um ambiente colaborativo e de suporte mútuo⁽¹¹⁾; a H3 sugere que as melhores condições de trabalho promovem uma melhor dinâmica e coesão de equipe⁽¹²⁾; a H4 sugere que os ambientes de trabalho com recursos insuficientes, alta carga de trabalho, pressão intensa e suporte organizacional inadequado aumentam o risco de comprometimento ético, levando à tomada de decisões que podem não estar em conformidade com os padrões éticos e profissionais⁽¹³⁾; e, por último, H5 indica que maiores competência e segurança no cuidado estão associadas à menor percepção de infrações éticas no ambiente de trabalho⁽¹⁴⁾.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, com foco na validação de um instrumento a partir de modelagem estatística, com a utilização de banco de dados do projeto: "Sofrimento moral em enfermeiros hospitalares: qual sua relação com clima ético e *Burnout*?", registrado no Portal de Projetos da universidade de origem da pesquisadora responsável. No método de análise citado, os testes de qualidade de ajuste relacionam-se com quão bem um modelo se ajusta aos dados. Esses testes auxiliam a determinar se o modelo escolhido reproduz as variáveis resposta nas quais os parâmetros foram otimizados, ou se é necessário considerar um modelo distinto⁽¹⁵⁾.

Cenário

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário público na Região Sul do Brasil. Atualmente a instituição possui 400 leitos e atua como referência na região pela tecnologia e nível de atendimentos de média e alta complexidade que possui, apoiado pela ampla equipe de trabalhadores e estudantes da área.

População, critérios de seleção e definição da amostra

Os participantes foram 269 enfermeiros que participaram do projeto matricial citado e que compuseram o banco de dados do mesmo. O projeto matricial tinha como população 303 enfermeiros que atuavam na instituição no momento da coleta de dados, valor que foi tomado como base para o emprego de fórmula para o cálculo da amostra para a população finita, juntamente com erro amostral de 5% e percentual estimado de 50%; o que resultou em um mínimo de 171 participantes. Como critérios de inclusão, foram selecionados os enfermeiros

com no mínimo um mês de trabalho (tempo mínimo estimado para a percepção sobre o ambiente de trabalho). Como critério de exclusão, elencaram-se: enfermeiros que se encontravam em licença ou afastamento do trabalho durante o período da coleta de dados.

Instrumentos utilizados para a coleta das informações e as variáveis do estudo

O banco de dados do projeto matricial foi composto por um questionário sociodemográfico e laboral, a escala EDME-BR, o Inventário de *Burnout* de Maslach⁽¹⁶⁾ e o *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS)⁽¹⁷⁾. Porém, para este estudo foram utilizadas as variáveis do questionário sociodemográfico e laboral, e a escala EDME-BR⁽⁹⁾. O questionário sociodemográfico e laboral abordou as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade (transformada em duas faixas de idade, isto é, até 35 anos e acima de 35 anos), formação, tempo de formação, turnos de trabalho e carga horária.

A EDME-BR⁽⁹⁾ é um instrumento construído e validado no Brasil em 2019, o qual resultou em uma versão final da escala com 49 itens distribuídos em seis fatores, para os quais os valores de alfa de Cronbach variaram de 0,91 a 0,96⁽⁹⁾. Estes são: Fator 1 - RPIP, com 11 questões (14, 15, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43); Fator 2 - CSQ, com 11 questões (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33); Fator 3 - DVD, com oito questões (39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49); Fator 4 - CT, com seis questões (8, 9, 10, 11, 12, 13); Fator 5 - IEs, com seis questões (17, 18, 19, 20, 21, 22); e pelo Fator 6 - ET, com sete questões (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Para cada item implementa-se escala Likert de sete pontos (de 0 = nenhum/nunca a 6 = muito intenso/muito frequente).

Período e coleta de dados

O acesso ao banco de dados foi realizado em maio de 2022. A coleta de dados do projeto matricial foi conduzida entre abril e junho de 2019. Foi realizada pelos autores e membros do grupo de pesquisa que não possuíam proximidade com os participantes, e que foram previamente treinados e obtiveram a experiência em coleta de dados quantitativos.

Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa em seus locais de trabalho, optando por responder o instrumento de imediato ou entregá-lo posteriormente, após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado tanto pelo participante quanto pelo pesquisador, sendo uma cópia entregue a cada um.

Todos os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa receberam as informações detalhadas sobre os objetivos e os procedimentos, potenciais riscos e os

benefícios envolvidos, além da garantia do direito de retirarem seu consentimento para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer repercussão negativa ou exposição pública de suas informações.

No caso de entrega posterior dos instrumentos preenchidos pelos profissionais, a busca foi agendada e foram feitas até três tentativas para recuperar os instrumentos preenchidos, em datas e momentos distintos. Ainda, durante o processo de preenchimento, os coletadores garantiram a liberdade dos participantes ao se aproximarem apenas no final, para coletar os instrumentos, ou para esclarecer as eventuais dúvidas.

Para garantir a confidencialidade das informações, os formulários preenchidos foram armazenados pelos coletadores em envelopes lacrados, entregues ao pesquisador responsável.

Tratamento e análise dos dados

O banco de dados foi constituído inicialmente no programa *EpiInfo*® (versão 6.4), a partir de dupla digitação independente, verificação dos erros e inconsistências. As variáveis e as escala selecionadas no banco de dados foram transportadas para a análise nos *softwares SmartPLS*® (versão 4.1.0.1) e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 26). As variáveis sociodemográficas e laborais foram analisadas por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) para as variáveis categóricas.

Para validar a escala reduzida, utilizou-se a técnica de modelagem de equações estruturais, pelo método de mínimos quadrados parciais, e a Análise Multigrupo (MGA), mais especificamente, a Análise de Invariância. O modelo escolhido atendeu à finalidade de avaliar a estrutura de inter-relações entre as dimensões da escala proposta e uma já validada, por meio da testagem das hipóteses propostas⁽¹⁸⁾. Ainda, na análise dos dados utilizou-se da estimação modelo de caminho *Partial Least Squares - Structural Equation Modeling* (PLS-SEM)⁽¹⁶⁾.

Este estudo adotou como critérios para avaliar o ajuste do PLS-SEM o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), a distância euclidiana quadrada (dDEQ), a distância geodésica (dG) e o *Normed Fit Index* (NFI). Adotou-se 0,08 como valor limiar de SRMR⁽¹⁹⁾ e 0,8 como valor mínimo de NFI⁽²⁰⁾.

O modelo de mensuração da EDME-BR apresentou cinco hipóteses diretas, as quais se conectam em três dimensões (dimensões exógenas) com três dimensões endógenas (preditivas) contendo 24 itens (variáveis observadas) (Tabela 1). Tais hipóteses oportunizam avaliar a invariância da escala reduzida entre as faixas de idade, afirmando que a escala possa mensurar aquilo a que se destina.

Somado a isso, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) comparativa entre as faixas de idade foi realizada como parte integrante da avaliação do PLS-SEM, com vistas a confirmar e a refinar os itens e dimensões dispostos no modelo. A consistência interna entre os componentes foi verificada, em cada dimensão, a partir do alfa de Cronbach (AC). A validade discriminante foi apurada utilizando os critérios Fornell-Larcker (FL) e *Heterotrait-Monotrait Ratio* (HTMT), para determinar em que medida uma dimensão dentro de seus componentes diferiu de outra⁽²¹⁾.

A raiz quadrada do valor da Variância Média Extraída (VME) (Tabela 3) de cada dimensão foi medida, comparada com os valores da Matriz de Correlação e do critério HTMT, utilizando o procedimento de *bootstrap*, o qual possuiu valores menores que um para o limite superior (97,5% de confiança).

Também nessa etapa, foram verificadas a confiabilidade de consistência interna, validade convergente e discriminante⁽²⁰⁾, ou seja, contemplou-se a assunção da Variância Média Extraída (AVE > 0,5), o alfa de Cronbach ($0,7 < AC < 0,95$) e a confiabilidade composta ($0,7 < CC < 0,95$) para o modelo⁽²²⁻²³⁾. E, para avaliar se o modelo estrutural representou as teorias subjacentes ao modelo de mensuração, permitiu-se analisar a capacidade preditiva do modelo e as relações entre as dimensões desse modelo, e foi considerada a análise de (multi)colinearidade estimando o *Variance Inflation Factor* (VIF), que possuiu valores para as variáveis latentes inferiores a 5⁽²²⁾.

Para avaliar a significância dos valores dos coeficientes de caminho nas relações diretas entre os fatores, com base no valor *t* de *Student*, utilizou-se a técnica de *bootstrapping* com 5.000 subamostras. A relação direta entre os fatores foi aferida a partir de coeficientes estruturais (β 's), e a relação de caminho considerada significativa, ao se obter níveis de significância de 5%, com valor *t* inferior a 1,96⁽¹⁸⁾.

Quanto ao procedimento de redução, foram empregadas as técnicas de avaliação do modelo estrutural, com vistas a verificar sua consistência interna e validade convergente. Na avaliação da validade discriminante do modelo, optou-se por considerar as cargas fatoriais (λ) mais expressivas para cada uma das dimensões. Em seguida, o modelo foi submetido a uma avaliação de sua estrutura, incluindo a análise da precisão (R^2) e da relevância preditiva (Q^2)⁽¹⁸⁾.

Uma etapa crucial na avaliação de um modelo PLS-SEM é a testagem da precisão e a relevância preditiva dele. A acurácia preditiva foi testada por meio do coeficiente de determinação (R^2) e o respectivo valor de *p*, que fornece o grau de variância explicado em cada dimensão endógena⁽¹⁸⁾. O valor de R^2 varia entre 0 e 1, quanto maior o seu valor, maior a acurácia preditiva⁽¹⁸⁾. Além disso, a significância de

R^2 também foi avaliada, com valores indicando diferentes níveis de acurácia preditiva: $0,075 < R^2 \leq 0,19$ (efeito moderado) e $R^2 > 0,19$ (efeito forte)⁽²²⁻²³⁾.

A relevância preditiva foi avaliada por meio do procedimento de venda nos olhos, que calculou o valor de Q^2 , utilizando a técnica de *blindfolding*. Um valor de Q^2 superior a 0 é considerado indicativo de relevância preditiva⁽¹⁸⁻²³⁾. Os valores de Q^2 variam entre 0,075 e 0,25 para um grau moderado de relevância preditiva, enquanto $Q^2 > 0,25$ é indicativo de um grau forte de relevância preditiva⁽²³⁻²⁴⁾.

Aspectos éticos

Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12, com o projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local sob Parecer nº 2.764.702.

Resultados

Perfil dos participantes

Participaram da pesquisa 269 enfermeiros, dentre os quais 83 (30,9%) tinham até 35 anos e 186 (69,1%), acima de 35 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (88,1%), e 75,09% eram casados. Quanto à formação acadêmica, 54,37% dos participantes possuíam especialização e 53,17% haviam concluído sua formação entre seis e 15 anos antes da pesquisa. Em relação à carga horária de trabalho, a maioria dos enfermeiros (65,06%) trabalhava 30 horas ou mais por semana, e 39,04% possuíam turnos de trabalho mistos. Destaca-se que, ao se considerar que o tempo de atuação no hospital era um critério de inclusão, a mediana do tempo de trabalho na instituição foi de quatro (AIq10) anos, 187 (69,5%) tinham quatro anos ou mais, e apenas quatro (1,49%) apresentavam um mês de trabalho, enquanto todos os demais tinham acima de seis meses de atuação.

Testes de ajuste do modelo

Os resultados confirmaram que o modelo estrutural sugerido se ajustou aos dados após oito interações com índices aceitáveis, com SRMR = 0,062, $d_{DEQ} = 2,563$, $d_G = 1,605$, e NFI = 0,848.

Avaliação do modelo de medição

Nessa etapa foram avaliados os três critérios: confiabilidade de consistência interna, validade convergente e discriminante, contemplando a variância média extraída.

A consistência interna entre os componentes, em cada dimensão, foi verificada por meio do AC e CC. Os valores de AC de todas as dimensões variaram de 0,798 a 0,930. Além disso, os valores de Confiabilidade Composta (CC) variaram de 0,817 a 0,947. Por fim, as VMEs apresentaram valores entre 0,701 e 0,950. Quanto às cargas fatoriais, para a escala EDME-BR-R os valores das cargas fatoriais foram superiores a 0,6 (Figura 2), portanto, esses resultados afirmaram a garantia de consistência interna entre os indicadores e seus respectivos fatores. A Tabela 1 apresenta os valores da avaliação de todas as dimensões do modelo de medição.

Ao avaliar o modelo quanto à validade discriminante, foram utilizados, como principais critérios, o FL e o HTMT. O critério FL comparou a raiz quadrada do valor da VME de cada dimensão medida aos valores da matriz de correlação. Observou-se que a menor VME (0,802) é superior à maior correlação CT vs. CSQ (0,679), portanto, o critério foi estabelecido. Já o critério HTMT determinou que os limites superiores estimados foram inferiores a 1.0. Assim, verificou-se que o modelo apresenta validade discriminante e, desse modo, satisfaz os requisitos.

Em resumo, as avaliações do modelo de mensuração quanto à consistência interna, validade convergente e discriminante atenderam aos seus requisitos, validando empiricamente a adequação do modelo de mensuração neste estudo (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Avaliação do modelo de mensuração – consistência interna e validade convergente. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

EDME-BR* (Dimensões)	AC†		CC‡		VME§	
	≤ 35¶	> 35¶	≤ 35¶	> 35¶	≤ 35¶	> 35¶
RPIP**	0,857	0,798	0,904	0,817	0,701	0,865
DVD††	0,875	0,883	0,912	0,904	0,721	0,919
IEs§§	0,898	0,930	0,929	0,936	0,766	0,950
CSQ	0,925	0,899	0,947	0,900	0,816	0,930
CTs¶¶	0,868	0,825	0,909	0,835	0,714	0,882
ETs***	0,785	0,830	0,861	0,838	0,608	0,887

*EDME-BR = Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros; †AC = Alfa de Cronbach; ‡CC = Confiabilidade Composta; §VME = Variância Média Extraída; ¶≤ 35 = Menor e igual a 35 anos; ¶> 35 = Maior que 35 anos; **RPIP = Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; ††DVD = Defesa dos Valores e Direitos; §§IEs = Infrações éticas; ||CSQ = Cuidado Seguro e Qualificado; ¶¶CTs = Condições de Trabalho; ***ETs = Equipes de Trabalho

Tabela 2 - Critério Fornell-Larcker e HTMT* do modelo fatorial. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Dim. [†]	\sqrt{VME}^*	Matriz de Correlação de Pearson					
		RPIP [§]	DVD	IEs [¶]	CSQ ^{**}	CTs ^{††}	ETs ^{‡‡}
RPIP [§]	0,821	1,000					
DVD	0,885	0,632	1,000				
IEs [¶]	0,856	0,476	0,607	1,000			
CSQ ^{**}	0,805	0,586	0,527	0,561	1,000		
CTs ^{††}	0,897	0,555	0,664	0,674	0,679	1,000	
ETs ^{‡‡}	0,802	0,551	0,576	0,575	0,665	0,647	1,000
Limite Superior (HTMT*) _{97,5%}							
DVD		0,733					
IEs [¶]		0,811	0,816				
CSQ ^{**}		0,742	0,758	0,790			
CTs ^{††}		0,740	0,648	0,707	0,821		
ETs ^{‡‡}		0,866	0,738	0,873	0,709	0,785	

*HTMT = *Heterotrait-Monotrait Ratio*; [†]Dim. = Dimensão; [‡] \sqrt{VME} = Raiz da Variância Média Extraída; [§]RPIP = Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; ^{||}DVD = Defesa dos Valores e Direitos; [¶]IEs = Infrações Éticas; ^{**}CSQ = Cuidado Seguro e Qualificado; ^{††}CTs = Condições de Trabalho; ^{‡‡}ETs = Equipes de Trabalho

Análise do modelo estrutural

Após analisar a colinearidade entre as dimensões e os valores da VIF terem sido calculados entre $1,000 < VIF$

$< 1,664$, o modelo não apresentou fortes correlações, portanto, os valores dos coeficientes de regressão (β 's) foram estimados utilizando a técnica *bootstrapping* para 5.000 subamostras. Os valores e suas significâncias estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados de efeitos diretos entre dimensões. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Relação de caminho (Hipóteses)		Coefficientes de caminho	Desvio-Padrão	Estat. t.*	p-valor [†]	Resultado
H1 [‡]	RPIP [§] → DVD	0,575	0,040	14,526	0,000	Suporta
H2 [¶]	RPIP [§] → ETs ^{‡‡}	0,492	0,056	8,763	0,000	Suporta
H3 ^{††}	CTs ^{††} → ET ^{**}	0,315	0,059	5,288	0,000	Suporta
H4 ^{§§}	CT ^{††} → IEs ^{¶¶}	0,226	0,062	3,652	0,000	Suporta
H5 ^{¶¶}	CSQ ^{***} → CT ^{††}	-0,521	0,056	9,349	0,000	Suporta

*Estat. t = Teste t de Student; [†]p-valor = Significância; [‡]H1 = Hipótese 1; [§]RPIP = Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; ^{||}DVD = Defesa dos Valores e Direitos; [¶]H2 = Hipótese 2; ^{‡‡}ETs = Equipes de Trabalho; ^{††}H3 = Hipótese 3; ^{¶¶}CTs = Condições de Trabalho; ^{§§}H4 = Hipótese 4; ^{¶¶}IEs = Infrações Éticas; ^{¶¶}H5 = Hipótese 5; ^{***}CSQ = Cuidado Seguro e Qualificado

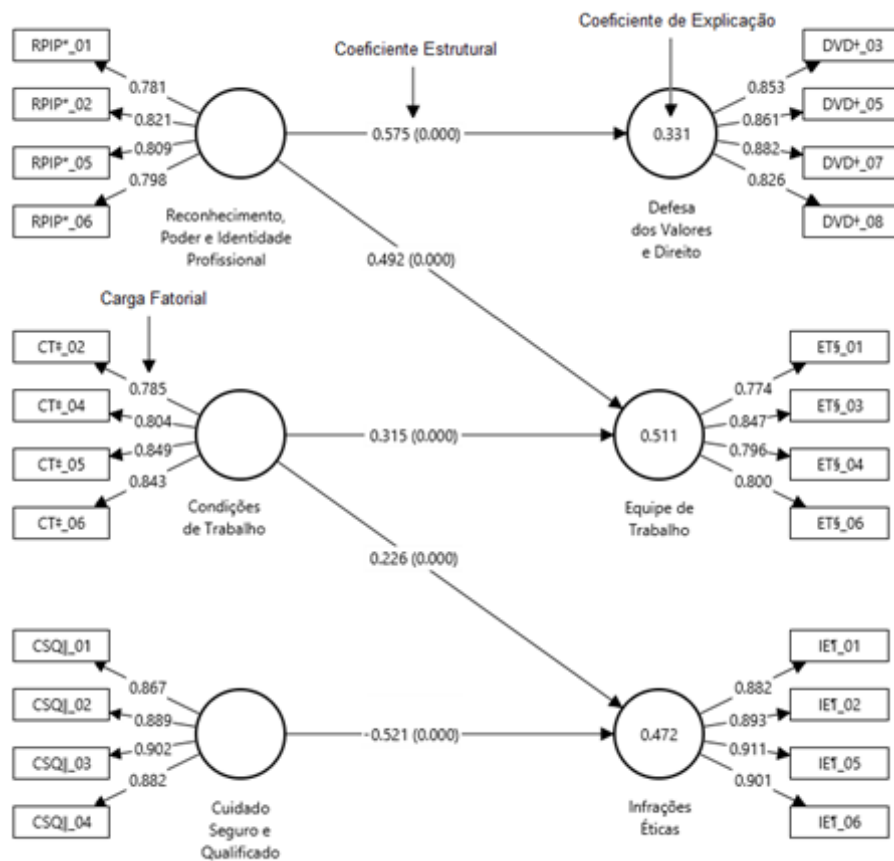
Todas as hipóteses propostas confirmaram relações significativas ($p < 0,05$) entre as dimensões, portanto, as hipóteses foram empiricamente sustentadas a partir dos valores de t para um nível de significância de 5%. Observou-se que o cuidado seguro e qualificado se relaciona negativamente com as infrações éticas, dez relações foram significativas (Figura 1).

A análise (Figura 1) revelou que o modelo exibiu dimensões com coeficientes de determinação (R^2) indicando graus fortes de explicação ($R^2 > 0,19$) para as variáveis preditivas, isso afirma que esses resultados foram consistentes. Além disso, os valores de relevância preditiva das dimensões endógenas, estimados por meio do método de *blindfolding*, demonstraram valores de

Q^2 superiores a 0, indicando uma boa capacidade de predição do modelo. Mais especificamente, os valores de Q^2 variaram de 0,323 a 0,498.

A seguir, na Tabela 4, apresenta-se a análise de invariância do modelo, referindo-se à Hipótese H6, onde compara as hipóteses H1 a H5 entre as faixas de idade até 35 anos, em comparação à faixa de idade acima de 35 anos.

Observou-se, na Tabela 4, que, tanto para os testes de Henseler, quanto para o teste de permutações, não há diferença significativa entre os coeficientes das diferentes faixas de idade ($p > 0,05$). Portanto, conclui-se que o modelo proposto não apresenta problemas de invariância e, assim, a escala se comporta de maneira consistente entre os grupos⁽²⁵⁾.



*RPID = Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; †DVD = Defesa dos Valores e Direitos; ‡CTs = Condições de Trabalho; §ETs = Equipes de Trabalho; ¶CSQ = Cuidado Seguro e Qualificado; ¶IEs = Infrações Éticas

Figura 1 - Modelo de equações estruturais final. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Tabela 4 - Análise multigrupo (MGA*) pelos testes de Henseler's e Permutações. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Hip.‡	Relação	Coeficientes Estruturais			p-valor† (diferenças)		Resultado
		At.35§	Ac.35¶	At-Ac¶	Henseler's MGA**	Teste de Permutação	
H1††	RPIP†† → DVD§§	0,640	0,549	0,090	0,283	0,306	Não / Não
H2¶¶	RPIP†† → ETs¶¶	0,426	0,516	-0,091	0,429	0,469	Não / Não
H3***	CTs††† → ETs¶¶	0,371	0,312	0,059	0,625	0,642	Não / Não
H4†††	CTs††† → IEs§§§	0,189	0,245	-0,057	0,679	0,688	Não / Não
H5¶¶¶	CSQ¶¶¶ → CTs†††	-0,620	-0,477	-0,143	0,245	0,222	Não / Não

*MGA = Multi Group Analysis; †p-valor = Significância; ‡Hipóteses; §At. 35 = até 35 anos; ¶Ac. 35 = Acima de 35 anos; ¶At - Ac = Diferença entre até e acima de 35 anos; ††H1 = Hipótese 1; ††RPIP = Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; §§DVD = Defesa dos Valores e Direitos; ¶¶H2 = Hipótese 2; ¶¶ETs = Equipes de Trabalho; ***H3 = Hipótese 3; †††CTs = Condições de Trabalho; †††H4 = Hipótese 4; §§§IEs = Infrações Éticas; ¶¶¶H5 = Hipótese 5; ¶¶¶CSQ = Cuidado Seguro e Qualificado

O alfa de Cronbach para o modelo EDMER-BR apresentou boa confiabilidade em todos seus fatores (0,95), valor menor que o da versão original (0,98). A versão reduzida da EDME-BR, contendo 24 itens, foi obtida a partir do cálculo dos índices de confiabilidade (AC e CC), considerando, como critério de seleção dos indicadores, os quatro itens por dimensão com maior carga fatorial.

Ainda, de forma a preservar as características da escala, as alterações realizadas não modificaram as instruções e escala de respostas ou interferiram na

qualidade dos resultados obtidos. Portanto, a EDME-BR, na versão reduzida, ficou composta por 24 questões que avaliam os seguintes fatores:

Fator 1 - Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional (RPIP), com quatro questões: 14) Sentir-se discriminado em relação a outros profissionais; 36) Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas; 40) Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos; 41) Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos.

Fator 2 - Cuidado Seguro e Qualificado (CSQ), com quatro questões: 24) Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado; 25) Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas; 26) Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde por causa dos problemas sociais; e 28) Reconhecer que as ações educativas com o usuário são insuficientes.

Fator 3 - Defesa dos Valores e Direitos (DVD), com quatro questões: 39) Vivenciar as condutas assistenciais que desconsideram as crenças e a cultura dos pacientes; 42) Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar frente às fraudes em benefício da instituição; 45) Reconhecer as situações de desrespeito/maus-tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário; e 46) Reconhecer as situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade.

Fator 4 - Condições de trabalho (CTs), com quatro questões: 8) Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes; 10) Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes; 12) Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente; e 13) Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada.

Fator 5 - Infrações Éticas (IEs), com quatro questões: 17) Vivenciar a omissão por parte do médico; 18) Vivenciar a imprudência por parte do médico; 19) Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro; e 20) Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro.

Fator 6 - Equipes de trabalho (ETs), com quatro questões: 1) Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda; 3) Vivenciar as condições de sobrecarga de trabalho; 5) Trabalhar com enfermeiros despreparados; e 6) Trabalhar com auxiliares e técnicos de Enfermagem despreparados.

Para cada item implementa-se a escala Likert de sete pontos (de 0 = nenhum/nunca a 6 = muito intenso/muito frequente).

Discussão

A partir dos resultados foi possível validar a EDME-BR na sua versão reduzida, sendo denominada "Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – Versão reduzida" (EDME-BR-VR), a qual apresentou uma redução de 25 questões, comparada à versão original. A EDME-BR-VR permaneceu com 24 questões, mantendo os fatores, isto é: Reconhecimento, Poder e Identidade Profissional; Cuidado Seguro e Qualificado; Defesa dos Valores e Direitos; Condições de Trabalho; Infrações Éticas; e Equipes de Trabalho. Porém, agora, cada um composto por quatro itens apenas.

Nesse modelo, o estudo obteve SRMR = 0,062 e NFI = 0,848. A raiz quadrada média dos resíduos padronizados é uma medida de ajuste que objetiva avaliar o grau de adequação do modelo, devendo ser inferior a 0,08 para o resultado satisfatório⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Já o NFI é a razão entre o χ^2 do modelo independente e o χ^2 do modelo que foi testado, não penaliza a complexidade do modelo, e é sensível ao tamanho da amostra. É uma comparação entre a matriz de covariância prevista pela AFC e a matriz original do que é previsto pelo modelo, devendo ser superior a 0,8⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Quanto às hipóteses apresentadas e constatadas, a relação entre RPIP e DVD pode ser explicada pelo conceito de "empowerment" profissional, que envolve ter o poder, autoridade e capacidade para executar as ações baseadas em valores éticos e profissionais. Enfermeiros que percebem um maior "empowerment" no trabalho sentem-se mais capacitados para agir de acordo com seus valores profissionais, o que inclui defender os direitos dos pacientes e aderir aos padrões éticos elevados⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A identidade profissional forte e o reconhecimento no ambiente de trabalho contribuem para a melhor dinâmica de equipe. A clareza do papel e o reconhecimento das habilidades dos enfermeiros estão associados à melhor comunicação e à colaboração entre os membros da equipe, facilitando a coesão e a eficácia do grupo⁽²⁸⁾.

A influência das condições de trabalho na percepção das equipes de Enfermagem pode ser compreendida por meio da teoria dos recursos do trabalho, que postula que os ambientes de trabalho com recursos funcionais melhoram a satisfação e o engajamento dos funcionários, além de promover as relações positivas entre os colegas. As melhores condições de trabalho estão associadas à melhor qualidade de cuidados e à satisfação no trabalho entre os enfermeiros⁽²⁹⁾.

Sabe-se que as condições de trabalho adversas podem criar dilemas éticos, onde os enfermeiros se veem forçados a fazer escolhas que comprometem os padrões éticos. Ambientes estressantes e com recursos insuficientes aumentam os conflitos éticos enfrentados pelos enfermeiros, evidenciando a relação entre as condições de trabalho e a ocorrência de infrações éticas⁽³⁰⁾.

A capacidade de fornecer um cuidado seguro e qualificado pode ser comprometida em ambientes onde prevalecem as infrações éticas, criando uma relação negativa entre estas dimensões. Ou seja, os impactos decorrentes do DM podem comprometer o desempenho dos enfermeiros e influenciar negativamente a eficácia no cumprimento dos objetivos de saúde estabelecidos⁽¹³⁾.

O fato de todas essas hipóteses não diferirem entre as faixas etárias até 35 anos e acima de 35 anos sugere uma universalidade nas percepções e nas experiências dos enfermeiros, independentemente da idade. Isso

pode indicar que as estruturas profissionais, éticas e organizacionais são percebidas de maneira consistente ao longo da carreira de Enfermagem, reforçando a importância de abordar essas dimensões em estratégias de desenvolvimento profissional e políticas de saúde.

Um estudo realizado, no contexto internacional, com profissionais de Enfermagem, evidenciou os níveis significativos na intensidade e na frequência de sofrimento moral frente às condições de trabalho insuficientes⁽³¹⁾.

As hipóteses de realização profissional e DM não tiveram implicação entre seus escores e corroboraram os achados de um estudo realizado com 280 enfermeiros, que verificou a relação da satisfação no trabalho e o sofrimento moral. A satisfação é um constructo inverso ao DM, ou seja, quanto maior o grau de DM, menor será a realização profissional⁽³²⁾.

Escore de sofrimento moral e satisfação profissional demonstraram uma correlação negativa entre suas variáveis, apontando que esses constructos são inversamente proporcionais⁽³³⁾. Níveis de realização profissional podem estar associados aos aspectos organizacionais, de interações, de autonomia e de remuneração, que, em níveis baixos, podem ocasionar manifestações físicas, devidas à sobrecarga de trabalho, ou emocionais, como estresse, ansiedade, frequentemente geradores da insatisfação no trabalho e do sofrimento moral⁽⁷⁾.

Os sentimentos de desvalorização e impotência por parte dos profissionais podem ocasionar conflitos éticos/morais, levando à insatisfação no trabalho⁽³³⁾. Contudo, foi possível perceber, na versão reduzida da escala, que as maiores médias de DM se vinculam aos constructos cuidado seguro e qualificado, condições de trabalho, seguidos de infrações éticas.

Esses resultados convergem com outros estudos realizados com a aplicação da escala original. Um estudo com enfermeiros hospitalares demonstrou os maiores índices de sofrimento moral relacionados aos construtos "cuidado seguro e qualificado", "condições de trabalho" e "equipes de trabalho"⁽³⁴⁾.

Ainda, dos 269 enfermeiros participantes, na maioria do sexo feminino, obteve-se a prevalência de faixa etária de 31 a 40 anos. Um estudo que verificou DM em enfermeiros obteve resultados similares, com perfil representado majoritariamente por mulheres, com idade média de 37 anos⁽³⁵⁾.

A ocorrência de DM associa-se à natureza subjetiva do trabalho, à experiência profissional e às condições organizacionais, especialmente com os desafios enfrentados no cotidiano laboral⁽⁸⁾. Um evento que desencadeie o DM, seja ele frequente ou esporádico, pode fornecer dados importantes que devem ser analisados, com destaque para a relevância das circunstâncias que o envolvem.

Embora as diversas definições de DM tenham sido sugeridas pela literatura, há a concordância de que ele emerge de limitações inadequadas na prática clínica que impactam a autonomia moral dos profissionais de saúde. Assim, para mitigar o sofrimento moral, é crucial que os instrumentos de medição forneçam as informações relevantes sobre essas limitações⁽³⁶⁾, sendo a EDME-BR-VR uma opção válida e confiável.

Ao comparar os resultados obtidos na EDME-BR e na EDME-BR-VR, foi possível perceber que, tanto a escala em sua versão completa (49 itens), quanto em sua versão reduzida (24 itens) apresentaram boa confiabilidade e validade convergente. Os coeficientes de explicação apresentaram-se com graus moderados para os fatores: Condições de Trabalho, Defesa dos Valores e Direitos, Infrações Éticas e Para Cuidado Seguro e Qualificado.

De modo geral, o estudo contribuiu para destacar a importância de avaliar o DM em enfermeiros, pois ele repercute diretamente na saúde mental e no cotidiano de seu trabalho, interferindo nas suas ações e relações, e na qualidade do cuidado ao paciente. Assim, a escala EDME-BR reduzida facilita uma abordagem clara, acessível, com menor tempo de resposta, demonstrando uma confiabilidade em todos os itens testados, o que a torna um instrumento válido para ser utilizado na avaliação de DM de enfermeiros.

Já os fatores de reconhecimento, poder e identidade profissional evidenciaram graus fortes, o que implica em uma moderada capacidade de produzir previsões precisas e de replicabilidade em novos dados.

As limitações deste estudo devem-se a ele ter sido realizado somente em uma instituição hospitalar, impossibilitando a comparação com outros contextos.

Conclusão

A validação da EDME-BR-VR alcançou os indicadores psicométricos e os níveis de confiabilidade satisfatórios, mostrando-se adequada para o uso. Esta versão reduzida preservou a estrutura original da escala, mantendo os quatro itens com maior carga fatorial por dimensão, totalizando 24 itens.

A análise fatorial exploratória da EDME-BR-VR, realizada a partir da invariância da idade, proporcionou uma compreensão mais aprofundada sobre os resultados e confirmou a validade do modelo reduzido. Portanto, ambas as escalas, tanto a versão completa, quanto a reduzida, demonstraram comportamento semelhante, proporcionando ao pesquisador a liberdade de escolher o instrumento mais adequado para suas investigações.

Porém, a EDME-BR-VR oferece vantagens práticas, pois é mais fácil de aplicar e compreender, além de

exigir menos tempo de resposta dos participantes. Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas sobre o sofrimento moral, visando aprofundar o entendimento sobre as suas consequências e desenvolver as estratégias eficazes para seu manejo, com o intuito de fornecer suporte, tanto para os profissionais quanto para as organizações de saúde.

Referências

1. Ramos FRS, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Silveira LR, Schneider DG, Vargas MAO. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3332. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>
2. Becker RP. The Impact of Moral Distress on Staff and Novice Nurses. *J Christ Nurs*. 2024;41(1):50-6. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000001130>
3. Laurs L, Blaževičienė A, Capezuti E, Milonas D. Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(2):201-9. <https://doi.org/10.1111/jnu.12536>
4. Emmamally W, Chiyangwa O. Exploring moral distress among critical care nurses at a private hospital in Kwa-Zulu Natal, South Africa. *South Afr J Crit Care*. 2020;36(2):104-8. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2020.v36i2.435>
5. Faraco MM, Gelbcke FL, Brehmer LCF, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin GL. Moral distress experienced by nurse managers in the context of federal university hospitals. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2022 [cited 2023 Oct 24];35:eAPE039013534. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Sn3jLLmcwxQB3wJqG8NMJJg/?lang=en>
6. Bruggmann MS, Schneider DG, Ramos FRS, Dalmolin GL, Rodrigues J, Bhering A. Intensity and frequency of moral distress in mental health nurses in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230122. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0122en>
7. Maunder RG, Heeney ND, Greenberg RA, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Johnstone J, et al. The relationship between moral distress, burnout, and considering leaving a hospital job during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey. *BMC Nurs*. 2023;22(1):243. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01407-5>
8. Ramos FRS, Barth PO, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Vargas MA, Schneider DG. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e035578. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018020703578>
9. Ramos FRS, Barlen ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses. *J Nurs Meas*. 2019;27(2):335-57. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.335>
10. Anderson H, Birks Y, Adamson J. Exploring the relationship between nursing identity and advanced nursing practice: An ethnographic study. *J Clin Nurs*. 2020;29(7-8):1195-208. <https://doi.org/10.1111/jocn.15155>
11. Cardiff S, Gershuni O, Giesbergen-Brekelmans A. How local, first-line nurse leaders can positively influence nurse intent to stay and retention: A realist review. *J Clin Nurs*. 2023;32(19-20):6934-50. <https://doi.org/10.1111/jocn.16813>
12. Dey C, Ganesh MP. Impact of team design and technical factors on team cohesion. *Team Perform Manag*. 2020;26(7-8):357-74. <https://doi.org/10.1108/TPM-03-2020-0022>
13. Atashzadeh-Shoorideh F, Tayyar-Iravanlou F, Chashmi ZA, Abdi F, Cisic RS. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. *Clin Ethics*. 2020;16(1):147775092092717. <https://doi.org/10.1177/1477750920927174>
14. Han Y, Kim JS, Seo Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *Western J Nurs Res*. 2019;42(1):32-40. <https://doi.org/10.1177/0193945919838990>
15. Király P, Kiss R, Kovács D, Ballaj A, Tóth G. The Relevance of Goodness-of-fit, Robustness and Prediction Validation Categories of OECD-QSAR Principles with Respect to Sample Size and Model Type. *Mol Inform*. 2022;41(11):e2200072. <https://doi.org/10.1002/minf.202200072>
16. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [Dissertation]. Salamanca: Universidade Pontífica de Salamanca; 1995 [cited 2023 Oct 24]. 275 p. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/11028>
17. Lanes TC, Dalmolin GL, Silva AM, Ramos FRS, Olson L. Cross-Cultural adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. *J Nurs Meas*. 2023;31(2):148-62. <https://doi.org/10.1891/JNM-2021-0036>
18. Hair JF Junior, Sarstedt M, Ringle CM, Gudergan SP. *Advanced Issues in Partial Least Squares Structural Equation Modeling*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2023. 256 p.
19. Henseler J, Ringle CM, Sarstedt M. Testing measurement invariance of composites using partial least squares. *Int Mark Rev*. 2016;33(3):405-31. <https://doi.org/10.1108/IMR-09-2014-0304>
20. Hu L, Bentler PM. Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Psychol Methods*. 1998;3(4):424-53. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
21. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *J Mark Res*. 1981;18(1):39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>

23. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences [Internet]. 2. ed. New York, NY: Psychology Press; 1988 [cited 2023 Oct 24]. 579 p. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
24. Lopes LFD, Chaves BM, Fabrício A, Porto A, Almeida DM, Obregon SL, et al. Analysis of Well-Being and Anxiety among University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3874. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113874>
25. Chin W, Cheah JH, Liu Y, Ting H, Lim XJ, Cham TH. Demystifying the role of causal-predictive modeling using partial least squares structural equation modeling in information systems research. *Ind Manag Data Syst*. 2020;120(12):2161-209. <https://doi.org/10.1108/IMDS-10-2019-0529>
26. Lopes LFD, Silva DJC, Kuhn N, Chiapinoto FV, Lima MP. The influence of technostress on anxiety disorder in higher education students during the Covid-19 pandemic. *Knowl Manag E-learn*. 2024;16(1):164-85. <https://doi.org/10.34105/j.kmel.2024.16.008>
27. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *J Nurs Adm*. 2001;31(5):260-72. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
28. Nejat N, Zand S, Taheri M, Khosravani M. Understanding lived experiences of nurse managers about managerial ethics. *Nurs Ethics*. 2023;30(2):162-79. <https://doi.org/10.1177/09697330221130599>
29. Paige JT, Garbee DD, Bonanno LS, Kerdolff KE. Qualitative Analysis of Effective Teamwork in the Operating Room (OR). *J Surg Educ*. 2021;78(3):967-79. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.019>
30. Donley J. The Impact of Work Environment on Job Satisfaction: Pre-COVID Research to Inform the Future. *Nurse Lead*. 2021;19(6):585-89. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.009>
31. Woods M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *Int Nurs Rev*. 2020;67(1):68-75. <https://doi.org/10.1111/inr.12545>
32. Ventovaara P, Sanderberg MA, Blomgren K, Pergert P. Moral distress and ethical climate in pediatric oncology care impact healthcare professionals' intentions to leave. *Psychooncology*. 2023;32(7):1067-75. <https://doi.org/10.1002/pon.6148>
33. Manookian A, Nadali J, Ghiyasvandian S, Weaver K, Haghani S, Divani A. Spiritual care competence, moral distress and job satisfaction among Iranian oncology nurses. *Int J Palliat Nurs*. 2023;29(10):487-97. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.10.487>
34. Morley G, Sankary LR. Nurturing moral community: A novel moral distress peer support navigator tool. *Nurs Ethics*. 2023;31(5):980-91. <https://doi.org/10.1177/09697330231221220>
35. Faraco MM, Gelbcke FL, Brehmer LCF, Ramos FRS, Schneider DG. Moral distress-associated sociodemographic and occupational aspects in nursing managers at federal university hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210447. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0447en>
36. Toeschler AMR, Barlem ELD, Lunardi VL, Brum AN, Barlem JGT, Dalmolin GL. Moral distress and professors of nursing: A cluster analysis. *Nurs Ethics*. 2020;27(4):1157-67. <https://doi.org/10.1177/0969733019895794>
37. Kolbe L, Melo-Martin I. Moral Distress: What Are We Measuring? *Am J Bioeth*. 2023;23(4):46-58. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2044544>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Jordana Lopes Carvalho, Flavia Regina Souza Ramos, Grazielle de Lima Dalmolin. **Obtenção de dados:** Jordana Lopes Carvalho, Grazielle de Lima Dalmolin. **Análise e interpretação dos dados:** Jordana Lopes Carvalho, Luis Felipe Dias Lopes, Flavia Regina Souza Ramos, Grazielle de Lima Dalmolin. **Análise estatística:** Jordana Lopes Carvalho, Luis Felipe Dias Lopes, Grazielle de Lima Dalmolin. **Redação do manuscrito:** Jordana Lopes Carvalho, Luis Felipe Dias Lopes, Flavia Regina Souza Ramos, Grazielle de Lima Dalmolin. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Jordana Lopes Carvalho, Luis Felipe Dias Lopes, Flavia Regina Souza Ramos, Grazielle de Lima Dalmolin.


Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 24.10.2023

Aceito: 28.08.2024

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Autor correspondente:
Jordana Lopes Carvalho
E-mail: jordanalcarvalho@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-0985-2766>

Copyright © 2025 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.