

Sofrimento moral decorrente de dilemas de profissionalismo entre internos de medicina
Moral distress arising from professionalism dilemmas among medical interns

Sofrimento moral decorrente de dilemas de profissionalismo entre internos de medicina
Moral distress arising from professionalism dilemmas among medical interns

Giulia Francci

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/0032179972422550>

Giufrancci@gmail.com

Laura Oliveira de Alcântara Ferraz

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/7359155948395786>

Laufev22@gmail.com

Marina da Rocha Brito

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/5386228434326387>

Mamabritinho123@gmail.com

Prof. Dr. Rogério Aparecido Dedivitis

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/3071654720277304>

Dedivitis.hns@uol.com.br

Resumo

Introdução: O sofrimento moral é definido como uma experiência psicoemocional que ocorre quando o indivíduo reconhece a ação moralmente correta, mas se encontra impedido de realizá-la devido a restrições externas. Internos de medicina, por ocuparem posições hierárquicas inferiores, frequentemente presenciam comportamentos antiéticos sem se sentirem capazes de intervir. **Objetivo:** Traduzir para o português brasileiro o questionário *Moral Distress from Professionalism Dilemmas* e validá-lo em estudantes do 5º e 6º ano letivo da Faculdade de Ciências Médicas de Santos do UNILUS, do sofrimento moral. **Métodos:** Foram seguidas diretrizes internacionais de adaptação transcultural: tradução por dois profissionais (com e sem formação médica), síntese das versões, retrotradução, revisão por comitê de especialistas, aplicação do pré-teste em 200 internos e avaliação final do processo. **Resultados:** Dos 200 alunos convidados, 160 responderam (80%), sem diferenças significativas entre ano ou gênero. Desta amostra, de 0 a 57.5% mostraram-se expostos às situações apresentadas em muitas ocasiões ou sempre ocorrendo. **Conclusão:** O sofrimento moral é uma realidade presente na formação médica e pode ser aferida pelo questionário.

Palavras-chave: Sofrimento Moral; Profissionalismo Médico; Dilemas Éticos; Educação Médica; Validação de Instrumento.

Abstract

Background: Moral distress is defined as a psycho-emotional experience that occurs when an individual recognizes the morally correct action but finds themselves unable to execute it due to external constraints. Medical interns, as they occupy lower hierarchical positions, often witness unethical behaviors without feeling capable of intervening. **Objective:** To translate and validate the Moral Distress from Professionalism Dilemmas questionnaire into Brazilian Portuguese, applying it to medical interns from Faculdade de Ciências Médicas de Santos do UNILUS. **Methods:** The process followed international guidelines for cross-cultural adaptation, including translation by two professionals (with and without medical training), synthesis of the versions, back-translation, expert committee review, pre-test application with 200 medical interns, and final evaluation of the process. **Results:** Among the 200 students invited, 160 replied to the survey (80%), with no significant differences between grades or genders. From 0 to 57.5% of the individuals reported being exposed to the situations presented on many occasions or always. **Conclusions:** The results suggest that moral distress is a present and significant reality in medical education. It can be evaluated by the questionnaire.

Keywords: Moral Suffering; Medical Professionalism; Ethical Dilemmas; Medical Education; Instrument Validation.

Introdução

O sofrimento moral é uma experiência psicoemocional que ocorre quando o indivíduo reconhece a ação moralmente correta, mas se encontra impedido de realizá-la devido a restrições externas, como hierarquias institucionais, normas organizacionais ou pressões de autoridade.¹ Na área da medicina, esse fenômeno é frequente, dado o caráter profundamente ético das decisões clínicas e do cuidado com o paciente. A constante dissociação entre o que é moralmente certo e o que pode ser feito na prática pode culminar em frustração, culpa, perda de empatia e, em casos prolongados, em *burnout*.^{2,3}

Nesse contexto, o que é ensinado sobre conduta e profissionalismo ao longo da formação acaba tornando-se um dilema. O médico possui um compromisso ético com a integridade, responsabilidade, empatia, competência técnica e respeito aos pacientes, que deve sempre ser aplicado e praticado desde os anos de internato. Assim, internos de medicina, nos últimos anos da graduação (5º e 6º anos), encontram-se em uma posição de grande vulnerabilidade moral. Ao ocuparem o nível mais baixo na hierarquia hospitalar, muitas vezes percebem comportamentos não profissionais por parte de colegas ou superiores, mas sentem-se impotentes para intervir, questionar ou mesmo expressar suas preocupações. Esse cenário favorece o surgimento de dilemas éticos e contribui para o sofrimento moral, afetando não apenas a saúde mental dos internos, mas também seu desenvolvimento profissional e moral ao longo da carreira.⁴

Assim, compreender o sofrimento moral decorrente de dilemas de profissionalismo vivenciados por internos de medicina é fundamental para aprimorar as estratégias pedagógicas da formação médica e promover ambientes clínicos mais saudáveis, éticos e formativos.

O questionário *Moral Distress from Professionalism Dilemmas*⁵, investiga a frequência de eventos que colocam em conflito valores éticos e normas institucionais, abordando temas como relações hierárquicas, condutas inadequadas, pressões de trabalho, questões de privacidade e limitações organizacionais. Ao quantificar a ocorrência e o impacto subjetivo dessas experiências, o questionário possibilita analisar padrões de sofrimento moral e correlações com fatores sociais e acadêmicos, além de respaldar planos de ações pedagógicas que visam promover ambientes clínicos mais éticos, seguros e emocionalmente sustentáveis. Nesta pesquisa, o instrumento foi traduzido e adaptado para o português brasileiro, conforme diretrizes descritas nos métodos, visando garantir a equivalência conceitual e cultural do instrumento.

O objetivo deste estudo foi a tradução para o Português Brasileiro, do instrumento *Moral Distress From Professionalism Dilemmas*⁵ e sua validação em estudantes do 5º e 6º ano letivo da Faculdade de Ciências Médicas de Santos do UNILUS (Internato), do sofrimento moral.

Métodos

Após consentimento e autorização do pesquisador responsável pelo instrumento original, o processo de tradução e adaptação transcultural foi realizado seguindo diretrizes internacionais tradicionais⁶, divididas nas seguintes etapas: duas traduções independentes, síntese das traduções, retrotradução por dois nativos da língua original e revisão por comitê de especialistas. A partir daí, será aplicado o teste da versão pré-final (pré-teste), avaliação final do processo de adaptação.

Etapla I: Tradução inicial. A primeira etapa consistiu na tradução direta, por meio de duas traduções do idioma de origem (inglês) para o idioma de destino (português brasileiro), por tradutores de perfis ou experiências distintas, permitindo comparar as traduções, identificar ambiguidades e detectar redações inadequadas, podendo ser discutidas e resolvidas entre os tradutores. Cada tradutor produziu um relatório escrito da tradução concluída, com justificativa de suas escolhas, além de comentários adicionais com frases incertas ou desafiadoras. **Tradutor 1:** Foi um especialista da área de medicina ciente dos conceitos que estão sendo examinados no questionário traduzido, visando um conceito mais clínico. **Tradutor 2:** Não tinha formação na área médica e não esteve ciente nem informado dos conceitos examinados no questionário traduzido. Sua tradução visou refletir a linguagem sem influência pelo objetivo acadêmico.

Etapla II: Síntese das traduções. Os dois tradutores e um observador reuniram-se para realizar uma síntese das traduções, obtendo-se uma tradução comum (T-12), realizando um relatório do que foi abordado no processo de síntese e os argumentos para a tradução final.

Etapla III: Retrotradução. Dois tradutores, totalmente cegos à versão original, trabalharam com a tradução T-12 do questionário, traduzindo o questionário novamente para o idioma original, a fim de validar a confiabilidade do sentido dos conteúdos traduzidos da versão original. Foram realizadas duas retrotraduções (RT1 e RT2) por duas pessoas que possuem o inglês como língua nativa e sem conhecimento do conteúdo ou formação médica.

Etapa IV: Revisão por comitê de especialistas. Um comitê composto por profissionais de saúde e os tradutores (tradutores e retrotradutores) envolvidos no processo até o momento, realizaram uma revisão de todas as etapas seguidas, documentos produzidos e justificativas de cada decisão, para chegar a um consenso sobre qualquer discrepância, a fim de desenvolver a versão pré-final. As decisões críticas foram documentadas, avaliando as quatro seguintes áreas: correspondência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Etapa V: Teste da versão pré-final. O pré-teste com a versão em português brasileiro do *Moral Distress from Professionalism Dilemmas* foi aplicado em internos do 5º e 6º ano, com disponibilização do questionário traduzido de forma on-line pelo formulário eletrônico Google Forms, após preenchimento do TCLE. Foram convidados a participar, de forma voluntária, os 200 internos regularmente no internato de Medicina do UNILUS. Cada estudante preencheu o instrumento de maneira individual e anônima, em único momento. As respostas foram graduadas de 1 a 4, sendo 1 - nunca ocorreu, 2 - ocorreu em poucas ocasiões, 3 - ocorreu em muitas ocasiões, 4 - sempre ocorre.

Etapa VI: Avaliação final dos documentos e relatórios do processo de adaptação. Foi feita uma revisão de todo o processo realizado pelos autores.

Análise estatística. A distribuição de frequências (número de casos e percentual relativo) foi utilizada para descrever as variáveis categóricas e as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (Variação e Desvio Padrão) para os dados numéricos. Para verificar as associações da soma dos escores do questionário *“Moral Distress from Professionalism Dilemmas”* entre os grupos de ano letivo de alunos do curso de Medicina (5º e 6º anos), o teste não paramétrico U de Mann-Whitney foi aplicado. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi adotado para verificar as associações entre as somas dos escores em relação ao grupamento ano letivo (5º e 6º ano) e gênero. O gráfico boxplot foi construído para representar as associações entre variáveis numéricas e variáveis categóricas. O nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes estatísticos. O programa estatístico para computadores Stata versão 19 foi utilizado para a realização de todas as análises estatísticas.⁷

Resultados

Durante o processo de tradução e adaptação cultural do questionário, algumas alterações pontuais foram realizadas com o intuito de garantir maior clareza e adequação ao contexto cultural e acadêmico brasileiro. A principal adaptação foi a substituição do termo *“resident”* por *“interno”* (itens S3 e S53), já que o público-alvo deste estudo é formado por estudantes de medicina no internato, e não por residentes médicos. Da mesma forma, *“medical residency”* foi traduzido como *“internato médico”* (S4), mantendo a coerência com o contexto em que a pesquisa foi aplicada. As expressões *“senior physicians”* foram adaptadas para *“supervisores”* (itens S11 e S20) ou *“médicos supervisores”* (S29), visando o ambiente de formação médica no Brasil. Outros ajustes foram feitos com o objetivo de melhorar a literatura e, por fim, facilitar a compreensão do leitor. Por exemplo, *“alcohol”* foi traduzido para *“bebidas alcoólicas”* (S6) e *“being caught”* foi adaptado para *“encontrar-se”* (S7). O termo *“nepotism”* foi substituído por *“favorecimento ao agendar ou fornecer serviços médicos para familiares e amigos”* (S44), buscando evitar possíveis ambiguidades na compreensão da sentença. Já a expressão *“red envelope”* foi adaptada para *“gratificações”* (S47), garantindo equivalência cultural brasileira. Por fim, o item S18 não consta no questionário do projeto, uma vez que aborda *“salário e benefícios”*, não se aplicando aos internos de medicina, público-alvo do projeto, que não recebem remuneração. Além disso, nas questões S23 e S48 foram realizados pequenos ajustes de redação para adequar o texto ao português, sem modificar o sentido original – Figura 1.

Figura 1 – Versão traduzida do “*Moral distress from professionalism dilemmas*” para o português brasileiro.

-
- S1. Humilhação verbal ou física direta ou indireta por parte dos pacientes.
 - S2. Pacientes gravando secretamente durante consultas, comunicações ou procedimentos.
 - S3. Pacientes se recusando a cooperar com o tratamento devido a questionamentos sobre as explicações do interno.
 - S4. Falta de oportunidades de prática no internato médico devido à desconfiança dos pacientes.
 - S5. Incapacidade de obter consentimento informado.
 - S6. Trabalhar sob a influência de bebidas alcoólicas.
 - S7. Encontrar-se em meio a conflitos entre diferentes departamentos no hospital.
 - S8. Falta de compaixão e compreensão pelos pacientes.
 - S9. Ser solicitado a continuar trabalhando mesmo após o término do turno programado.
 - S10. Más condutas acadêmicas.
 - S11. Críticas inadequadas, humilhações ou punições por parte de supervisores.
 - S12. Dificuldade em equilibrar as pressões da pesquisa científica, exames e trabalho clínico.
 - S13. Publicação de informações relacionadas à privacidade ou identificação de um paciente nas redes sociais.
 - S14. Ser solicitado a realizar de forma independente tarefas médicas além da sua capacidade.
 - S15. Dificuldade em cooperar com outros profissionais de saúde.
 - S16. Lidar com colegas ou superiores que ignoram as contribuições dos outros.
 - S17. Recusa em aceitar ajuda ou considerar a opinião de outros ao trabalhar em equipe.
 - S19. Uso de informações dos pacientes em ensaios clínicos ou pesquisas científicas sem consentimento informado.
 - S20. Ter tratamentos ou outras sugestões ignoradas por supervisores.
 - S21. Falha em aderir aos padrões de prática clínica.
 - S22. Ser obrigado a compilar dados de pesquisa ou escrever artigos para médicos seniores sem receber crédito.
 - S23. Falha em manter a compostura e tomar decisões sob pressão.
 - S24. Transferir responsabilidades e tarefas para outras pessoas.
 - S25. Trabalhar em estado de sério comprometimento físico ou psicológico.
 - S26. Fazer comentários desrespeitosos.
 - S27. Demonstrar compaixão, mas sentir-se impotente para ajudar os pacientes.
 - S28. Treinamento insuficiente para melhorar o conhecimento e as habilidades médicas.
 - S29. Tratamento preferencial por superiores ou médicos supervisores.
 - S30. Informar outras pessoas sobre a condição de um paciente sem o consentimento do mesmo.
 - S31. Pacientes insistindo em solicitar serviços ou prescrições médicas desnecessárias.
 - S32. Ter que tratar pacientes contra a vontade deles.
 - S33. Incapacidade de acompanhar os mais recentes padrões/diretrizes médicas.
 - S34. Gravar secretamente a consulta do paciente ou comunicações médicas.
 - S35. Pedido de ajuda recusado por colegas ou médicos.
 - S36. Tratamento excessivo por parte de médicos.
 - S37. Pacientes insistindo em obter informações de contato pessoal.
 - S38. Discutir assuntos pessoais de um paciente em locais públicos ou abertos.
 - S39. Consultas conjuntas multidisciplinares dificultando o consenso em decisões clínicas.
 - S40. Omitir a verdade dos pacientes a pedido da família.
 - S41. Falta de competência para certas habilidades clínicas.
 - S42. Acessar registros médicos de um paciente para fins não médicos.
 - S43. Alocação de recursos de saúde baseada em preconceito pessoal.
 - S44. Favorecimento ao agendar ou fornecer serviços médicos para familiares e amigos.
 - S45. Falta de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal devido à carga excessiva de trabalho.
 - S46. Auxiliar em procedimentos clínicos sem o consentimento informado do paciente.
 - S47. Aceitar gratificações, dinheiro ou presentes de pacientes.
 - S48. Dificuldade em lidar com os sentimentos ao ser solicitado a acompanhar a comunicação sobre o falecimento de um paciente para a sua família.
 - S49. Relacionamentos pessoais inadequados com médicos, pacientes ou enfermeiros.
 - S50. Relatar violações dos padrões de prática clínica.
 - S51. Família do paciente insistindo em tratamento intensivo para um paciente em cuidados paliativos.
 - S52. Pacientes oferecendo utilizar suas conexões pessoais ou status social para obter benefícios.
 - S53. Barreiras de comunicação e linguagem entre pacientes e internos.
 - S54. Troca de benefícios entre médicos e representantes médicos/farmacêuticos.
 - S55. Recusa do paciente em ser examinado devido à diferença de gênero.
 - S56. Falsificação de assinaturas ou solicitação para colegas assinarem em nome de alguém que chegou atrasado ou está ausente.
 - S57. Falta de etiqueta ou atenção à vestimenta e higiene pessoal.
 - S58. Recusar ou comprometer o tratamento de pacientes.
-

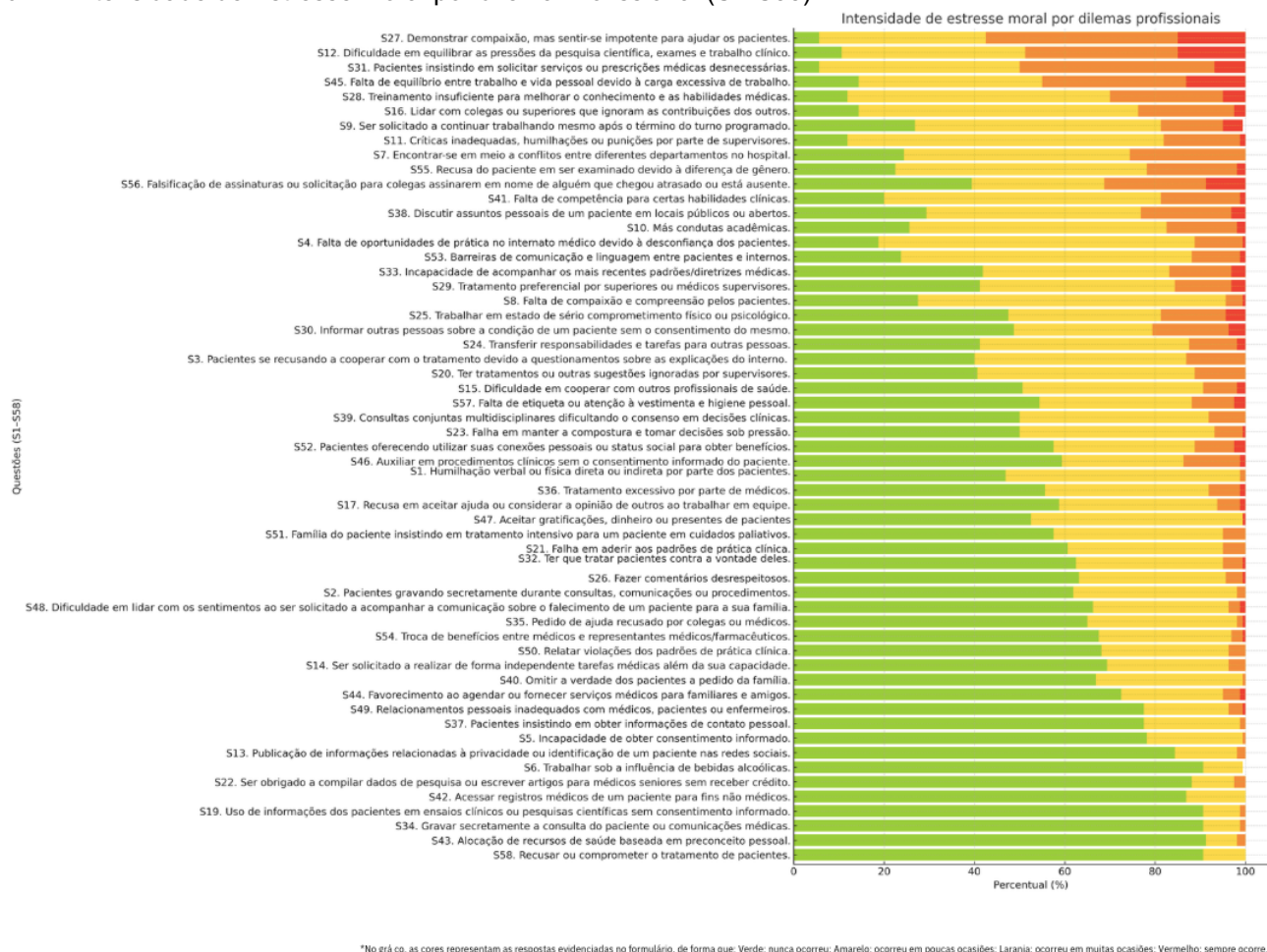
Dos 200 alunos convidados a participar da pesquisa, 160 responderam o questionário (80%). Desta amostra, de 0 a 57.5% mostraram expostos às situações apresentadas em muitas ocasiões ou sempre ocorrendo – Tabela 1 e Figura 2.

Tabela 1 – Exposição dos alunos às situações apresentadas em muitas ocasiões (resposta 3) e sempre (resposta 4).

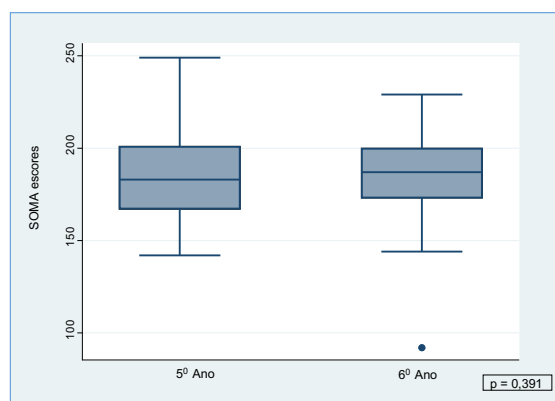
Questionário -	5º Ano		6º Ano	
	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)
S1. Humilhação verbal ou física direta ou indireta por parte dos pacientes.	0	0	2 (2,8)	0
S2. Pacientes gravando secretamente durante consultas, comunicações ou procedimentos.	1 (1,1)	0	2 (2,8)	0
S3. Pacientes se recusando cooperar com tratamento devido questionamentos sobre explicações do residente.	10 (11,2)	0	11 (15,5)	0
S4. Falta de oportunidades de prática na residência médica devido à desconfiança dos pacientes.	7 (7,8)	0	10 (14,1)	1 (1,4)
S5. Incapacidade de obter consentimento informado.	0	0	1 (1,4)	0
S6. Trabalhar sob a influência de bebidas alcoólicas.	0	0	0	0
S7. Encontrar-se em meio a conflitos entre diferentes departamentos no hospital.	21 (23,6)	0	20 (28,2)	0
S8. Falta de compaixão e compreensão pelos pacientes.	4 (4,5)	2	2 (2,8)	1 (1,4)
S9. Ser solicitado a continuar trabalhando mesmo após o término do turno programado.	19 (21,3)	4 (4,5)	4 (5,6)	3 (4,2)
S10. Más condutas acadêmicas.	11 (12,4)	1 (1,1)	14 (19,7)	2 (2,8)
S11. Críticas inadequadas, humilhações ou punições por parte de supervisores	19 (21,3)	2 (2,2)	8 (11,3)	0
S12. Dificuldade em equilibrar as pressões da pesquisa científica, exames e trabalho clínico.	31 (34,8)	15 (16,8)	23 (32,4)	9 (12,7)
S13. Publicação de informações relacionadas à privacidade ou identificação de um paciente nas redes sociais.	2 (2,2)	0	1 (1,4)	0
S14. Ser solicitado a realizar de forma independente tarefas médicas além da sua capacidade.	6 (6,7)	0	0	0
S15. Dificuldade em cooperar com outros profissionais de saúde	4 (4,5)	1 (1,1)	8 (11,3)	2 (2,8)
S16. Lidar com colegas ou superiores que ignoram as contribuições dos outros.	19 (21,3)	2 (2,2)	15 (21,1)	2 (2,8)
S17. Recusa em aceitar ajuda ou considerar a opinião de outros ao trabalhar em equipe.	1 (1,1)	2 (2,2)	7 (9,9)	0
S19. Uso de informações pacientes em ensaios clínicos, pesquisas científicas sem consentimento informado.	1 (1,1)	0	1 (1,4)	0
S20. Ter tratamentos ou outras sugestões ignoradas por médicos.	9 (10,1)	0	9 (12,7)	0
S21. Falha em aderir aos padrões de prática clínica	2 (2,2)	0	6 (8,4)	0
S22. Ser obrigado compilar dados de pesquisa ou escrever artigos para médicos seniores sem receber crédito.	0	0	4 (5,6)	0
S23. Falha em manter a compostura e tomar decisões sob pressão	7 (7,9)	1 (1,1)	3 (4,2)	0

Questionário -	5º Ano		6º Ano	
	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)
S24. Transferir responsabilidades e tarefas para outras pessoas.	11 (12,4)	2 (2,2)	6 (8,4)	1 (1,4)
S25. Trabalhar em estado de sério comprometimento físico ou psicológico.	15 (16,8)	6 (6,7)	8 (11,3)	1 (1,4)
S26. Fazer comentários desrespeitosos	3 (3,4)	0	3 (4,2)	1 (1,4)
S27. Demonstrar compaixão, mas sentir-se impotente para ajudar os pacientes.	32 (36,0)	18 (20,2)	36 (50,7)	6 (8,4)
S28. Treinamento insuficiente para melhorar o conhecimento e as habilidades médicas.	23 (25,8)	4 (4,5)	17 (23,9)	4 (5,6)
S29. Tratamento preferencial por superiores ou médicos seniores.	8 (9,0)	3 (3,4)	12 (16,9)	2 (2,8)
S30. Informar outras pessoas sobre a condição de um paciente sem o consentimento do mesmo.	15 (16,8)	2 (2,2)	12 (16,9)	4 (5,6)
S31. Pacientes insistindo em solicitar serviços ou prescrições médicas desnecessários.	42 (47,2)	6 (6,7)	27 (38,0)	5 (7,0)
S32. Ter que tratar pacientes contra a vontade deles.	1 (1,1)	1 (1,1)	6 (8,4)	0
S33. Incapacidade de acompanhar os mais recentes padrões/diretrizes médicas.	10 (11,2)	5 (5,6)	12 (16,9)	0
S34. Gravação secreta pelo paciente da consulta ou comunicação médica.	0	0	2 (2,8)	0
S35. Pedido de ajuda recusado por colegas ou médicos	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,4)	0
S36. Tratamento excessivo por parte de médicos.	6 (6,7)	1 (1,1)	5 (7,0)	1 (1,4)
S37. Pacientes insistindo em obter informações de contato pessoal.	1 (1,1)	0	1 (1,4)	0
S38. Discutir assuntos pessoais de um paciente em locais públicos ou abertos.	18 (20,2)	2 (2,2)	14 (19,7)	3 (4,2)
S39. Consultas conjuntas multidisciplinares dificultando o consenso em decisões clínicas.	10 (11,2)	0	3 (4,2)	0
S40. Omitir a verdade dos pacientes a pedido da família.	0	0	1 (1,4)	0
S41. Falta de competência para certas habilidades clínicas.	17 (19,1)	1 (1,1)	11 (15,5)	1 (1,4)
S42. Acessar registros médicos de um paciente para fins não médicos.	0	0	0	0
S43. Alocação de recursos de saúde baseada em preconceito pessoal.	1 (1,1)	0	2 (2,8)	0
S44. Favorecimento ao agendar ou fornecer serviços médicos para familiares e amigos.	2 (2,2)	0	4 (5,6)	2 (2,8)
S45. Falta de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal devido à carga excessiva de trabalho.	25 (28,1)	19 (21,3)	26 (36,6)	2 (2,8)

Questionário -	5º Ano		6º Ano	
	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)	Resposta 3 N (%)	Resposta 4 N (%)
S46. Auxiliar em procedimentos clínicos sem o consentimento informado do paciente.	8 (9,0)	0	12 (16,9)	2 (2,8)
S47. Aceitar gratificações, dinheiro ou presentes de pacientes.	0	1 (1,1)	0	0
S48. Sentimentos difíceis ao ser solicitado acompanhar a família de um paciente para informar sobre falecimento.	3 (3,4)	1 (1,1)	1 (1,4)	1 (1,4)
S49. Relacionamentos pessoais inadequados com médicos, pacientes ou enfermeiros	2 (2,2)	0	3 (4,2)	1 (1,4)
S50. Relatar violações dos padrões de prática clínica	2 (2,2)	0	4 (5,6)	0
S51. Família do paciente insistindo em tratamento integral para um paciente em cuidados paliativos.	5 (5,6)	0	3 (4,2)	0
S52. Pacientes oferecendo utilizar suas conexões pessoais ou status social para obter benefícios.	5 (5,6)	1 (1,1)	9 (12,7)	3 (4,2)
S53. Barreiras de comunicação e linguagem entre pacientes e residentes	13 (14,6)	1 (1,1)	4 (5,6)	1 (1,4)
S54. Troca de benefícios entre médicos e representantes médicos/farmacêuticos.	2 (2,2)	0	2 (2,8)	1 (1,4)
S55. Recusa do paciente em ser examinado devido à diferença de gênero.	17 (18,0)	1 (1,1)	16 (22,5)	2 (2,8)
S56. Falsificação de assinaturas ou solicitação para colegas assinarem em nome de alguém que chegou atrasado ou está ausente.	20 (22,5)	4 (4,5)	19 (22,5)	10 (14,1)
S57. Falta de etiqueta ou atenção à vestimenta e higiene pessoal.	7 (7,9)	2 (2,2)	8 (11,3)	2 (2,8)
S58. Recusar ou comprometer o tratamento de pacientes	0	0	0	0

Figura 2 – Intensidade de Estresse Moral por dilema Profissional (S1-S58).

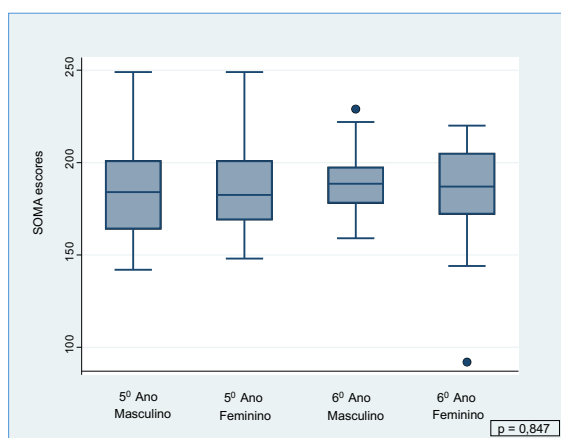
Ao compararem-se os resultados entre alunos do 5º e 6º anos e entre os gêneros masculino e feminino, não houve diferença significativa – Tabela 2 e Figura 3 (5º e 6º anos) e Tabela 3 e Figura 4.

Tabela 2 e Figura 3 – Soma total dos escores de acordo com grupo (5º e 6º ano).

Soma total dos escores de acordo com grupo (5º ano e 6º ano)

Soma / Medidas	Total	5º Ano Medidas	6º Ano Medidas	p-valor
N	160	89	71	0,391
Variação	92 – 249	142 – 249	92 – 229	
Mediana	186	183	187	
Média	185,8	185,3	186,5	
Desvio Padrão	22,2	22,1	22,4	

p-valor obtido pelo teste U de Mann-Whitney

Tabela 3 e Figura 4 – Soma total dos escores de acordo com grupo (5º e 6º ano) e gênero.

Soma total dos escores de acordo com grupo (5º ano e 6º ano) e gênero

Soma	5º Ano		6º Ano		p-valor
	Total	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Medidas	Medidas				
N	160	31	58	24	47
Varição	92 – 249	142 – 249	148 – 249	159 – 229	92 – 220
Mediana	186	184,0	182,5	188,5	187,0
Média	185,8	184,8	185,6	188,2	185,7
Desvio Padrão	22,2	23,3	21,7	18,3	24,4

p-valor obtido pelo teste de Kruskal-Wallis

Discussão

A análise do gráfico que sintetiza as respostas das 58 situações do *Moral Distress from Professionalism Dilemmas* revelou que o sofrimento moral está presente entre os internos de medicina, ainda que em diferentes intensidades. Observou-se uma predominância das categorias “estresse leve” com 38% e “estresse moderado” com 34%, enquanto “sem estresse” representou cerca de 18% das respostas e “estresse severo” aproximadamente 10%. Esse padrão indica que, embora as situações descritas nem sempre provoquem sofrimento intenso, há uma presença constante de desconforto moral no cotidiano dos estudantes.

O cuidado clínico envolve a interação de múltiplos agentes morais, incluindo pacientes, familiares e profissionais de saúde, cada um dos quais possui uma perspectiva sobre o que é bom e mau, certo e errado, desejável e indesejável, e exerce julgamentos sobre os graus e o peso relativo de cada um desses valores¹.

Os níveis de sofrimento moral dos profissionais de saúde geralmente aumentam até um ponto máximo durante uma crise e depois diminuem quando o incidente que a provocou é resolvido. No entanto, um “resíduo moral” contribui para um novo e mais alto nível basal de sofrimento, ao qual crises subsequentes se somam.⁸

O conceito de sofrimento moral é um tema de discussão relativamente recente, com pouco mais de 30 anos de existência. Quase todos os artigos desse período começam com a introdução do termo por Jameton (1984), que pretendia, de forma explícita, distinguir os diversos tipos de questões éticas encontradas em contextos de saúde. As situações nas quais um sujeito experimenta sofrimento moral são aquelas em que o profissional tem certeza aparente sobre quais princípios ou valores morais estão em jogo. Se não houvesse essa certeza, o problema seria de incerteza moral. Presumivelmente, então, o conhecimento dos princípios ou valores morais permite que o sujeito saiba qual é a ação correta a ser tomada, e tendo esse conhecimento aplicado, o sujeito perceba que está comprometido com um princípio mais do que com outros. No entanto, há uma diferença entre sofrimento moral e dilema moral. Um sujeito em sofrimento moral sabe qual é a ação correta e a situação é tal que apenas um princípio moral claro se aplica ao caso em questão. Se houvesse dois ou mais princípios, cada um sustentando ações diferentes, o problema seria um dilema moral.⁹

As situações que mais concentraram níveis elevados de estresse (moderado e severo) foram aquelas relacionadas a hierarquia médica, limitações éticas na prática clínica e conflitos de valores, como humilhações verbais, falta de autonomia nas decisões e pressão para seguir condutas discordantes dos próprios princípios. Esses achados são consistentes com os resultados de Song⁵, que também identificaram que os dilemas de hierarquia e de autoridade profissional estão entre os maiores geradores de sofrimento moral em estudantes de medicina.

Nenhum dos dilemas foi isento de impacto emocional, o que reforça a amplitude do fenômeno. Mesmo em situações aparentemente menos críticas, como dificuldades de comunicação ou falta de etiqueta profissional, houve registro de sofrimento leve, demonstrando que o ambiente do internato expõe o aluno a tensões éticas sutis, porém cumulativas.

A análise entre grupos não mostrou diferenças relevantes associadas a gênero e ano de internato, sugerindo que o sofrimento moral pode estar mais relacionado ao contexto institucional e às experiências compartilhadas do que às variáveis individuais. Foram observados resultados semelhantes entre residentes que, mesmo em diferentes estágios de formação, compartilham percepções parecidas sobre o que consideravam condutas profissionais ou antiéticas indicando como o ambiente hospitalar uniformiza as percepções individuais.⁴ Em contrapartida, outro estudo¹⁰ propôs que mulheres tendem a abordar questões morais a partir de uma ética do cuidado, enquanto homens se orientam mais por princípios de justiça, o que poderia, teoricamente, gerar diferenças de percepção do sofrimento moral. No entanto, pesquisa em Neurociência¹¹ mostrou que, embora existam variações nos circuitos neurais envolvidos na sensibilidade moral entre os gêneros, essas diferenças não necessariamente se traduzem em maior ou menor intensidade de sofrimento moral. Dessa forma, os resultados do presente estudo podem refletir uma aproximação no padrão da formação ética e emocional dos estudantes de medicina, favorecida por currículos mais integrativos e pela valorização crescente de competências socioemocionais de tal forma que reduzem as diferenças de gênero e grau acadêmico na vivência do sofrimento moral.

O sofrimento moral não é uma consequência inevitável da posição hierárquica dos estudantes de medicina. Os temas relacionados à relação médico-paciente e ao trabalho bem executado foram associados negativamente ao sofrimento moral. Questiona-se se esses fatores podem até servir como fatores protetores, à medida que os estudantes identificam modelos de comportamento que desejam se espelhar.²

Notavelmente, alguns temas potencialmente estressantes obtiveram respostas inesperadas e não se correlacionaram com o sofrimento moral. No item S13, observou-se que poucos alunos informaram publicar informações relacionadas à privacidade de pacientes nas redes sociais. Esse resultado foi surpreendente, uma vez que, diante da crescente expansão e popularização das mídias sociais, seria esperado que essa prática fosse mais recorrente. Tal achado pode indicar um maior nível de conscientização ética entre os estudantes ou, ainda, uma subnotificação motivada pelo receio de admitir comportamentos considerados inadequados no contexto profissional.

No item S20 do questionário, é abordada a percepção dos internos de terem suas sugestões ignoradas pelos supervisores. Esperava-se que esse aspecto fosse apontado como uma fonte significativa de sofrimento moral, considerando a estrutura hierárquica tradicional dos serviços de saúde e a posição de menor autonomia ocupada pelos estudantes de medicina. No entanto, os dados indicaram que a maioria dos participantes não se sentiu ignorada em suas sugestões, sugerindo um cenário de maior abertura e diálogo entre estudantes e supervisores. Esse resultado pode refletir uma mudança nas dinâmicas de ensino-aprendizagem, com supervisores mais receptivos à participação discente e à construção compartilhada do cuidado.

Além disso, no item S23 supunha-se que os estudantes apresentariam maior dificuldade em manter a compostura e tomar decisões médicas sob pressão, em razão da limitada experiência prática durante a formação acadêmica. No entanto, observou-se que a maioria dos participantes relatou sentir-se relativamente confiante ao lidar com situações que exigem decisões sob pressão. Esse achado pode indicar que os estudantes desenvolvem estratégias de enfrentamento e tomada de decisão ao longo do curso. Por outro lado, é possível que essa autopercepção de segurança não reflita, necessariamente, a prática clínica real, mas sim uma expectativa idealizada de competência profissional.

O estudo realizado apresenta algumas limitações. Os dados provenientes de uma única instituição podem não ser generalizáveis. Embora a participação tenha sido voluntária e anônima, os participantes podem ter nos dito o que acreditavam que queríamos ouvir e não suas perspectivas reais. O questionário selecionou apenas 57 itens para refletir situações contemporâneas e, portanto, perguntar aos respondentes sobre diferentes cenários poderia ter resultado em respostas bastante distintas. Uma limitação adicional diz respeito à ausência de correção estatística para os numerosos testes realizados em itens individuais do questionário. A análise teve um caráter bastante exploratório e foi conduzida com a consciência de que algumas associações que parecem significativas neste artigo podem ser enganosas. Por fim, as avaliações dos participantes sobre as situações e seus relatos quanto à observação ou participação prévia nos comportamentos listados podem não se correlacionar com suas futuras escolhas comportamentais.

Os resultados reforçam a necessidade de que as escolas médicas adotem estratégias de educação voltadas à reflexão ética, supervisão empática e apoio psicológico durante o internato. A incorporação

de espaços formais para discussão de dilemas e o estímulo à comunicação com preceptores podem contribuir para reduzir o sofrimento moral e fortalecer o desenvolvimento do profissionalismo médico.

Conclusões

As respostas do questionário indicaram que mais de 70% dos internos relataram algum nível de sofrimento moral, sendo que 44% mostraram estresse moderado ou severo diante de dilemas éticos e comportamentais. Essa prevalência confirma que o sofrimento moral é uma realidade presente na formação médica. A tradução e adaptação cultural do instrumento mostraram-se adequadas ao contexto brasileiro. O instrumento é uma ferramenta valiosa para evidenciar e compreender o impacto dos dilemas éticos na formação médica, oferecendo dados concretos para orientar ações pedagógicas voltadas à promoção do bem-estar emocional e do profissionalismo.

Agradecimentos

Agradecemos, primeiramente, às nossas famílias pelo constante apoio ao longo de toda a nossa trajetória acadêmica, pela compreensão nos momentos de ausência e pela confiança depositada em nós. Um agradecimento especial aos nossos pais, por todo esforço dedicado para que pudéssemos chegar até aqui. O amor, suporte e presença de vocês, foram essenciais para a concretização deste trabalho e para a conquista desta etapa tão significativa em nossas vidas.

Agradecemos, ainda, a todos os nossos colegas e participantes que contribuíram com este estudo, dedicando parte de seu tempo para responder à pesquisa. A colaboração e o comprometimento de cada um foram indispensáveis para a obtenção dos resultados e para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho.

Por fim, agradecemos ao nosso orientador, Prof. Dr. Rogério Aparecido Dedivitis, pela orientação criteriosa, pela disponibilidade e pela troca de conhecimento ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Sua experiência, comprometimento e atenção, foram peças fundamentais para a realização deste estudo e, principalmente, para o nosso aprimoramento acadêmico.

Financiamento

A participação na pesquisa não implicou em custos aos participantes. Caso houvesse alguma despesa decorrente da participação, a mesma seria ressarcida pela equipe de pesquisa mediante apresentação de comprovantes.

Conflitos de Interesse

Não há conflitos de interesse.

Contribuições Autorais

Giulia Francci: revisão bibliográfica; investigação (construção e convite para o Google Forms); metodologia (discussão durante as fases de validação do questionário); redação – rascunho original.

Laura Oliveira de Alcântara Ferraz: revisão bibliográfica; investigação (construção e convite para o Google Forms); metodologia (discussão durante as fases de validação do questionário); redação – rascunho original.

Marina da Rocha Brito: revisão bibliográfica; investigação (construção e convite para o Google Forms); metodologia (discussão durante as fases de validação do questionário); redação – rascunho original.

Ines Nobuko Nishimoto: metodologia (análise estatística).

Rogério Aparecido Dedivitis: administração do projeto; redação – revisão e edição.

Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação.

Referências

1. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med*. 2014 Feb;29(2):395-8. doi: 10.1007/s11606-013-2665-0.
2. Camp M, Sadler J. Moral distress in medical student reflective writing. *AJOB Empir Bioeth*. 2019 Jan-Mar;10(1):70-78. doi: 10.1080/23294515.2019.1570385.
3. Tigard DW. Rethinking moral distress: conceptual demands for a troubling phenomenon affecting health care professionals. *Med Health Care Philos*. 2018 Dec;21(4):479-488. doi: 10.1007/s11019-017-9819-5.
4. Nagler A, Andolsek K, Rudd M, Sloane R, Musick D, Basnight L. The professionalism disconnect: do entering residents identify yet participate in unprofessional behaviors? *BMC Med Educ*. 2014 Mar 27;14:60. doi: 10.1186/1472-6920-14-60.
5. Song X, Ding N, Jiang N, Zhang X, Li H, Wen D. Moral distress from professionalism dilemmas and its association with self-rated professionalism behaviors among Chinese residents. *Med Teach*. 2024 Sep;46(9):1210-1219. doi: 10.1080/0142159X.2024.2307486.
6. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.
7. StataCorp. 2025. Stata Statistical Software: Release 19. College Station, TX: StataCorp LLC.
8. Epstein EG, Hamric AB. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *The Journal of Clinical Ethics*. 2009 Dec 1;20(4):330–42.
9. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993;4(4):542-51.
10. Gilligan C. In a different voice: Women's conceptions of self and of morality. *Harvard Educ Rev*. 1977;47(4):481-517. doi.org/10.17763/haer.47.4.g6167429416hg5l0
11. Harenski CL, Antonenko O, Shane MS, Kiehl KA. Gender differences in neural mechanisms underlying moral sensitivity. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2008 Dec;3(4):313-21. doi: 10.1093/scan/nsn026.