



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Michel Maximiano Faraco

**Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais  
universitários federais**

Florianópolis  
2020

Michel Maximiano Faraco

**Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais  
universitários federais**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Francine Lima Gelbcke, Dra.  
Coorientadora: Profa. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dra.

Florianópolis  
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faraco, Michel Maximiano

Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem  
no contexto de hospitais universitários federais / Michel  
Maximiano Faraco ; orientadora, Francine Lima Gelbcke,  
coorientadora, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, 2020.  
232 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Distresse moral. 3. Resiliência  
moral. 4. Serviço hospitalar de enfermagem. 5. Hospitais  
universitários. I. Gelbcke, Francine Lima. II. Brehmer,  
Laura Cavalcanti de Farias. III. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV.  
Título.

Michel Maximiano Faraco

**Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais  
universitários federais**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Flavia Regina Souza Ramos, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Edison Luiz Devos Barlem, Dr.  
Universidade Federal do Rio Grande

Profª. Grazielle de Lima Dalmolin, Dra.  
Universidade Federal de Santa Maria

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

---

Profª. Jussara Gue Martini, Dra.  
Coordenadora do Programa

---

Profª. Francine Lima Gelbcke, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2020.

Este trabalho é dedicado aos gestores de enfermagem dos Hospitais Universitários Federais que lidam corajosamente com os desafios ético-morais emergentes das práticas de gestão, ensino e assistência, e ainda assim, inspiram pessoas rumo à qualidade e segurança no cuidado.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que me dá a oportunidade de “fazer gestão” em saúde e cuidar com os conhecimentos adquiridos.

À Professora Dra Maria Luiza Bazzo, pelos esclarecimentos éticos.

À Professora Dra Rosemeri Maurici da Silva, pelo auxílio junto às demais Gerências de Ensino e Pesquisa dos Hospitais Universitários Federais.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, especialmente ao Práxis pela acolhida e ensinamentos.

Aos enfermeiros gestores dos Hospitais Universitários Federais, pela participação e colaboração fundamentais neste trabalho.

Ao colegas e parceiros da Direção do Hospital Universitário da UFSC, especialmente as Divisões da Gerência de Atenção à Saúde e Setor/Unidades da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, pela parceria e apoio diário.

À banca examinadora, pela pronta disponibilidade, dedicação e contribuições.

À Professora Dra Francine Lima Gelbcke, um grande exemplo de enfermeira, orientadora e colega, sempre presente nos momentos decisivos.

À Professora Dra Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, pelas essenciais contribuições teóricas ao longo desta jornada.

À família de minha esposa (Marinaide, Eloir, Marília e Júlia), pelo incentivo e apoio incondicional.

Aos meus cunhados (Vinícius, Rodrigo e Rafael), pela parceria, e afilhados (Caio, Lorena e Benício), seres iluminados.

Ao meu pai, Ricardo Ávila Faraco (*in memoriam*), pelos direcionamentos na vida e sempre acreditar no melhor com os estudos.

À minha mãe Luzia e minha irmã Cindy, minhas eternas incentivadoras.

À Emília Baierle Faraco, minha companheira, e Pedro Baierle Faraco, meu filho amado, os verdadeiros sentidos da minha vida e que entenderam este laborioso momento de dedicação, sempre me motivaram e deram forças para seguir em frente.

## RESUMO

O distresse moral (DM) é um fenômeno que surge quando há entraves que impessam o indivíduo de agir conforme as suas convicções morais. Este processo pode mobilizar algumas estratégias de enfrentamento, passíveis de serem alcançadas através do cultivo da resiliência moral (RM). Nesta perspectiva, o presente estudo quanti-qualitativo teve como objetivo analisar o DM entre os gestores de enfermagem e as estratégias de RM na gestão de enfermagem de Hospitais Universitários Federais (HUF), sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os dados foram coletados entre setembro de 2019 e maio de 2020, via online, com os enfermeiros da Divisão de Enfermagem (DE), considerada o nível mais elevado da estrutura de governança da enfermagem, além dos demais Gestores de Enfermagem (GE), localizados no núcleo operacional. A etapa quantitativa, com delineamento transversal, foi realizada com 126 enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94), utilizando-se a Escala Brasileira de DM em Enfermeiros. A análise desses dados ocorreu por meio de estatística descritiva e inferencial, com o apoio do software SPSS, versão 25.0. A etapa qualitativa, exploratória e descritiva, foi desenvolvida por meio de entrevistas estruturadas com 44 enfermeiros (DE=19 e GE=25) selecionados de forma aleatória entre os participantes da primeira fase (quantitativa). Utilizou-se como referencial a Análise Textual Discursiva, com o apoio do software Nvivo, versão 11. Houve aprovação do comitê de ética e foi mantido anonimato dos participantes. Constatou-se um nível moderado de frequência (3,07, DP=1,21) e intensidade (3,55, DP=1,35) de DM entre os enfermeiros DE e GE, com maiores médias em relação aos fatores preditores “equipe de trabalho”, “cuidado seguro e qualificado” e “condições de trabalho”. O enfermeiro GE apresentou o maior escore de DM Geral (DMG), GE=735,00 e DE=512,16, com significância nos fatores “reconhecimento, poder e identidade profissional”, “defesa de valores e direitos” e “infrações éticas”. Os níveis mais elevados de DM foram vivenciados por enfermeiros localizados nos HUF de grande porte (DMG=1.117,88, DP=252,40), com significância estatística entre os estatutários, sem formação em gestão, com menor tempo de experiência profissional e com maior carga horária de trabalho semanal. Da análise qualitativa, surgiram as seguintes categorias e subcategorias: as estratégias adaptativas pessoais (intrapessoais e interpessoais) e estratégias colaborativas organizacionais (gestão intrínseca e transformacional). A “racionalidade” e a “rede de apoio” destacaram-se entre as estratégias pessoais no enfrentamento do processo de DM. Ainda, “estabelecer relações dialógicas” e “oferecer proteção psicológica” receberam maior ênfase entre as estratégias organizacionais. Confirmou-se a tese de que os enfermeiros gestores de HUF estão expostos a situações geradoras de DM, cuja intensidade e frequência variam de acordo com o nível hierárquico, levando-os a adotar estratégias adaptativas pessoais e a perceber a necessidade de estratégias colaborativas organizacionais para apoiar o cultivo da RM.

**Palavras-chaves:** Enfermagem. Distresse moral. Resiliência moral. Serviço hospitalar de enfermagem. Hospitais universitários. Administração hospitalar. Ética em enfermagem. Estresse psicológico. Esgotamento profissional. Resiliência psicológica.

## ABSTRACT

Moral distress (MD) is a phenomenon that arises when there are obstacles that prevent the subject from acting according to his moral convictions. This process can mobilize some coping strategies, which can be achieved through the cultivation of moral resilience (MR). In this perspective, this quanti-qualitative study aimed to analyze MD among nursing managers and MR strategies in nursing management at federal university hospitals (FUH), under the management of the Brazilian Hospital Services Company. Data were collected from September 2019 to May 2020, via online, with nurses from the Nursing Division (ND), considered the highest level of the nursing governance structure, and Nursing Managers (NM), located in the operational nucleus. The quantitative stage, with a cross-sectional design, was carried out with 126 nurse managers (ND = 32 and NM = 94), using the Brazilian Scale of MD in Nurses. The data analysis occurred through descriptive and inferential statistics using the SPSS software, version 25.0. The qualitative, exploratory and descriptive stage was developed through structured interviews with 44 nurses (ND = 19 and NM = 25) randomly selected among the participants of the first phase (quantitative). Discursive textual analysis was used as a reference using the Nvivo software, version 11. The ethics committee approved and the participants were kept anonymous. There was a moderate level of frequency (3.07, SD = 1.21) and intensity (3.55, SD = 1.35) of MD among nurses ND and NM, with higher averages in relation to the predictive factors "work team", "safe and qualified care" and "work conditions". The NM nurse presented the highest score of General MD (GMD), NM = 735.00 and ND = 512.16, with significance in the factors "recognition, power and professional identity", "defense of values and rights" and "ethical infractions". The highest levels of MD were experienced by nurses located in large FUH (GMD = 1,117.88, SD = 252.40), with statistical significance among the statutory, without management training, with less time of professional experience and with the highest weekly workload. The following categories and subcategories emerged from qualitative analysis: personal adaptive strategies (intrapersonal and interpersonal) and organizational collaborative strategies (intrinsic and transformational management). The "rationality" and the "support network" stood out among the personal strategies in coping with the DM process, whereas "establishing dialogical relationships" and "offering psychological protection" received greater emphasis among the organizational strategies. The thesis was confirmed that the nurse managers from FUH are exposed to situations that generate MD, whose intensity and frequency vary according to the hierarchical level, leading them to adopt personal adaptive strategies and to realize the need for collaborative organizational strategies for support the cultivation of MR.

**Keywords:** Nursing. Moral distress. Moral resilience. Hospital nursing service. University hospitals. Hospital administration. Nursing ethics. Psychological stress. Professional burnout. Psychological resilience.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Protocolo do estudo.....	63
Figura 2 – Unidades elementares de sentido e categorias da pesquisa, Florianópolis, 2020.....	69
Figura 3 – Representação esquemática das dimensões relacionais entre os elementos das estratégias pessoais e organizacionais, Florianópolis, 2020.....	181

### Manuscrito 1

Figura 1 – Ilustração das interações entre os grupos e variáveis significativas representando as médias dos fatores de distresse moral para intensidade.....	85
--	----

### Manuscrito 3

Figura 1 – Representação do volume de <i>themes nodes</i> da pesquisa, tipo Sunburst (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.....	161
Figura 2 – Representação do volume de <i>themes nodes</i> da pesquisa por participante, tipo hierárquico (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.....	162
Figura 3 – Representação da similaridade de trechos codificados por participante da pesquisa, correlação de Pearson, tipo Circular (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.....	163

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de Enfermagem nos HUF/Ebserh.....	60
Quadro 2 – Resumo da estratégia metodológica desta tese.....	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, segundo a região e porte hospitalar, 2020.....	56
Tabela 2 – Quantidade de trabalhadores dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, por vínculo empregatício e região, junho de 2020.....	57

### Manuscrito 1

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e laboral e comparação das proporções das variáveis entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	79
Tabela 2 – Frequência e intensidade de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	81
Tabela 3 – Escore de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	82
Tabela 4 – Principais situações desencadeadoras de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	84

### Manuscrito 2

Tabela 1 – Análise da frequência dos fatores de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	112
Tabela 2 – Análise da intensidade dos fatores de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	117
Tabela 3 – Análise do Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	122
Tabela 4 – Regressão linear multivariável entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a intensidade de Distresse Moral entre os enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.....	125

### **Manuscrito 3**

Tabela 1 – Frequência de manifestações dos elementos de Estratégias Intrapessoais, a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.....	147
Tabela 2 – Frequência de manifestações dos elementos de Estratégias Interpessoais, a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.....	151
Tabela 3 – Frequência de manifestações dos elementos da Gestão Intrínseca, a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.....	155
Tabela 4 – Frequência de manifestações dos elementos da Gestão Transformacional, a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.....	158

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>26</b>
3.1 GESTÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	26
3.2 DISTRESSE MORAL E A ENFERMAGEM .....	32
3.3 RESILIÊNCIA MORAL E A ENFERMAGEM.....	43
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>54</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	54
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	55
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	57
4.4 VARIÁVEIS.....	59
4.5 COLETA DE DADOS .....	63
<b>4.5.1 Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>64</b>
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS .....	65
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	67
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	70
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>72</b>
5.1 MANUSCRITO 1: DISTRESSE MORAL VIVENCIADO POR GESTORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS .....	73
5.2 MANUSCRITO 2: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS ASSOCIADOS AO DISTRESSE MORAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS .....	105
5.3 MANUSCRITO 3: RESILIÊNCIA MORAL NA GESTÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.....	140
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>178</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE A</b> – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, segundo a região, UF, Cidade, IFES, Número de Leitos e Porte Hospitalar, 2020.....	196
<b>APÊNDICE B</b> – Quantitativo de empregados/servidores da Rede Ebsers, junho de 2020.....	199

<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	202
<b>APÊNDICE D</b> – Resiliência Moral: instrumento de coleta de dados qualitativos.....	205
<b>APÊNDICE E</b> – Solicitação de autorização da instituição .....	206
<b>APÊNDICE F</b> – Dados do parecer consubstanciado de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das instituições coparticipantes .....	209
<b>APÊNDICE G</b> – Análise descritiva dos itens da MDSN-Br e seus fatores entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set-mai, 2020.....	210
<b>APÊNDICE H</b> – Tabelas de interações entre grupo e variáveis sociodemográficas e laborais representando as médias dos fatores de distresse moral para intensidade, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.....	213
<b>APÊNDICE I</b> – Características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros gestores (etapa qualitativa), n=44, HUF/Ebserh, dez/2019-mar/2020 .....	225
<b>ANEXO A</b> – Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros.....	227
<b>ANEXO B</b> – Parecer consubstanciado do CEP/UFSC .....	230

## 1 INTRODUÇÃO

Os hospitais podem ser considerados como uma das organizações sociais mais complexas e com múltiplas atribuições. No sistema de saúde público brasileiro, os hospitais são considerados instituições com alta densidade tecnológica, responsáveis pelo atendimento aos usuários em condições agudas ou crônicas, exigindo assistência contínua em regime de internação (BRASIL, 2013a). Aos hospitais de ensino, somam-se as responsabilidades com o desenvolvimento do conhecimento e de tecnologias, como campo de pesquisa e inovação e de formação de profissionais nas mais diversas áreas (BRASIL, 2015a).

Entre aqueles hospitais de ensino, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), encontram-se os Hospitais Universitários Federais (HUF), importantes pontos de atenção no Sistema Nacional de Saúde, mas com algumas heterogeneidades nos perfis assistenciais, níveis de complexidade e portes, porém com a comum missão de articular a assistência, ensino e pesquisa, numa abordagem biológica e social da saúde, na perspectiva da humanização, da interdisciplinaridade e da melhoria do sistema de saúde (ARAÚJO; LETA, 2014).

Em seu surgimento e desenvolvimento, os hospitais universitários (HU) estavam desarticulados da organização sanitária brasileira. Com o passar do tempo, entretanto, houveram iniciativas voltadas a aproximar os HU do sistema público de saúde, tais como: convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974; Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) entre meados da década de 1970 até 1990; acréscimo ao repasse financeiro à receita do faturamento das internações, em 1991, por meio do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); criação, em 2004, do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS; implantação do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) em 2010; e, surgimento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em 2011, com a adesão gradativa dos HUF a partir de 2013 (MENICUCCI, 2014; PEREIRA JÚNIOR, 2018).

A Ebserh foi criada por meio da Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública vinculada ao MEC, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino (ou instituições congêneres) serviços de apoio ao

ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

Os motivos iniciais para a criação da Ebserh estavam pautados na necessidade de melhoria substancial dos padrões de gestão dos HUF, inclusive pela adoção de instrumentos avançados de controle de resultados e transparência perante a sociedade, bem como na essencialidade de superação de distorções e vulnerabilidades jurídicas com a substituição das Fundações de Apoio<sup>1</sup> das universidades na contratação de serviços e na substituição dos vínculos trabalhistas precários (irregulares). O formato da empresa possibilitaria uma desejável autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras, contratações de serviços, contratação de pessoal e regime de remuneração alinhados com a realidade do setor. Operando com vários hospitais, a Ebserh teria oportunidade de obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, gestão de processos e de pessoas (BRASIL, 2010).

Essa proposta se inspirou em experiências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, (empresa pública federal vinculada ao MEC) e do Grupo Hospitalar Conceição (sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde). Ambas são instituições dotadas de autonomia administrativa e orçamentária, gestão profissionalizada e mecanismos de governança colegiada (BRASIL, 2010).

Nos primeiros anos de sua implementação, a Ebserh tornou-se o centro de um acirrado debate político na comunidade universitária e nas instâncias de controle social do SUS. Os pontos principais de críticas embasavam-se na possibilidade de privatização dos HUF, na perda da autonomia universitária e na precarização do trabalho. Os defensores da proposta alegavam que a empresa, ainda vinculada ao poder público, transformaria a lógica de governança das instituições hospitalares, trazendo um caráter mais autônomo, colocando o Estado como um controlador e não mais como um executor direto, mantendo a prestação de serviços exclusivamente ao SUS (BARROS, 2013; PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Neste caso, diante de processos e estruturas multiprofissionais dinâmicas, a Ebserh e os HUF são desafiados a estabelecer um modelo de governança sustentável e de práticas efetivas

---

<sup>1</sup> As Fundações de Apoio são instituições de direito privado, sem fins lucrativos, regidas pela Lei 8.958 de 20 de dezembro de 1994, com a finalidade de apoiar projetos de ensino, pesquisa, extensão e desenvolvimento institucional, científico e tecnológico. Ainda, estimular a inovação, inclusive na gestão administrativa e financeira estritamente necessária à execução desses projetos nas Instituições Federais de Ensino Superior e demais Instituições Científicas e Tecnológicas, visando ampliar a interação dos docentes, pesquisadores e alunos das universidades com o setor produtivo e a sociedade em geral (CONFIES, 2015).

de gestão para atender as exigências sociais e assim assegurar um contexto de ensino, pesquisa e extensão integrado a uma atenção à saúde segura, viável e resolutive.

A gestão aqui é compreendida como a arte de fazer acontecer para a obtenção do melhor resultado possível, com o mínimo de recursos (fazer as coisas bem), levando a organização a atingir os seus objetivos (fazer as coisas certas). Desta forma, a gestão pode ser entendida como o ato de pensar, decidir, agir e avaliar, tratada como algo científico, porém passível de imprevisibilidades e de interações humanas, o que lhe confere uma dimensão racional e, ao mesmo tempo, intuitiva (MOTTA, 2007; COSTA, 2018).

Na estrutura básica de estabelecimentos de saúde, as atividades de gestão são práticas inerentes do exercício profissional do enfermeiro, cabendo-lhe privativamente a organização e direção dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1986). Esta dimensão do processo de trabalho, articulada com as arenas do cuidado, educação e pesquisa, influencia diretamente na organização estrutural e funcional das instituições e na qualidade da assistência (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Na práxis do enfermeiro em contexto hospitalar, a gestão do cuidado, em sua concepção teórica, envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, que resulta em um processo dinâmico, situacional e sistêmico, caracterizando-se por ações instrumentais de cuidado direto (assistência) e indireto (administrar), de articulação e interface dos aspectos técnicos, políticos e sociais, para o desenvolvimento da cidadania e da organização (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A gestão do cuidado em enfermagem, como uma atividade privativa do enfermeiro, é sustentada em sua disciplina, a ciência do cuidar, mediante ações de planejamento, organização e controle da prestação de cuidados, assegurando uma atenção à saúde assertiva e ininterrupta, e oferecendo sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição (MORORÓ *et al.*, 2017).

No cotidiano de trabalho, no âmbito dos profissionais de saúde, percebe-se que o enfermeiro vem assumindo um protagonismo na gestão de serviços de saúde, orquestrando recursos, competências e interesses diversos, circunstância que pode estar aliada à característica de seu processo de formação, com determinada ênfase na gestão do cuidado, bem como à prática profissional, com articulação sistêmica entre a assistência direta e indireta, ou mesmo pela necessária liderança que emerge nas relações de trabalho com a própria equipe de enfermagem.

Este fato exige do profissional enfermeiro um maior investimento em seu processo de formação, com o aperfeiçoamento das suas competências técnicas e políticas, das suas habilidades em liderança de equipes, comunicação, relações interpessoais e tomada de decisões, com exercício ético da autonomia e cooperação (MORORÓ *et al.*, 2017). Requer, ainda, o aprimoramento das percepções (intra)empreendedoras, na adoção de habilidades administrativas e na mobilização de recursos para atingir os objetivos, a partir de inovações e transformações criativas da práxis com responsabilidade e responsabilização.

Na prática, observa-se que a gestão em enfermagem hospitalar possui diferentes necessidades e níveis de complexidade, ainda que o objeto de trabalho possa ser o mesmo: a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem (KURCGANT, 2016).

Em estruturas organizacionais que proporcionem um alinhamento entre a estratégia e seus elementos essenciais (estrutura, processos, pessoas [incluindo as suas competências e inter-relações], recursos informacionais, suporte administrativo e técnico) (MARTINS; MARINI, 2010), um desenho estrutural é basicamente formado pelos seguintes níveis de gestão, com diferentes desafios adaptativos, responsabilidades e autoridades: a cúpula ou topo, com domínio estratégico, em que se inclui as instâncias máximas deliberativas; o núcleo operacional, espaço em que os processos de trabalho finalísticos operam para produzir os resultados definidos pela estratégia; e, a linha intermediária, a estrutura de coordenação que deve proporcionar integração horizontal (entre os processos finalísticos e entre esses e os de suporte) e vertical (entre o nível operacional, finalístico e de suporte e a cúpula) (MINTZBERG, 1979; KAISER *et al.*, 2011). Na enfermagem, pode-se observar estes diferentes níveis de gestão, da Direção de Enfermagem (alta gestão), a supervisão dos Serviços de Enfermagem (liderança intermediária) ou de Unidades Assistenciais (liderança operacional).

Nos HUF sob a gestão da Ebserh (HUF/Ebserh), segundo o tipo e o porte hospitalar<sup>2</sup>, a estrutura de gestão dos serviços de enfermagem possui algumas similaridades, dentre elas a configuração de uma Divisão de Enfermagem (DE), subordinada à Gerência de Atenção à Saúde, liderada por um Enfermeiro e com as responsabilidades éticas, técnicas, científicas e de gestão direta da equipe de enfermagem do hospital (BRASIL, 2013b).

---

<sup>2</sup> A estrutura de governança dos HUF/Ebserh se desdobra em três modelos distintos, segundo o porte do hospital: pequeno (menor que 199 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); e grande (igual ou maior que 400 leitos), incluindo os hospitais especializados ou maternidades (BRASIL, 2013b, p. 19).

A DE pode ser considerada como o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem no HUF/Ebserh. Nesta posição, a DE lidera diferentes modelos funcionais. Estas linhas de subordinação sob comando da DE estão organizadas de acordo com a realidade e motivação particular de cada HUF/Ebserh, podendo apresentar-se na forma de gestão direta de Unidade(s); na gestão compartilhada de serviços com outras Divisões (Médica e Gestão do Cuidado, por exemplo); ou mesmo nenhuma estrutura formal hierarquicamente subordinada, realizando a gestão de enfermagem em todas as áreas do hospital, mesmo estando estes profissionais localizados em outras Divisões.

Deste modo, no núcleo operacional estão situados os Serviços de Enfermagem em áreas que facilitam a coordenação das atividades finalísticas e que permitem a prestação de serviços assistenciais no HUF/Ebserh. E na linha intermediária, encontram-se as Unidades de Enfermagem, órgãos com o papel de integração e articulação dentro da estrutura de governança de enfermagem.

De acordo com o legado de Katz (1974), poder-se-ia entender que a gestão do cuidado em enfermagem geralmente está relacionada às questões mais operacionais, técnicas e relacionais (humanas). Nesta dimensão da gestão do cuidado, há uma discussão teórica mais evidente que explora uma percepção dicotômica entre os processos de trabalho do cuidar e o administrar, provavelmente relacionadas à divisão técnica e histórica do trabalho na enfermagem, que separou o trabalho intelectual do trabalho manual e se mantém até os dias atuais (SANTOS *et al.*, 2013). Por outro lado, a gestão dos Serviços de Enfermagem parece estar voltada às dimensões estratégicas, também relacionais, porém mais conceituais, com capacidades para pensar e contextualizar situações dinâmicas e complexas e que permitem visualizar a organização como um todo, coordenar e integrar os interesses e atividades da organização.

Sabe-se que os enfermeiros gestores que atuam na área hospitalar desenvolvem múltiplas tarefas com alto grau de exigência e tais ações podem interferir na qualidade do cuidado, a depender da forma como está organizado o seu trabalho e dos conhecimentos e práticas de liderança adotados (SILVA *et al.*, 2017). Os enfermeiros centram esforços em contornar as dificuldades em relação à gestão de pessoas, entraves organizacionais, falta de suporte dos níveis hierárquicos superiores, morosidade dos serviços de apoio, bem como aos mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder, além da divisão técnica e social do trabalho, que resultam, por sua vez, na fragmentação das práticas

(CECÍLIO; MERHY, 2003; CECÍLIO, 2009; SANTOS; ERDMANN, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Além disso, observa-se no dia a dia que as políticas públicas, as exigências sanitárias, as diretrizes estratégicas e de governança, os interesses individuais e coletivos, as tensões trabalhistas e as influências corporativistas, as questões estruturais e de processos, as interdependências setoriais, as relações cooperativas e interpessoais, são perspectivas conflitantes que se manifestam de formas distintas entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem. Para Santos e colaboradores (2017), estas adversidades podem tornar o cotidiano do enfermeiro gestor desafiador e estressante, o que desencoraja muitos profissionais a assumir estas posições.

Diante deste cenário, as situações citadas podem ser denominadas de situações geradoras, potenciais desencadeadoras do processo de desenvolvimento do Distresse Moral (DM), entre outros processos de adoecimento físico e emocional do trabalhador. No entanto, o conceito de DM, apesar de não ser recente na literatura científica, ainda é pouco discutido.

De acordo com Jameton (1984), o DM ou sofrimento moral pode ser representado pelo surgimento de manifestações dolorosas, físicas e emocionais, em profissionais que se sentem impedidos de agir diante de situações onde há o reconhecimento de problemas morais. O enfermeiro tem consciência da ação moralmente correta, mas devido a obstáculos ou a conflitos (incluindo jogos de poder) nos micro espaços de ação, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais, gerando uma sensação de impotência, baixa resistência e redução de interesse, o que resulta em inexpressividade ética, política e defensiva (advocacia), com manifestações físicas, psíquicas e comportamentais (BARLEM; RAMOS, 2015).

Apesar do termo moral ser empregado e entendido de diferentes formas, dependendo do contexto, neste estudo, moral se refere a um conjunto de princípios, convicções, comandos, proibições, permissões, normas e valores, que em seu conjunto constituem um modelo ideal de boa conduta socialmente estabelecido (sistema de conteúdos sobre comportamentos), que reflete determinada forma de vida numa época específica. A ética, como reflexão sobre as questões morais, pretende desdobrar conceitos e argumentos da dimensão moral humana (explicar o fenômeno moral), de modo que teremos aumentado o nosso conhecimento sobre nós mesmos (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005).

Na perspectiva processual, o DM é uma experiência ético-moral e considera o problema moral como o ponto de partida, que mobiliza a reflexão, faz o sujeito questionar a situação e a

si mesmo e lhe exige posicionamento. Porém, para que um problema moral seja visível, é necessário o desenvolvimento e refinamento de um certo nível de percepção e sensibilidade (moral), alimentada por algum grau de desconforto (inquietação) e incerteza moral (avessa a convicções). Então, diante do problema moral, o sujeito poderá se manter na incerteza, sem um posicionamento ético-moral claro; ou deliberar (decidir) de acordo com a sua posição e julgamento; ou, por algum obstáculo ou entrave, o profissional é impedido de agir conforme seu juízo moral (RAMOS *et al.*, 2016a).

O DM surgiu inicialmente na prática clínica, sendo estudado em vários âmbitos na enfermagem em contextos gerais e específicos, tais como cuidados em final de vida (ALLEN *et al.*, 2013; BROWNING, 2013; CAVINDER, 2014), cuidados intensivos (CHOE; KANG; PARK, 2015), cuidados neonatais ou pediátricos (CAVINDER, 2014; TROTOCHAUD *et al.*, 2015), oncologia (PAVLISH *et al.*, 2014), cuidados de emergências (ROBINSON; STINSON, 2016; TROMBETTA, 2016) e Atenção Primária à Saúde (BARTH *et al.*, 2019).

Segundo Ramos e colegas (2016a), existem algumas referências de sofrimento moral relacionadas ao papel do enfermeiro na gestão do cuidado, com algumas similares às de enfermeiros assistenciais, entretanto, divergentes em virtude das atribuições e responsabilidades específicas das funções administrativas.

Na gestão em saúde, destaca-se um estudo qualitativo que, por meio de entrevistas e grupos focais, constatou que os gestores experimentaram o processo de DM representado pela obrigação de comunicar ou defender decisões ou políticas organizacionais com as quais pessoalmente discordavam, além de situações em que recursos escassos os obrigavam a colocar os funcionários em situações de riscos previsíveis e potencialmente evitáveis (MITTON *et al.*, 2011).

Na gestão em enfermagem hospitalar, pode-se enfatizar um estudo transversal realizado em quatro hospitais de Israel, no qual se detectou que escores de maior intensidade e frequência de DM eram relacionados a dilemas administrativos, tais como: diretrizes administrativas inapropriadas para a área clínica, pressão em admitir mais pacientes do que a capacidade de leitos, falta de pessoal, falta de equipamentos, entre outros (GANZ; WAGNER; TOREN, 2015).

Neste momento, como enfermeiro gestor em um HUF, com experiência prévia em outras instituições de saúde, vivenciando diretamente esse (novo) modelo de gestão dos HUF/Ebserh, e indiretamente algumas situações de conflitos éticos nas relações com os gestores

e profissionais de enfermagem, percebe-se que algumas inquietações alimentadas ao longo dos anos de profissão, na assistência ou na gestão, afloraram e adquiriram relevo na condição individual e reflexiva. Por que muitos usuários não se beneficiam depois que passam pelo sistema de saúde, inclusive nos hospitais? Será que o papel como gestores e profissionais de saúde está sendo cumprido? O que impede (ainda) que estes profissionais ofertem uma atenção hospitalar qualificada e centrada no usuário? O cenário posto está suficientemente articulado (ou concorre) para favorecer a gestão e a prestação de um cuidado integral e resolutivo?

Na gestão, frequentemente, confronta-se com inúmeros desafios, geralmente associados às relações, aos recursos ou as intenções por resultados controversos. Os recursos disponíveis para gerir e atender as diferentes necessidades são limitados ou mesmo escassos. Neste caso, convive-se com o complexo processo de tomada de decisão e a dinâmica tarefa da definição de prioridades, o que ainda assim não significa cumprir com êxito o atendimento aos requerimentos heterogêneos diários, singulares ou institucionais. E mais, para implementar as ações e melhorias necessárias, o gestor precisa da participação e envolvimento das pessoas, muitas vezes sob força de relações de trabalho imersas em desejos e motivações divergentes. Isso concorre, também, com as decisões emanadas pelos níveis hierárquicos superiores, que nem sempre estão alinhadas com as necessidades reais dos envolvidos, da instituição, ou até mesmo dos próprios usuários.

Ainda, transitando (direta ou indiretamente) por diferentes níveis de gestão em saúde, em distintos graus de autonomia e responsabilidades, observa-se que a experiência do DM pode se manifestar de muitas maneiras, decorrentes também dos desafios e da realidade característicos da situação hierárquica.

Entende-se que os gestores de enfermagem dos HUF têm importantes responsabilidades com a equipe de enfermagem e um compromisso direto com a qualidade e segurança do cuidado, bem como exerce um papel fundamental nas atividades de ensino e pesquisa da organização. Diante de uma nova concepção política sob gestão da Ebserh e reestruturação da governança, estes enfermeiros gerenciam o maior quantitativo de profissionais da saúde, assegurando a manutenção contínua de padrões éticos e mediando os conflitos de interesses e valores institucionais (produtividade e eficácia) e profissionais (acadêmicos e clínicos).

Diante da carência de observações empíricas e reflexões teóricas, somado ao entendimento de que os desafios éticos e o DM se tornaram parte do ambiente hospitalar, suscita-se ser essencial debater o assunto e torná-lo sensível, aprimorando o aspecto perceptível;

(re)conhecer o impacto do DM entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF/Ebserh, dado as suas particularidades estruturais e relacionais; bem como explorar as estratégias de superação e enfrentamentos, no intuito de instrumentalizá-los e auxiliá-los no desenvolvimento de boas práticas de gestão em enfermagem, na promoção de uma consciência moral resiliente, na construção e preservação de um clima ético e de relações humanas e de trabalho mais saudáveis.

Além disso, poucos estudos se concentraram em abordagens destinadas a diminuir os efeitos negativos do DM. Essa mudança de discurso da “angústia e esgotamento” para “soluções e possibilidades”, pode ser alcançada através do cultivo da resiliência moral (RM), definida como a capacidade de uma pessoa sustentar, restaurar ou potencializar sua integridade em resposta à uma complexidade moral, aos problemas, aflições ou adversidades (LACHMAN, 2016; RUSHTON, 2016).

Muitas das estratégias de resiliência apontadas para os gestores de enfermagem frente ao DM dizem respeito às práticas de fomento e de apoio a RM dos liderados, sem abordar formas de enfrentamentos de seu processo em si. Ressalta-se a escassez de conhecimento sobre RM e, adicionalmente, atualmente não há uma definição unificadora. A RM pode ser um conceito que pode ajudar a clarificar o potencial para resultados positivos de situações moralmente angustiantes (RUSHTON, 2016; YOUNG; RUSHTON, 2017).

Nesse sentido, este trabalho pautou-se em duas questões centrais:

- a) Qual o nível de DM entre os gestores em enfermagem nos HUF/Ebserh? O DM ocorre de formas distintas entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF/Ebserh?
- b) Como estes gestores lidam com o processo de DM na busca de estratégias de RM? E quais as suas percepções em relação ao papel da organização no cultivo da RM?

Para responder a estas perguntas, o presente estudo propõe analisar o distresse moral em diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF/Ebserh e as estratégias de enfrentamentos, na perspectiva da resiliência moral, identificadas pelos gestores de enfermagem como forma de preservar a sua integridade e de cultivar um ambiente de prática ética.

Sendo assim, defende-se a seguinte tese:

Os enfermeiros gestores de HUF estão expostos a situações geradoras de DM, cuja intensidade e frequência variam de acordo com o nível hierárquico, levando-os a adotar

estratégias adaptativas pessoais e a perceber a necessidade de estratégias colaborativas organizacionais para apoiar o cultivo da RM.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o distresse moral entre os gestores de enfermagem e as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em hospitais universitários federais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem em hospitais universitários federais.
- b) Analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de distresse moral em gestores de enfermagem de hospitais universitários federais.
- c) Identificar as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em hospitais universitários federais.

### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para sustentar teoricamente esta tese, foram elencadas três estruturas temáticas intimamente relacionadas aos fenômenos estudados: gestão de enfermagem no contexto hospitalar; distresse moral e a enfermagem; e, resiliência moral e a enfermagem.

#### 3.1 GESTÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

O trabalho é a práxis fundante do ser social e histórico. Reflete algo produtivo que o ser humano faz por meio de ato intencional e consciente, com o objetivo de criar um produto com um fim determinado (perspectiva teleológica), um produto com valor de uso, onde as matérias são apropriadas de forma útil para satisfazer as necessidades humanas essenciais. Assim, pode-se definir o processo de trabalho como a atuação e transformação de um objeto determinado em um produto necessário, por meio de forças humanas produtivas que, para fazê-lo, emprega instrumentos ou meios de trabalho, a maior representação histórica e evolutiva do ser humano, resultantes de processos de trabalho precedentes (MARX, 1994).

De forma geral, entende-se que o processo de trabalho em saúde é executado por agentes específicos ou especializados (força de trabalho), que prestam serviços de saúde (produto imaterial indissociável do processo que o produz, sendo consumido no mesmo momento em que é produzido), utilizando-se de meios cada vez mais evoluídos, tangíveis (materiais e equipamentos) e intangíveis (conhecimento técnico, o saber de saúde), com a finalidade, ampla e organizada, de promover a saúde e prevenir a doença de indivíduos e coletividades (objetos de trabalho) (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2008).

Assim, o objeto sobre o qual os profissionais de enfermagem se debruçam para executar seu trabalho, e de algum modo imprimir alguma transformação, passa de alguém com corpo, mente, espírito, sofrido e doente, a alguém com um corpo, mente e espírito menos sofrido. Então, é esta pessoa o “objeto” transformado, e é pelo ato do cuidado que isto ocorre, no caso do trabalho da enfermagem (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

Na perspectiva de organização do processo de trabalho, o serviço de enfermagem hospitalar tem se organizado de forma a proporcionar um melhor atendimento de saúde, dividindo-se em três direções: o cuidado dos enfermos, que ocorre com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); a organização do ambiente terapêutico; e, a organização

dos trabalhadores de enfermagem por meio da capacitação, utilizando as técnicas e mecanismos disciplinares (KURCGANT, 2016).

Na enfermagem, é reconhecido que haja mais de um processo de trabalho, que pode ou não ser executado concomitantemente, tais como:

- a) Cuidar de indivíduos e grupos, da concepção à morte: tem como finalidade atender às necessidades relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e requerem provisões de conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio e compreensão) e não apenas material, ainda que o cuidado realizado tenha como objeto o corpo da pessoa, concreta manifestação de sua sociabilidade e natureza;
- b) Educar e pesquisar: é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. Envolve o educar intrínseco ao processo de cuidar, a educação continuada e permanente no trabalho, a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que subsidiem o processo de cuidar;
- c) Gerenciar: trata-se da dimensão administrativo-gerencial de coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional. A finalidade deste trabalho é a organização do processo de cuidar, em nível individual e coletivo e, para tanto, o enfermeiro realiza o gerenciamento do espaço, dos tempos e das pessoas (força de trabalho ou equipe de enfermagem e de saúde), cumprindo, assim, uma dupla determinação, ao organizar o trabalho próprio da enfermagem (cuidar), bem como quando atua como suporte para o trabalho de outros profissionais da saúde (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2009).

Os objetos de trabalho gerencial do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para executar esse processo, utiliza-se um conjunto de saberes gerenciais, dentre eles: planejamento, dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal de enfermagem, educação continuada e permanente, supervisão e avaliação de desempenho. Também, se utilizam meios e instrumentos como materiais, equipamentos e instalações (KURCGANT, 2016). Soares *et al* (2016) destacam que os enfermeiros têm se apropriado de seus saberes gerenciais ao projetarem e organizarem seu processo de trabalho em práticas de supervisão, liderança, tomada de decisão, planejamento e organização.

Para o exercício da gerência do cuidado, o enfermeiro utiliza os conhecimentos de gestão como ferramentas essenciais, capacita-se teoricamente e aprimora, com base em sua vivência/experiência, as suas habilidades profissionais e características pessoais. A mobilização de competências para além do âmbito clínico possibilita a utilização dos instrumentos de gestão para viabilizar o cuidado e potencializar os processos relacionais e interativos (LANZONI, 2015).

A gestão do cuidado de enfermagem em sua concepção teórica envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, em um jogo de relações que articula os saberes da gerência e do cuidado. O saber-fazer da gerência do cuidado de enfermagem ancora-se na dimensão ontológica, de caráter expressivo, à medida que envolve conhecimento científico, ético, estético e pessoal acerca da complexidade do ser humano no que se referem às singularidades, multiplicidades, individualidades e sua relação e inserção nos diferentes contextos de vida. Este saber-fazer também se pauta em uma dimensão técnica e da tecnologia, de caráter instrumental, a qual envolve conhecimento científico e pessoal, habilidade técnica, competência gerencial e assistencial (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A gerência do cuidado realizada pelo enfermeiro relaciona-se diretamente à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho, por meio de ações como: realização do cuidado, gerência de recursos humanos e materiais, liderança, planejamento da assistência, capacitação da equipe de enfermagem, coordenação da produção do cuidado e avaliação das ações de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2013).

Na gestão do cuidado de enfermagem, a articulação e integração entre gerir e o cuidar, bem como, a interação, articulação, comunicação, tomada de decisão e cooperação devem pautar as relações interpessoais estabelecidas pelo enfermeiro com os integrantes da equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário, bem como gerar a capacidade de identificar problemas, buscar soluções e selecionar a alternativa que melhor permita alcançar os objetivos propostos (MORORÓ *et al.*, 2017).

Por meio de revisão integrativa, Santos *et al* (2013b) identificaram três modelos de governança em enfermagem: a governança compartilhada, como uma estratégia para adoção de modelos democráticos de gestão que possibilitem ao enfermeiro maior controle e autonomia sobre a prática profissional; a governança clínica, como um modelo centrado na gestão da qualidade do cuidado em saúde, com vistas à implementação e manutenção de padrões

assistenciais de excelência; e, a governança pública, relacionada aos mecanismos utilizados pelo Estado para regular e gerenciar os serviços de prestação de cuidados à saúde.

Sabe-se que os enfermeiros gestores que atuam na área hospitalar desenvolvem inúmeras tarefas com alto grau de complexidade (SILVA *et al.*, 2017). Assim, atuam na realização do cuidado, gerenciando recursos humanos e materiais, na liderança, no planejamento e na organização da assistência, na supervisão do trabalho da equipe de enfermagem, na coordenação da assistência e na avaliação das ações de enfermagem (SOARES *et al.*, 2016).

A liderança em enfermagem pode ser considerada uma habilidade relacional e uma prática transformacional, que contribui para a qualidade da atenção, para o gerenciamento do cuidado, da equipe e do ambiente hospitalar, sendo potencializada pelo diálogo enquanto principal estratégia que fortalece o exercício da liderança do enfermeiro, ancorado nas necessidades de dar a direção (traçar o caminho), inspirar e influenciar, desafiar o processo (innovar), capacitar os outros a agir e encorajar os liderados (AMESTOY *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2017).

Em nosso sistema de saúde, a atuação dos enfermeiros vem ganhando destaque em cargos de direção nos diversos níveis das instituições de saúde, desde funções em nível central das esferas municipal, estadual e federal, bem como a direção de órgãos de enfermagem em instituições hospitalares e coordenação de unidades assistenciais, e até mesmo nos demais níveis de atenção à saúde (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Na prática, é possível acompanhar as organizações na busca por enfermeiros com habilidades e competências em gestão para desenvolver estratégias de solução para os problemas no contexto do trabalho em saúde e enfermagem, assumindo papéis de destaque não apenas na gestão de serviços de enfermagem, como também em outras áreas administrativas e multiprofissionais em saúde, como auditoria, qualidade, núcleos de regulação, hotelaria, planejamento e projetos, serviços de diagnósticos, clínicas terapêuticas, entre outros. Nestes espaços, as estruturas de governança geralmente estão organizadas por linhas de comando únicas e não por categorias profissionais.

Com o propósito de conhecer as competências requeridas ao enfermeiro no exercício da gestão hospitalar, um estudo do tipo revisão bibliográfica, no período de 2005 a 2015, sintetizou os achados do estudo em quatro blocos, alertando para a necessidade dos enfermeiros

desenvolverem uma visão global da instituição, em saber lidar com pessoas, gerenciar conflitos e equilibrar os interesses dos liderados e da instituição. Esses blocos são:

- a) Valores (ter e ser): deve apresentar postura de liderança, capacidade crítica e inteligência emocional, autoconhecimento, comprometimento e proatividade. Deve ser ético, resiliente, empreendedor, comunicativo, cooperativo, otimista, persistente e empático;
- b) Compreensão: deve possuir conhecimento técnico-científico, pensamento sistematizado e competências gerenciais compatíveis com a área de atuação; promover e estimular o conhecimento da equipe sob sua gestão; incentivar a atualização profissional; desenvolver a cidadania numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais;
- c) Comportamento: buscar qualidade de vida no trabalho, saber se desenvolver e ter autocuidado; adquirir novas maneiras de interação humana, como novas formas de comunicação ou de lidar com o poder e a autoridade; gerenciar conflitos com autonomia e capacidade de negociação; saber ouvir; mobilizar recursos e competências, motivando a equipe;
- d) Ação: estabelecer metas, objetivos e gerir as mudanças; tomar decisões coerentes e estabelecer prioridades; organizar, planejar, direcionar e avaliar com eficiência os recursos; identificar a potencialidade de técnicas e instrumentos administrativos a serem utilizados em diferentes situações na busca de alternativas viáveis para sua solução; realizar a supervisão e avaliação do desempenho da equipe de trabalho com imparcialidade (ARAGÃO *et al.*, 2016).

Uma das ideias mais influentes sobre as práticas de desenvolvimento de liderança e gestão de recursos é a noção de que os requisitos de trabalho mudam drasticamente com o nível organizacional. Essas raízes podem ser atribuídas à teoria seminal de Max Weber (1947) das organizações e a natureza da burocracia.

Embora as organizações variem em relação ao número de níveis em suas hierarquias, pelo menos três níveis distintos de gestão são observados. A estrutura de sistemas de Katz e Kahn (1978), defendem três tipos de liderança decorrentes de diferentes necessidades organizacionais, são elas: a criação da estrutura organizacional e política, sendo estratégico e conceitual, refere-se ao topo ou executivo; a interpretação da estrutura ou inter estrutura, que é

caracterizado como nível articulador/integrador, responsável pela organização, é o meio da estrutura, a gerência intermediária; e, aplicação da estrutura existente, responsável pela produção, que é a base técnica e operacional da estrutura, a supervisão.

A estrutura organizacional dos hospitais segue ainda nos dias de hoje as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos, as estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da concepção burocrática (MATOS; PIRES, 2006).

Na enfermagem, o modelo proposto por Florence Nightingale no século XIX ainda persiste com características muito fortes das abordagens taylorista, fayolista e burocrática. Neste, a enfermeira, detentora do poder de decisão, gerencia o trabalho da equipe pautada na centralização e racionalização, na separação entre concepção (intelectual) e execução (manual), na fragmentação e divisão do trabalho e na hierarquia rígida, com ênfase na intensidade do trabalho (produzir mais na mesma jornada), na polivalência e multifuncionalidade, e na flexibilidade, expressada pela máxima agilidade e disponibilidade. Por vezes, reproduz aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando muitas vezes de priorizar as necessidades do usuário, gerando descontentamento e desmotivação, adoecimento físico e psíquico nos demais trabalhadores de enfermagem (MATOS; PIRES, 2006; SANTOS *et al.*, 2020).

O modelo de formatação da estrutura organizacional dos serviços de enfermagem nos hospitais difere em muitos aspectos e pode estar na dependência do porte hospitalar, das atividades desenvolvidas na instituição e das especialidades médicas envolvidas, da composição e tamanho da equipe, das tecnologias empregadas, das metas organizacionais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos. Assim, as responsabilidades e níveis de autoridade podem assumir muitas representações, mas é possível admitir que nos contextos hospitalares tem-se, inevitavelmente, um enfermeiro (gestor) responsável pela força de trabalho da enfermagem, algum(ns) enfermeiro(s) na base operacional (referência para a equipe de cuidado direto) e provavelmente algum(ns) enfermeiro(s) em nível intermediário integrando áreas comuns. Por exemplo, um enfermeiro para a gestão de enfermagem nas emergências (pediátricas, obstétricas, clínicas, cirúrgicas, ortopédicas, entre outros) e outro para a gestão de enfermagem nas unidades de internação, e assim por diante.

Diante dos enfrentamentos inerentes da gestão, entende-se que assumir um cargo de gestão remete aos desafios de ser líder. As motivações devem ser traçadas pela vontade de

trabalhar com as pessoas e desenvolver as habilidades para manejo de conflitos resultantes de relações complexas, num ambiente em constante mudança. A administração do próprio tempo pode pôr à prova a capacidade de enfermeiros em cargo de gestão em lidar com múltiplas demandas, devendo estabelecer prioridades, inovar as soluções de velhos problemas, definir metas, flexibilizar e (re)direcionar seu próprio trabalho, proporcionando um clima organizacional saudável e produtivo (DALL'AGNOL *et al.*, 2013).

É importante assinalar que as atitudes de articulação e integração realizadas pelos gestores de enfermagem nos hospitais são primordiais para o desenvolvimento e manutenção de boas relações no ambiente de trabalho. Ao assumir posições estratégicas na gestão dos hospitais universitários, o enfermeiro admite amplas responsabilidades não só com a assistência, mas se compromete também com a geração de conhecimento e a formação de recursos humanos em saúde (DALL'AGNOL *et al.*, 2013).

### 3.2 DISTRESSE MORAL E A ENFERMAGEM

No campo de conhecimento da ética, o desejável é o “ser”: o ser livre e autônomo (o ser que pondera seus atos no respeito ao outro e no direito comum); o ser que age para a benevolência e a beneficência (pratica o bem e não o mal); o ser que exercita a justiça (avalia atos, eventos e circunstâncias com a razão e não distorce a verdade); o ser virtuoso no caráter (solidário, generoso, tolerante, que ama a liberdade e o justo) (BADEIA, 1999).

A ética, como reflexão sobre as questões morais, pretende desdobrar conceitos e argumentos da dimensão moral (explicar os fenômenos da moral), de modo a aumentar o conhecimento humano sobre si mesmos. O termo moral se refere a um conjunto de princípios, convicções, comandos, proibições, permissões, normas e valores, que em seu conjunto constituem um modelo ideal de boa conduta socialmente estabelecido (sistema de conteúdos sobre comportamentos), que reflete determinada forma de vida numa época específica (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005).

A ética e a moral confluem no modo de ser das pessoas. Em seu caráter, a ética não é neutra, e vem com a tríplice função de esclarecer o que é a moral, quais são seus traços específicos; fundamentar a moralidade; e aplicar aos diferentes âmbitos da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, adotando-se uma moral crítica ao invés de um código moral imposto (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005).

Neste estudo, ética e moral serão tratados de forma indistinta. Coaduna-se com Ramos *et al* (2016b, p.5), que citam que o relevante é (re)conhecer a experiência humana de tornar-se sujeito moral de suas ações, ressaltando “a experiência ético-moral como contínua, infindável e produtiva em termos de subjetividade e identidade”.

Diante das características dinâmicas e complexas que são atribuídas ao trabalho em saúde, incluindo a gestão de enfermagem, entende-se que é provável que muitos desafios éticos e morais vivenciados pelos profissionais da enfermagem em suas práticas cotidianas mobilizem e transformem permanentemente o *status* de bem-estar (ou *status quo*) das estruturas e dos agentes (internos e externos). Desta forma, percebe-se que é improvável que diante dessa(s) situação(ões) moral(is) alguém fique indiferente ou imutável, seja proporcionando a qualidade de seus atos e relações ou gerando conflitos, incertezas e sofrimentos, inclusive moral.

O termo Distresse Moral (DM) pode encontrar na literatura diferentes proposições para designação conceitual, como angústia, aflição ou sofrimento moral. Neste estudo, serão tratados como estruturas semelhantes, indistintas. O problema moral poderá aparecer como desafio, adversidade ou situação moral, também compreendidos com o mesmo significado.

Numa perspectiva de processo, o problema moral pode ser considerado como um ponto de partida para o DM, mobilizando o sujeito para refletir e questionar a si mesmo sobre a situação, levando-o a um julgamento moral consciente sobre a melhor ação. Contudo, há barreiras que o impedem de agir, desencadeando manifestações físicas e emocionais (RAMOS *et al.*, 2016a).

O conceito de DM na enfermagem tem sido estudado desde 1984, quando o filósofo Andrew Jameton propôs pela primeira vez descrever a experiência do enfermeiro, quando as barreiras organizacionais e sistêmicas o impedem de agir de acordo com seu próprio julgamento moral, quando está ciente de um problema moral e reconhece a responsabilidade moral. Neste caso, “se sabe a coisa certa a fazer, mas as restrições institucionais tornam quase impossível seguir o curso correto de ação” (JAMETON, 1984, p.6).

Portanto, o DM ocorre quando se conhece a questão moralmente certa a ser feita, mas as restrições institucionais, processuais ou sociais, impedem a ação, ameaçando os valores fundamentais e a relação indissociável entre a integridade profissional e pessoal, ou seja, a integridade moral (ANA, 2015; RAMOS *et al.*, 2016a).

Nesse caso, o DM é uma forma particular de sofrimento que reflete a angústia experimentada em resposta a danos morais, erros ou fracassos, e é frequentemente

acompanhado pela sensação de que a integridade de uma pessoa foi comprometida (RUSHTON, 2017). Ainda, pode ser considerado também como um trauma relacional (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015).

A sua conceituação inicial ressaltou uma disjunção entre a escolha moral e a ação moral como consequência de conflitos externos com o agente moral experimentando raiva, frustração, culpa e impotência como resultado (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015). A definição continua a ser estudada e aperfeiçoada e a prevalência de DM entre enfermeiros e demais profissionais de saúde está aumentando (DODEK *et al.*, 2016).

Cabe destacar que há uma diferenciação importante entre dilema moral e incerteza moral. O dilema moral emerge de dois cursos distintos e conflitantes, existindo a possibilidade de seguir caminhos distintos, sendo que a escolha de um acarretará na exclusão do outro. A incerteza moral surge quando os princípios e os valores morais não são identificados. Portanto, reside na insegurança quanto à moralidade da ação realizada ou na dificuldade em definir uma ação como correta ou não (JAMETON, 1993).

A deliberação moral envolve questões éticas, mas segue o itinerário de um processo de tomada de decisão padrão, que inclui ações que vão desde a identificação de problemas até a seleção da melhor alternativa (MINTZBERG; RAISINGHANI; THÉORÊT, 1976). Nestes casos, é necessário que o processo de tomada de decisão seja realizado com uma postura ética imparcial e justa, seguida pelos conhecimentos técnico-científicos e os princípios éticos que regem o código de ética, pois para haver a deliberação é necessário que se estabeleça um curso a seguir, sabendo-se que há outras opções, mas que a escolha será a mais adequada e disponível naquele momento e contexto (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Em 2001, Corley e colaboradores desenvolveram a Escala de Distresse Moral (MDS, do inglês *Moral Distress Scale*), um instrumento pioneiro com 30 itens (escala Likert 1-7) para medir o grau de DM entre enfermeiros de diferentes unidades (especialmente de terapia intensiva), atuantes em hospitais norte-americanos (CORLEY *et al.*, 2001). Na sequência, foram adicionados à MDS original alguns itens relacionados ao gerenciamento da dor, cuidado gerenciado e profissionais despreparados. Assim, para medir a intensidade e a frequência de DM, a escala passou a conter 38 itens e a Likert alterada para 0-6 (CORLEY *et al.*, 2005).

Desde então, a ferramenta foi aperfeiçoada e revisada, especialmente em 2012, por Hamric e colaboradores, que a reintroduziram como a MDS-R, com 21 questões (escala Likert 0-4) para medir o DM em outros trabalhadores da saúde (além dos enfermeiros) e em vários

contextos (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012). Lusignani *et al* (2016) sugerem os seguintes parâmetros para determinar o nível de DM quando utilizada a MDS-R: escala Likert 0-4 (0-1,33, baixo; 1,34-2,67, moderado; 2,68-4, alto), nível de DM 0-16 (0-1,77, baixo; 1,78-7,13, moderado; 7,14-16, alto).

No Brasil, a primeira adaptação e validação da MDS ocorreu em 2009, quando foi possível concluir que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o DM, especialmente em relação a questões organizacionais (BARLEM *et al.*, 2012). Após um novo processo de validação, a partir de 2012 o instrumento se tornou aplicável a todos os profissionais da equipe de enfermagem em âmbito hospitalar (BARLEM *et al.*, 2014).

A Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros, ou *Brazilian Moral Distress Scale in Nurses* (MDSN-Br), foi originalmente desenvolvida por pesquisadores de três universidades públicas do país entre os anos de 2014 e 2018. O processo inicial de elaboração da MDSN-Br ocorreu a partir de uma intensa revisão integrativa, focada nas causas de DM do enfermeiro e de uma *survey* realizada com 771 enfermeiros de diferentes serviços nos 27 estados do Brasil (RAMOS *et al.*, 2016b; 2017).

O instrumento inicial contava com 57 questões, indicando as situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS *et al.*, 2017). Nesse mesmo projeto multicêntrico, este instrumento foi aplicado em 1.227 enfermeiros (22,3% em Unidades Básicas de Saúde, 18,8% de unidades de internação, 16,9% nos serviços de emergências, 12,2% em Unidades de Terapia Intensiva e 30% distribuídos em diferentes serviços especializados e de apoio) de 27 estados brasileiros, entre novembro de 2015 e maio de 2016, por meio de um formulário *online*, consistindo a versão validada em seis fatores e 49 questões (RAMOS *et al.*, 2019).

O DM é um fenômeno difundido na profissão de enfermagem. A incapacidade de agir em alinhamento com os valores morais é prejudicial não apenas para o bem-estar do enfermeiro, mas também para o atendimento ao usuário e para a prática clínica como um todo (RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016).

O DM é generalizado em inúmeros ambientes de saúde e em múltiplos níveis organizacionais (OH; GASTMANS, 2015). Exemplos incluem um enfermeiro de cuidados intensivos diante de um tratamento invasivo fútil ou inútil; um enfermeiro em uma unidade médico-cirúrgica frente à necessidade de fornecer cuidados compassivos e ao mesmo tempo

vivenciar a falta de pessoal; ou um gestor de enfermagem que luta pelos recursos necessários para enfrentar os cortes no orçamento da instituição (RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017).

Na gestão em saúde, pode-se encontrar experiências de DM de diferentes formas. Por meio de entrevistas e grupos focais, um estudo qualitativo procurou determinar se o conceito de DM, identificado e estudado primariamente na literatura clínica, poderia ser aplicado a gestores de nível intermediário e sênior em duas organizações de saúde no Canadá. Neste caso, ora em circunstâncias semelhantes (pela natureza da gestão), ora divergentes (pelos papéis hierárquicos), constatou-se que os gerentes dos dois níveis experimentaram o processo de DM, incluindo a obrigação de comunicar ou defender decisões ou políticas organizacionais com as quais pessoalmente discordavam e situações em que recursos escassos obrigavam os gerentes a colocarem os funcionários em situações de riscos previsíveis e potencialmente evitáveis (MITTON *et al.*, 2011).

Na gestão em enfermagem hospitalar, pode-se enfatizar um estudo transversal realizado em quatro hospitais de Israel, que buscou descrever os dilemas éticos e o DM entre enfermeiros gestores de nível intermediário. Por meio do questionário *Ethical Dilemmas in Nursing-Middle Manager*, constatou-se que o escore de maior intensidade e frequência eram relacionados aos dilemas administrativos, tais como: diretrizes administrativas inapropriadas para a área clínica, pressão em admitir mais pacientes do que a capacidade de leitos, falta de pessoal, falta de equipamentos, entre outros. Ainda, observou-se que o dilema ético e as respostas de frequência e intensidade de DM dos enfermeiros gerentes foram ligeiramente inferiores aos relatados pelos enfermeiros chefes (unidades), dado que foi supostamente atribuído ao papel de gestor, pois os gerentes estão mais afastados da prática clínica cotidiana e veem a equipe como a sua principal responsabilidade, seguida pela garantia de segurança e qualidade da assistência ao paciente (GANZ; WAGNER; TOREN, 2015).

Outro estudo relaciona o DM na gestão do cuidado. Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva, que analisou o conflito ético no ambiente de trabalho por meio de entrevistas semi-estruturadas com 15 gerentes de enfermagem de sete hospitais em uma província do leste do Canadá. Quatro temas foram identificados: falta de voz; falta de prioridade (financeira); os direitos do indivíduo *versus* as necessidades da organização; e, práticas injustas por parte da administração superior e/ou da organização (GAUDINE; BEATON, 2002).

Existem algumas estratégias para evitar as situações geradoras de DM na dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, incluindo a necessidade de preparação ética na academia para lidar com os problemas éticos oriundos do trabalho em equipe (CORLEY, 2002). Reconhecendo os fatores preditores de DM, é possível traçar ações para minimizá-los, sendo que as principais fontes geradoras de DM são:

- a) Fatores intrínsecos (indivíduo e suas relações), como a impotência real ou percebida, falta de conhecimento de alternativas ou da situação total, diminuição da autoconfiança ou medo, uma incapacidade de modular as respostas ao sofrimento, sensibilidade moral diminuída e conflitos com as crenças religiosas ou espirituais (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012; OH; GASTMANS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016);
- b) Fatores intra organizacionais, como recursos humanos e materiais limitados ou inadequados, apoio administrativo insuficiente e principalmente conflito intra e entre equipes, considerado como o principal motivador de DM, podendo estar atribuído às diferenças nas visões de mundo e percepções de papéis, nos códigos morais pessoais, em níveis de poder e autoridade e nas habilidades em comunicação e colaboração (BROWNING, 2013; OH; GASTMANS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016). E, na busca de compreender a concepção dos enfermeiros gerentes sobre o conflito, uma pesquisa qualitativa interpretativa realizada com 13 enfermeiros gerentes de cinco organizações hospitalares do Rio Grande do Sul revelou que os conflitos internos entre os profissionais da equipe de enfermagem são os mais marcantes. As evidências giram em torno de debates sobre o legalismo e as necessidades prementes, a emoção e a aplicação da regra, os dilemas éticos e a sobrevivência na função. Os enfermeiros gerentes apresentaram dificuldades em visualizar alternativas dentro de uma conjuntura complexa e congestionada, sujeita a situações no limite da eclosão, a opressão permanente sofrida, fruto dos fatores internos e externos à estrutura pela qual se sentem responsáveis (GUERRA *et al.*, 2011);
- c) Fatores extra organizacionais, como políticas institucionais restritivas, práticas discriminatórias e desigualdades sociais e de saúde, ações regulatórias, comportamento desafiador e não cooperativo por parte dos pacientes ou familiares (OH; GASTMANS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016). Nessa

perspectiva, Traynor (2017) enfatiza que o DM se trata de algo pessoal, mas também sistêmico (ecológico);

- d) Contextos clínicos específicos, tais como cuidados em final de vida (ALLEN *et al.*, 2013; BROWNING, 2013; CAVINDER, 2014), cuidados intensivos (CHOE; KANG; PARK, 2015), cuidados neonatais ou pediátricos (CAVINDER, 2014; TROTOCHAUD *et al.*, 2015), oncologia (PAVLISH *et al.*, 2014) e cuidados de emergência (ROBINSON; STINSON, 2016).

Um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado em um HU do Sul do Brasil, com 17 enfermeiros gerentes em diferentes níveis de hierarquia, revelou que no processo deliberativo os enfermeiros buscam apoio das chefias imediatas e da própria equipe de enfermagem, bem como pautam-se em suas próprias crenças e valores morais, no que acreditam ser o correto a fazer e em bases legais. Além disso, identificou três situações caracterizadas como fontes desencadeadoras de sofrimento moral:

- a) Organização e condições de trabalho: relacionada a elementos como a carga horária da enfermagem, formas de remuneração, atribuições dos técnicos e auxiliares e limitação de recursos humanos e materiais;
- b) Gestão de pessoas: relacionada a inefetividade dos processos de avaliação dos serviços, a falta de autonomia em situações de necessidade de demissão/contratação, e ao absenteísmo e estabilidade empregatícia do servidor no contexto público, podendo gerar insubordinação e sentimento de impotência nas chefias;
- c) Ser gerente: que compreende elementos que representaram a competência técnica de ser gerente, o sentir-se gerente em tempo integral e o sentir-se coibido no desempenho do papel gerencial (DRAGO *et al.*, 2020).

Em nível individual, o DM tem sido associado a consequências negativas, tais como sofrimento psicológico, emocional e físico, frequentemente manifestado por frustração, impotência, dores de cabeça e gastrointestinais, raiva, bem como desgaste de enfermeiros (PAULY; VARCOE; STORCH, 2012; DRAGO *et al.*, 2020). Também, foi correlacionado com o esgotamento, falta de empatia e consequências a longo prazo, como exaustão emocional, despersonalização, sentimentos de desengajamento, insatisfação no trabalho, dormência, e diminuição da sensibilidade moral (RUSSELL, 2012; ALLEN *et al.*, 2013; LÜTZÉN;

EWALDS-KVIST, 2013; OH; GASTMANS, 2015). No plano organizacional, pode levar à redução da qualidade do atendimento, aumento da rotatividade de pessoal e resultados insatisfatórios aos pacientes (WALLIS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016).

Em uma revisão integrativa, foram identificadas como consequências de DM em enfermeiros:

- a) Sentimentos: insatisfação, frustração, raiva, impotência, desvalorização, culpa, angústia, incerteza e incapacidade, especialmente em ambientes hospitalares, nos quais existem situações difíceis e estressantes, com pacientes enfermos, trabalho insalubre e sofrimento;
- b) Adoecimento: ansiedade, depressão, irritabilidade, fadiga, insônia, dores musculares, dores de cabeça e a Síndrome de *Burnout* propriamente dita, caracterizada pela presença de esgotamento profissional e despersonalização;
- c) Qualidade do cuidado: cuidado ineficaz, insatisfação e elevada rotatividade de pessoal, despersonalização, negligência, negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente, conformismo, desrespeito à autonomia do paciente, falta de respeito, negação de si e do outro, e possibilidade de cuidado de si e do outro;
- d) Estratégias de enfrentamento: abandono da profissão/trabalho, fortalecimento das relações interpessoais e desenvolvimento das habilidades sociais (RAMOS *et al.*, 2016c).

Diferentemente de outros tipos de estresse e de fenômenos relacionados, o DM envolve a violação dos valores morais centrais, tem a capacidade de corroer a integridade pessoal e pode minar a identidade moral (WEINZIMMER *et al.*, 2014). Em sua essência, a angústia moral é um tipo de sofrimento que surge em resposta a desafios, ameaças ou violações da integridade profissional e individual (THOMAS; MCCULLOUGH, 2016).

O código de ética da enfermagem brasileira (COFEN, 2017) aborda no Art. 111 (Capítulo IV, das infrações e penalidades) a obrigatoriedade de preservação da integridade moral dos usuários, das organizações da categoria ou instituições, bem como incorporou em sua última atualização, destacado em Art. 23, alguma menção acerca da proteção da integridade do profissional de enfermagem, tratando como um direito a possibilidade de requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral. Esse fato poderá abrir espaço para uma ampla discussão ética na

enfermagem, ainda que não se tenha clareza de como isso pode ocorrer e quais serão as consequências.

Para manter a integridade pessoal e profissional, detectar e responder às ameaças ou aos agentes estressores, os seres humanos são preparados para expor algumas reações, dispostas em três estágios fisiológicos. Na etapa de resposta de luta ou fuga, os impulsos provenientes do hipotálamo para a parte simpática do Sistema Nervoso Autônomo e para a glândula suprarrenal, mobilizam rapidamente os recursos para a atividade física imediata, aumentando a circulação e a produção de energia. Na fase de resistência, iniciada pelos hormônios secretados pelo hipotálamo, as reações duram mais tempo e o corpo continua combatendo o estressor muito após a dissipação da resposta de luta ou fuga. Ocasionalmente, entretanto, os recursos podem finalmente se tornarem exauridos, não conseguindo sustentar o estágio de resistência, ocorrendo então a exaustão. A exposição prolongada aos estressores na reação de resistência podem provocar supressão do sistema imunológico, distúrbio pancreático, ulceração do trato gastrintestinal, hipertensão, asma, enxaquecas, ansiedade e depressão (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

Para Rushton (2017), as ameaças físicas, juntamente com ameaças psicológicas, podem ativar o modo de sobrevivência e preparar o corpo para uma série previsível de respostas: lutar, fugir ou congelar. O DM agudo ou não-resolvido pode ativar padrões semelhantes de respostas ao estresse ou ameaças. O profissional poderá lutar contra a fonte de DM e recuperar o controle, fugir e se desencorajar do desafio, ou estagnar-se diante da situação moral. Na prática, quando a resposta de luta é ativada, um clínico (médico, por exemplo) pode tentar convencer aqueles que ele acredita estarem impedindo-o de “fazer a coisa certa”, de que suas visões são inválidas, podendo desafiar os caso não concordem com as recomendações profissionais. Se seus esforços não forem eficazes, qualquer uma das três respostas poderá ser ativada: ele poderá intensificar a resistência, evitar a situação ou tentar viver com ela, o que poderia despertar emoções negativas, além de uma sensação de impotência e vitimização. Com o tempo, isso pode levar a distúrbios físicos, emocionais e comportamentais, e, para alguns, também causar distúrbios espirituais (RUSHTON, 2017).

É importante notar que as emoções negativas e o sentimento de impotência associados à angústia moral não-resolvida tendem a ser contagiantes, porque os clínicos (médicos e enfermeiros, por exemplo) muitas vezes comunicam a mesma narrativa negativa durante as transferências de turnos. Como resultado, a energia coletiva se esgota, as emoções negativas

são estimuladas e os lamentos pelo desamparo e vitimização ecoam uns aos outros, tornando mais difícil afastar-se dos padrões angustiantes (RUSHTON, 2017).

O DM sem estratégias de enfrentamento pode comprometer a capacidade dos enfermeiros de manter os padrões éticos se os sentimentos de esgotamento ou falta de poder diminuam a energia física e emocional de que precisam para atender às necessidades dos pacientes. A incapacidade de cuidar dos pacientes com integridade aumenta o risco de *burnout*, o que afeta ainda mais a qualidade do atendimento ao paciente e a estabilidade da força de trabalho (RUSHTON, 2017).

Com o tempo, os efeitos negativos de repetidos casos de DM não-resolvido podem se acumular tanto na mente quanto no corpo (THOMAS; MCCULLOUGH, 2016). Jameton (1993) identificou dois componentes distintos de DM: angústia inicial, experimentada em tempo real à medida que a situação se desenrola; e, angústia reativa, que surge depois que a situação passou e envolve sentimentos persistentes sobre a incapacidade de agir sobre o sofrimento inicial. Embora a intensidade da angústia possa se dissipar em algum grau após o término da crise, um “resíduo moral” geralmente permanece e tem sido associado a uma perda de identidade moral e a consequências adversas a longo prazo (EPSTEIN; HAMRIC, 2009).

Além disso, pode haver outros tipos de resíduos, inclusive físicos, que se manifestam por sintomas como alterações de peso e apetite, insônia, distúrbios articulares e musculares, sintomas gastrointestinais ou dores de cabeça; emocionais, que geralmente consiste em raiva, medo, sentimentos de impotência ou de estar sobrecarregado, desânimo, depressão, ansiedade, cinismo, ressentimento ou sarcasmo, esgotamento ou exaustão, e aversão; cognitivos, manifestados por rumores sobre questões morais não-resolvidas ou por catastrofização, visualizando sempre o pior resultado possível, apegando-se a um conjunto de fatos com a exclusão de outros; comportamentais, por meio de agressividade, defensividade, controle excessivo e agitação; e, espirituais, incluindo crise de fé ou de interrupção de práticas religiosas, com desconexão do trabalho ou da comunidade (RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016; RUSHTON, 2017).

O sistema de saúde pode ser considerado como uma construção moral, pois certamente possui regulamentos, autoridade definida, ordens escritas, categorias, incentivos, punições, tarefa formal e definições ocupacionais e assim por diante. A vivência de DM dos profissionais de saúde é um resultado de suas experiências em situações interpessoais e institucionais que

violam seus valores centrais da prática, contra os quais eles são incapazes de lançar uma defesa eficaz (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015).

Frequentemente, trabalhando em sistemas de saúde, que são movidos por preocupações de custos, métricas externas e expectativas organizacionais que interferem no cuidado, muitos enfermeiros se desesperam com a incapacidade de manter a sua integridade pessoal e profissional. Quando estes são incapazes de traduzir suas crenças morais em ações fundamentadas na ética, a dor moral se instala (RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016).

Para entender melhor o processo de interação e influência entre os enfermeiros e as estruturas que os rodeiam, é importante apreciar as dimensões morais de seus locais de trabalho (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015). Um componente do ambiente de trabalho que tem significado particular é o conceito de clima ético, ou seja, os valores implícitos e explícitos que influenciam os cuidados de saúde e moldam os locais de trabalho em que são realizados (RODNEY *et al.*, 2012). Mudanças positivas no ambiente organizacional (clima ético) demonstraram reduzir o sofrimento moral, aumentar a satisfação no trabalho e reduzir a rotatividade de pessoal (LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017; KOSKENVUORI; NUMMINEN; SUHONEN, 2019).

Quando os níveis de DM são altos, o envolvimento no trabalho é geralmente baixo. Isso tem implicações de longo alcance, já que se descobriu que nas organizações com funcionários mais envolvidos se proporciona melhor experiência ao paciente, menos erros, menores taxas de infecção e mortalidade, maior controle financeiro, maior moral e motivação dos funcionários e menos absenteísmo e estresse (THE KING'S FUND, 2012).

Ao teorizar sobre o DM, reconhece-se a inseparabilidade da experiência do agente (moral) a partir do contexto sociopolítico que molda o resultado organizacional dos serviços de saúde. Assim, deve-se transcender a dicotomia de localizar o DM dentro do agente ou da organização, teorizando sim sobre a natureza contingente do DM experimentado pelos indivíduos nos contextos de prática complexos. A identificação de possíveis mecanismos geradores de DM poderão subsidiar o desenvolvimento de ações direcionadas às organizações de saúde e profissionais de saúde (MUSTO; RODNEY, 2016).

A angústia moral pode ser particularmente vulnerável à falácia epistêmica, pois tem-se apenas uma compreensão substancial do conceito e há uma confusão em torno dos mecanismos geradores, dos elementos e do grau em que influenciam o DM. A enfermagem é uma disciplina prática e um dos aspectos do cumprimento de nossas obrigações morais é lutar contra a

complexidade dos elementos desfavoráveis e nocivos que influenciam o processo de saúde-doença, bem como a prestação de cuidados de saúde (MUSTO; RODNEY, 2016).

Inúmeros são os desafios enfrentados pelos enfermeiros gestores em âmbito hospitalar. A busca pela manutenção da sua integridade moral certamente apoiará um cenário de qualidade e segurança do paciente e satisfação dos trabalhadores de enfermagem. De forma muito particular e adversa, as relações e interações no contexto hospitalar são por si só multifacetadas e conflituosas, e requerem esforços contínuos para superação e minimização dos motivos estressores e do DM. Somam-se a isso, além das nuances assistenciais, as questões de ensino (formação de recursos humanos), pesquisa e extensão de ações nas comunidades, características dos HU, que assim movimentam uma quantidade maior de agentes envolvidos e de situações tipicamente morais.

### 3.3 RESILIÊNCIA MORAL E A ENFERMAGEM

As primeiras pesquisas sobre o fenômeno da resiliência ocorreram entre as décadas de 1970 e 1980. O fato de pessoas permanecerem saudáveis, apesar da exposição severa a adversidades, passou a inquietar pesquisadores americanos e ingleses. A princípio, nomearam essas pessoas de invulneráveis e o fenômeno de invulnerabilidade. Contudo, mais tarde o fenômeno foi renomeado de resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLINASCIMENTO, 2011).

O termo “resiliência” compreende um conceito amplo que tem sido aplicado em diversos campos de estudo (psicologia, física e ecologia, por exemplo). Embora não haja uma definição única, resiliência (do latim “*resilire*”, que significa “saltar de novo”; ou do inglês “*resilience*”, captado inicialmente como “elasticidade”) se traduz na propriedade dos corpos que voltam à sua forma original, depois de terem sofrido deformação ou choque; na capacidade de quem se adapta às adversidades, às alterações ou aos infortúnios; ou na tendência para se recuperar ou superar dos problemas e desafios que aparecem (HOUAISS, [www.dicio.com.br/houaiss](http://www.dicio.com.br/houaiss)).

A resiliência abrange mecanismos de proteção emocionais, cognitivos e socioculturais, e se manifesta por ocasião da necessidade de superação de situações de ameaça ou danos a integridade, a partir de desafios graduais que reforçam atributos pessoais, estratégias de enfrentamento e habilidades para a continuidade de um desenvolvimento saudável. Trata-se

também de um processo dinâmico, em que as influências do ambiente e do indivíduo interagem reciprocamente no provimento de fatores protetores, permitindo à pessoa se recuperar ou adaptar-se aos desafios, estresses, adversidades ou traumas: ser flexível em circunstâncias adversas (SOUSA; ARAUJO, 2015; RUSHTON, 2016).

Pessoas resilientes empregam estratégias de enfrentamento transformacionais para entender e contextualizar as circunstâncias da situação (LACHMAN, 2016). Em uma análise conceitual, Earvolino-Ramirez (2007) identificou as principais características daqueles que são resilientes:

- a) Reintegração: desejo de um indivíduo de retornar a uma rotina normal de maneira aprimorada, de voltar e seguir em frente na vida após a adversidade;
- b) Autodeterminação: envolve ter um senso de propósito na vida e uma crença interna de que um indivíduo perseverará, não importa o que a vida traga;
- c) Relações positivas/apoio social;
- d) Flexibilidade: ponto crucial da adaptabilidade;
- e) Senso de humor sobre situações da vida e sobre si mesmo, com capacidade de amenizar a adversidade e a intensidade das reações emocionais, auxiliando os indivíduos a manter uma perspectiva realista;
- f) Autoestima/autoeficácia: indivíduos confiantes em si mesmo com habilidade para seguir em frente e conseguir o que almejam (atitude).

Quando ocorre uma ação não adaptativa em uma experiência estressora, existe uma tendência ao fortalecimento do impacto dessa mesma experiência na saúde mental de quem a está vivenciando. A intensificação ou o prolongamento dessas situações reduzem o nível de resiliência, pois reduzem a capacidade de flexibilidade cognitiva (CHARLES; CARSTENSEN, 2010).

Existem diferentes formas de abordar e captar a resiliência. Durante as últimas décadas, foram desenvolvidas diversas escalas, algumas adaptadas e validadas, para mensurar a resiliência humana. Dentre as principais, podemos destacar:

- a) *The Resilience Scale*, responsável por medir os níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos importantes, é composta de 25 itens divididos em dois fatores: competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida (WAGNILD; YOUNG, 1993);

- b) Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc), possui 25 itens que fazem parte de cinco fatores de resiliência: confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controle; competência pessoal; e espiritualidade (CONNOR; DAVIDSON, 2003);
- c) *Adolescent Resilience Scale*, direcionada para jovens, a escala possui 21 itens distribuídos em três grupos de fatores: busca de novidades, regulação emocional e orientação positiva para o futuro (OSHIO, 2003);
- d) *Resilience Scale for Adults*, desenvolvida para explicar e intervir em fenômenos psicossociais relacionados ao trabalho, consiste de 33 itens cobrindo seis fatores: percepção de si mesmo, futuro planejado, competência social, estilo estruturado, coesão familiar, recursos sociais (HJEMDAL *et al.*, 2006);
- e) *Brief Resilience Scale*, uma escala psicométrica breve que avalia a resiliência de pessoas que lidam com estressores relacionados à saúde (SMITH *et al.*, 2008).

Como exemplo, um estudo se propôs a investigar o nível de resiliência de 229 trabalhadores de enfermagem da rede pública de saúde da Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. Para a coleta de dados quantitativos, utilizaram a ficha de dados sociodemográficos e o Questionário do Coeficiente de Resiliência (*RQ-Test*), que se organiza em sete fatores: regulação das emoções; controle de impulsos; otimismo; análise causal; empatia; autoeficácia e exposição. Em 56,8% dos participantes (n=130), o fator regulação de emoções está abaixo da média (capacidade de resiliência enfraquecida). No fator controle de impulsos, 83% (190) estão acima da média. Neste caso, conclui-se que o controle excessivo de impulsos e a dificuldade na regulação das emoções acarretam grande dispêndio de energia por parte do trabalhador de enfermagem, uma vez que este não pode exteriorizar suas emoções, especialmente no ambiente de trabalho, justificando o alto índice de estresse entre os enfermeiros (BELANCIERI *et al.*, 2010).

Desta forma, é possível perceber que as situações de ameaça ou danos à integridade são realidades inevitáveis nos cuidados de saúde. Isso requer estratégias concretas e acessíveis para apoiar os profissionais diante da dinâmica conflitante e da complexidade progressiva dos cuidados, e que estão gerando algumas consequências negativas, tais como frustração, impotência e exaustão emocional.

Décadas de pesquisa documentaram os níveis de DM, as suas fontes e consequências. No entanto, são necessários mais estudos para elencar as intervenções destinadas a diminuir os seus efeitos indesejáveis, pois é improvável que o DM possa ser erradicado. Importante, ao invés de ser percebido como uma ocorrência puramente negativa, os profissionais da saúde precisam ter confiança em tomar o que eles acreditam ser a ação correta e, assim, ajudá-los a lidar com o processo de DM (RUSHTON *et al.*, 2015; RUSHTON, 2017).

Essa oportunidade de mudança de foco pode ser alcançada através do cultivo da resiliência moral (RM), definida como a capacidade e a vontade de uma pessoa preservar ou recuperar a sua integridade em resposta a uma complexidade moral (LACHMAN, 2016; RUSHTON, 2016; SALA DEFILIPPIS; CURTIS; GALLAGHER, 2019).

Ressalta-se que há escassez de conhecimento sobre RM e ainda não há uma definição consensual. O conceito de RM pode ajudar a esclarecer o potencial dos resultados positivos originados pelas experiências de DM (YOUNG; RUSHTON, 2017).

A RM não implica em complacência, nem significa desconsideração ou supressão das adversidades que levaram ao sofrimento. Pelo contrário, representa o desenvolvimento de habilidades e práticas positivas que auxiliam os profissionais de saúde a aprofundar sua conexão e compromisso com os seus valores intrínsecos diante de situações éticas angustiantes (RUSHTON, 2017).

Atualmente, não há uma base de evidências específica para o desenvolvimento de RM. Ao analisar a literatura sobre resiliência em vários contextos, outras possibilidades promissoras podem ser aplicadas à RM (RUSHTON, 2016). Alguns dos elementos da resiliência (que incluem autoeficácia, autocontrole, capacidade de envolver apoio e ajuda, aprender com as dificuldades e persistência apesar dos obstáculos) também podem ser aplicados ao cultivo da RM (HOWE; SMAJDOR; STÖCKL, 2012).

Considerando que a resiliência pode ser aprendida, o indivíduo precisa entender quais características são mais importantes para desenvolvê-la (LACHMAN, 2016). Algumas abordagens para o enfrentamento do DM e para o desenvolvimento da RM foram propostas e consensuadas por alguns estudiosos e especialistas da área:

- a) Desenvolver a atenção plena e a consciência moral: promover a autoconsciência e a percepção é essencial para manter o foco e o autocontrole diante de situações negativas, reequilibrando o pensamento e o comportamento, a mente e a emoção, como por exemplo: exercícios de meditação, reavaliação cognitiva, *biofeedback*, trabalho

corporal e práticas de respiração; ainda que sejam necessárias mais pesquisas para avaliar sua eficácia. Com base na consciência moral, a RM inclui a capacidade de fazer importantes distinções éticas, manter-se aberto e curioso, e resistir à conclusão de que há apenas uma maneira de considerar as obrigações morais ou preservar a integridade (RUSHTON, 2016);

- b) Promover a educação ética: os enfermeiros e outros membros da equipe de saúde precisam de educação e orientação para desenvolver habilidades relacionais como motivação, introspecção, empatia, comunicação, atenção plena e inteligência emocional, a fim de exercer a agência moral em resposta ao DM (RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017). Monteverde (2016) mediu o sucesso da educação ética com base em palestras introduzindo a tipologia de estressores morais. De acordo, antes e depois da palestra os alunos foram presenteados com vinhetas retratando situações moralmente estressantes. Em suas descobertas, observou uma redução estatisticamente relevante nos níveis medidos de percepção de DM após as palestras. Isso significaria que fornecer aos alunos (e aos profissionais de saúde) um sólido conhecimento de ética poderia impedir que eles desenvolvessem DM ou, pelo menos, diminuiria as suas consequências negativas apoiando a sua agência moral;
- c) Desenvolver a sensibilidade moral: desenvolver a competência ética envolve incorporar a ética, isto é, viver os valores que são adotados e mostrar coesão entre caráter interno e comportamentos externos, aprofundando e aperfeiçoando a sensibilidade moral, percebida como a capacidade de perceber os aspectos moralmente relevantes das circunstâncias e situações, discernir várias maneiras de responder a eles e a capacidade de ter empatia com as experiências dos outros (LÜTZÉN; EWALDS-KVIST, 2013, RUSHTON, 2016);
- d) Manter a integridade: para que esta seja preservada, os profissionais precisam de sensibilidade moral robusta e de capacidade para considerar alternativas que possam não ser óbvias ou que possam ser rejeitadas sem um discernimento cuidadoso (RUSHTON, 2016). Se os profissionais de saúde são capazes de recuperar o senso de controle sobre si, também são capazes de encontrar valor e significado diante do sofrimento inevitável (LÜTZÉN; EWALDS-KVIST, 2013). Deste ponto de vista, eles são capazes de crescer em vez de experimentar o que Epstein e Hamric (2009) chamam

de “efeito crescente”, um acúmulo de DM não-resolvido com base em uma relação entre as experiências repetidas e a intensidade do sofrimento (moral), desprovido de significado e discernimento, que prejudica a capacidade de restaurar a integridade e apoiar a RM. Esse resíduo pode ser o ímpeto para potencialmente reformular a arquitetura do senso de controle, a fim de apoiar a coerência, o significado e a própria integridade, bem como a integridade da equipe e das outras pessoas;

- e) Desenvolver a coragem moral: perseverar e resistir, apesar da incapacidade de agir de acordo com a sensibilidade moral e o julgamento racional, é uma marca da RM. Aqueles que vivem os valores e os princípios morais, enfrentam os impedimentos individuais e estruturais à ação moral e à integridade e promulgam sua indignação moral de forma construtiva, eficaz e preservadora da integridade (RUSHTON, 2016). Na coragem moral, Lachman (2007) enfatiza que o indivíduo tem a capacidade de superar o medo e defender seus valores fundamentais; disposição de falar e fazer o que é certo em face de forças que levariam uma pessoa a agir de alguma outra forma; e habilidade em colocar os princípios em ação;
- f) Buscar suporte organizacional: a instituição precisa valorizar e criar uma cultura de prática ética e comprometer recursos para apoiar os indivíduos no desenvolvimento da RM. Criar esta cultura exigirá uma abordagem multifacetada para projetar estruturas que permitam a prática ética dentro da complexidade das relações humanas, sistemas e sociedade. Além disso, as instituições devem criar e compartilhar as melhores práticas para promover a comunicação contínua entre os prestadores de serviços de saúde e facilitar a resolução de questões éticas (RUSHTON, 2016; RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017);
- g) Falar com clareza e confiança: a capacidade de articular a natureza do problema moral, examinar a justificação ética, explorar as obrigações éticas e determinar a ação eticamente desejável a ser tomada é necessária. Como por exemplo, discutindo suas preocupações em rodadas interprofissionais usando vocabulário claro, convincente e eticamente adequado (RUSHTON, 2016);
- h) Envolver-se com os outros: o alinhamento de “crenças, valores e hábitos mentais; confiança e cooperação; diversidade cognitiva; comunidades fortes, liderança translacional e governança adaptativa” são elementos essenciais para reforçar a resiliência (ZOLLI; HEALY, 2012, p. 15). Esse engajamento pode incluir conversas

individuais com colegas, discussões interprofissionais, atividades em equipe e contatos com familiares, amigos e pessoas de apoio externo (RUSHTON, 2016);

- i) Estimular um aprendizado transformacional: os resilientes aprendem a ressignificar as suas experiências e a redirecionar a sua estrutura moral. O uso de métodos como revisões de casos de rotina, análise da causa raiz de casos com DM e melhoria contínua da qualidade podem apoiar mudanças no comportamento e na prática (RUSHTON, 2016).

As recomendações propostas abaixo são destinadas aos gerentes de enfermagem e demais líderes de enfermagem em todos os contextos de prática para cultivar e apoiar a RM:

- a) Assegurar que cada enfermeiro individual tenha acesso a recursos para cultivar a RM;
- b) Participar de mecanismos institucionais para formar e apoiar questões éticas, como comitês de ética, para trazer a enfermagem ao diálogo e à tomada de decisões;
- c) Desenvolver estratégias para apoiar a RM dos enfermeiros com base em evidências aplicadas em outros contextos de resiliência;
- d) Estudar e documentar sistematicamente o impacto das intervenções individuais em relação ao DM, a síndrome de *burnout*, a fadiga, o sofrimento físico e emocional e o trauma secundário;
- e) Tornar-se hábil em reconhecer, analisar e agir de forma ética em resposta a uma complexidade ética, discordância ou conflito;
- f) Avaliar e, se apropriado, adotar uma ferramenta padronizada de triagem e intervenção para reconhecer e abordar o DM e construir a RM;
- g) Incorporar programas destinados a desenvolver capacidades e habilidades em RM, incluindo atenção plena e auto-regulação, competência ética e autocuidado, em níveis de graduação, programas de pós-graduação, mestrado e doutorado, programas de residência em enfermagem e educação continuada (ANA, 2017).

Para examinar práticas promissoras de abordagem ao DM, um projeto colaborativo foi desenvolvido entre o Instituto de Bioética Johns Hopkins Berman, a Escola de Enfermagem Johns Hopkins, o Jornal Americano de Enfermagem e o Jornal de Enfermagem Cristã, juntamente com o Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos e a Associação Norte-amerinaca de Enfermagem, para identificar as estratégias que os indivíduos e sistemas

podem usar para mitigar os efeitos prejudiciais do sofrimento moral e promover a RM. Deste projeto surgiu uma agenda de ações, propostas por 45 enfermeiros, entre clínicos, pesquisadores, especialistas em ética, representantes de organizações e outras partes interessadas, que são:

- a) Prioridades para a educação: criar incentivos para que mais membros do corpo docente desenvolvam a competência em ética prática; preparar os alunos e os clínicos para que reconheçam as preocupações éticas cotidianas, fornecendo uma estrutura para identificar essas preocupações e a linguagem apropriada para discuti-las proativamente antes que elas causem DM; exigir que os currículos incluam conteúdos básicos de ética e compreensão da RM; e, estruturar programas de desenvolvimento profissional contínuo em todos os níveis de especialização e prática, com o propósito de fornecer o conhecimento e as habilidades necessárias para reconhecer e lidar com situações de sofrimento moral;
- b) Prioridades para a prática: implementar um ambiente de trabalho que promova a reflexão e a comunicação e recompense a equipe por levantar questões éticas; fornecer recursos projetados para abordar questões moralmente desafiadoras e incluir consultores que possam facilitar conversas relacionadas à ética; promover a colaboração entre todos os membros da equipe de saúde para desenvolver um ambiente de prática ética; e, desenvolver estratégias com colegas interprofissionais para identificar e abordar as causas profundas do sofrimento moral no ambiente clínico;
- c) Prioridades para política: encorajar os organismos de acreditação e certificação a determinar que os currículos de todas as profissões contenham assuntos éticos e aconselhem as instituições de saúde a desenvolver políticas por meio de uma visão ética, sempre perguntando: Que impacto essa política terá na integridade dessa instituição e dos profissionais de saúde que trabalham nela? (RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017).

A RM trata dos aspectos morais da experiência do ser humano; da complexidade moral das decisões, obrigações e relacionamentos; e, os inevitáveis desafios morais que instigam a consciência, o conflito e o sofrimento moral. O domínio moral está interligado com todas as dimensões humanas, como seres biológicos, psicológicos, cognitivos, espirituais e relacionais.

Portanto, os aspectos psicológicos da resiliência estão envolvidos em uma rede sinérgica de processos que também podem ser aproveitados para apoiar a RM (RUSHTON, 2016).

Algumas dimensões oferecem suporte ao conceito mais específico de RM:

- a) O fundamento da RM é a clareza e o compromisso para descobrir intenções, obrigações e valores mais profundos com significado na vida;
- b) A RM baseia-se na conscientização moral, que exige uma consciência fundamental de nossos valores e princípios e o que está em jogo em situações eticamente complexas, convidando a examinar continuamente os valores e pontos de vista e a evitar uma redução da sensibilidade moral que pode levar à negligência ou a desconsiderar situações que exijam uma ação moral resoluta baseada em princípios, mas não em dogmatismo;
- c) Exercer esforço suficiente e ser realista sobre as limitações para reconhecer e abordar as preocupações éticas, além de advogar por uma resolução eficaz e reconhecer quando os resultados estão, em última análise, fora do controle da pessoa (RUSHTON, 2016).

Embora a RM proponha uma orientação positiva, é preciso ter alguns cuidados para evitar o empobrecimento do conceito de RM e conduzi-lo ao relativismo moral (qualquer coisa serve), tais como:

- a) Ignorar as questões sistêmicas que enfraquecem a RM;
- b) Ser rígido ao examinar seus valores e julgamentos pessoais, o que leva a uma forma de cegueira moral frente a outras respostas eticamente justificadas;
- c) Ser incapaz de distinguir situações antiéticas daquelas de complexidade moral que produzem apatia e aquiescência em vez de ação baseada em princípios e valores. Entende-se como complexidade moral aqueles eventos que não se encaixam nas regras aprendidas (MONTEVERDE, 2016).

Allison-Napolitano e Pesut (2015) identificaram que a resiliência dos líderes influencia a resiliência dos liderados e propuseram diferentes estratégias para alinhar a resiliência destes em um sistema de saúde moralmente complexo e em constante mudança:

- a) Envolver-se no diálogo interprofissional em casos verdadeiramente complexos em formato de seminário. Isso permite que os membros explorem os métodos de seus

- colegas para participar do caso. O foco desse esforço é permitir que os membros revisitem o trauma passado para desenvolver a apreciação do contexto apropriado em que o trauma ocorreu, contrariando a tendência de universalizar e reconquistar um senso de si mesmos como agentes morais competentes;
- b) Líderes e funcionários formulam políticas e prioridades que reforçam a exigência de verbalizar preocupações em casos moralmente complexos, sem a possibilidade de retaliação;
  - c) Líderes consideram rotineiramente as diretivas que eles sustentam. Suas conversas e ações precisam estar em sincronia com uma cultura que apoia um ambiente de trabalho ético. Os conselhos que oferecem, as histórias que contam e, talvez, o mais importante, os exemplos que fornecem podem, de fato, alterar a maneira pela qual os indivíduos interpretam e dão sentido a suas experiências em casos moralmente complexos.

Pavlish *et al.* (2016) propuseram um modelo para orientar a liderança de enfermagem a ser proativa no enfrentamento do DM na prática clínica, no qual deve ficar atenta a sinais precoces de DM; ser receptiva e fazer uma escuta ativa sem preconceitos; avaliar os padrões de autoridades e poder e como podem provocar sofrimentos; instituir um diálogo ético e um espaço seguro para estas discussões; utilizar os recursos da organização, como comitês, equipes de educação ética, pesquisadores e clínicos eticistas; engajar as demais lideranças no desenvolvimento de políticas e práticas para mitigar os conflitos éticos; e, estabelecer o autocuidado como algo habitual.

Enfermeiros líderes em uma unidade de terapia intensiva pediátrica norte-americana realizaram um estudo com 47 equipes multidisciplinares de cuidados intensivos, aplicando um “pacote de resiliência” com práticas validadas na literatura, como *debriefing*, conversas individuais com colegas e atividades sociais fora do trabalho, exercícios, atividades de fé e momentos em família. Com o uso da Escala Cd-Risc, constatou-se um aumento estatisticamente significativo na resiliência do grupo pós-intervenção (79,9 para 83,4,  $p < 0,0001$ ) (CONNOR; DAVIDSON, 2003). Os resultados deste projeto apoiam a ideia de que vários métodos são úteis para aumentar a resiliência e combater os efeitos do DM no ambiente de cuidados de saúde de alta intensidade ética (DAVIS; BATCHELLER, 2020, *in press*).

Além da ênfase individual, o sofrimento e a RM também podem ser entendidos sob a perspectiva social, no qual os próprios agentes morais (categorias, grupos específicos, classes,

organizações e outros) atuam sobre si, produzindo sofrimento e ao mesmo tempo as ações necessárias para minimizar esses efeitos perturbadores. Nesse caso, os enfermeiros não estão sozinhos e passam por experiências semelhantes, tentando responder coletivamente de forma adequada às questões éticas em suas práticas (WOODS, 2020). Desse contexto, recorre-se, como exemplo, às exigências emanadas por entidades de classes que imediatamente impactam na realidade da própria categoria e inviabilizam, em curto prazo, a prática cotidiana.

Ainda, deve-se haver um equilíbrio dos valores morais individuais que influenciam o bem-estar e a resiliência (ATHOTA; BUDHWAR; MALIK, 2020). Sala Defilippis, Curtis e Gallagher (2019) sugerem que o excesso de RM é representado pelo vício da rigidez ou inflexibilidade. Ou seja, quando alguém (orgulhosamente) está fortemente convencido de que sabe o que deve fazer, ele ou ela tomará sua decisão sem considerar as opiniões e desejos dos outros. Por outro lado, a falta de RM é representada pelo vício do desalento, levando o indivíduo ao desejo de não fazer nada, provavelmente como consequência de uma espécie de fraqueza moral.

Evidências que identificam a importância da RM individual têm a oportunidade de incentivar os sistemas de saúde a investirem em programas de RM para cultivar um ambiente de trabalho saudável e melhorar a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente (ANA, 2017). De fato, isso pode constituir-se em um fator preponderante para a (re)construção e a manutenção da integridade humana, buscando enfatizar as potencialidades dos envolvidos, bem como encontrar um ponto de equilíbrio para o enfrentamento das adversidades morais.

## 4 MÉTODO

Quanto à abordagem do problema, esta pesquisa classifica-se como de natureza quanti-qualitativa, na perspectiva da complementariedade (HALCOMB; HICKMAN, 2015). Neste sentido, para cumprir com os objetivos, a etapa quantitativa buscou analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem nos HUF/Ebserh. Tratou-se responder à questão da pesquisa por meio da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (RAMOS *et al.*, 2019) ou *Brazilian Moral Distress Scale in Nurses* (MDSN-Br), encaminhada via *online* (formulário eletrônico): Qual o nível de DM entre os gestores em enfermagem nos HUF/Ebserh? O DM ocorre de formas distintas entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF/Ebserh?

A etapa qualitativa objetivou identificar as estratégias de RM na gestão de enfermagem em HUF/Ebserh. Ainda, por meio de entrevista estruturada *online* (formulário eletrônico), com perguntas abertas, dedicou-se em atender à questão de pesquisa: Como os gestores de enfermagem nos HUF/Ebserh lidam com o processo de DM na busca de estratégias de RM? E quais as possíveis contribuições da organização neste processo?

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Na perspectiva quantitativa, trata-se de um estudo com delineamento transversal. Estudos transversais ou de corte transversal são pesquisas de prevalência que visualizam a situação de uma população em um determinado ponto no tempo, e todas as medições são feitas sem período de seguimento, essenciais quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição e associação (HULLEY *et al.*, 2015; ROUQUAYROL; GURGEL, 2017). Assim, para medir a frequência e intensidade de DM, a MDSN-Br foi aplicada via *online* (formulário eletrônico) uma única vez em cada participante (enfermeiro gestor do HUF/Ebserh).

Na abordagem qualitativa, trata-se de um estudo exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória começa com um fenômeno de interesse e segue com a investigação da natureza do fenômeno e fatores relacionados, lançando luz sobre as várias maneiras em que um fenômeno se manifesta. Nos estudos descritivos, os pesquisadores contam, delineiam, elucidam e classificam os fenômenos em suas dimensões, variações e importância. Na pesquisa descritiva tem-se como objetivo principal a descrição precisa das características de pessoas, situações ou

grupos e/ou a frequência com que certos fenômenos ocorrem (POLIT; BECK, 2010). Nesse sentido, na etapa qualitativa, este estudo pretendeu explorar as estratégias de RM na gestão de enfermagem em hospitais universitários federais ligados à Ebserh.

#### 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O local é o campo de estudo onde os fenômenos de interesse se desenrolam (POLIT; BECK, 2019). Assim, o presente estudo pretende abordar, concomitantemente, os HUF vinculados à Ebserh. Esta opção (homogênea) é motivada ao perceber que coexistem novas arenas políticas e estruturais nas práticas de gestão presentes nestes hospitais e fortes desafios morais vivenciados pelos gestores de enfermagem destas instituições.

A rede de HUF é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Atualmente, a Ebserh é responsável pela gestão de 40 HUF, vinculados a 32 IFES (ver Apêndice A). Dentre aqueles que não aderiram à rede Ebserh, estão a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com oito hospitais, e que promove parceria com Fundação de Apoio para a administração de seu complexo hospitalar, o HU da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRS), caracterizado como uma Empresa Pública (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

No Brasil, segundo o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), haviam em janeiro de 2020 294.280 leitos hospitalares disponíveis para o SUS. Neste mesmo período, os HUF/Ebserh totalizaram 9.005 leitos, aproximadamente 3,0% do total de leitos hospitalares existentes para o SUS no país (BRASIL, 2008). Os HUF/Ebserh são reconhecidos por sua importância e relevância na formação de profissionais, bem como pela sua essencialidade no contexto do sistema de saúde e sua inserção como forte integrante da rede de atenção à saúde em ações de média e alta complexidade.

Na rede HUF/Ebserh, observa-se uma maior concentração de hospitais de médio porte (n=19 ou 47,5%), seguido de hospitais de pequeno porte (n=16 ou 40%), concentrados principalmente na região Nordeste (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, segundo a região e porte hospitalar, janeiro 2020.

Região	Pequeno		Médio		Grande		Total	
	< 200 leitos		200 a 400 leitos		> 400 leitos			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Norte	3	7,5	1	2,5	0	0,0	4	10,0
Nordeste	8	20	7	17,5	2	5,0	17	42,5
Centro-Oeste	2	5,0	3	7,5	0	0,0	5	12,5
Sudeste	2	5,0	4	10,0	2	5,0	8	20,0
Sul	1	2,5	4	10,0	1	2,5	6	15,0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>40,0</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>	<b>5</b>	<b>12,5</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Brasil (2008).

Os HUF/Ebserh de grande porte estão igualmente distribuídos nas regiões Nordeste e Sudeste (2 de 5), sendo que apenas um está localizado na região Sul. Não há hospitais de grande porte nas regiões Norte e Centro-Oeste. A região Nordeste concentra o maior número de hospitais da rede Ebserh (42,5%).

Cabe destacar que foi utilizado como requisito para classificação de porte hospitalar dos HUF os parâmetros preconizados pela Ebserh (BRASIL, 2013b): pequeno (menor que 199 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); e, grande (igual ou maior que 400 leitos). Não há um padrão quanto a esta denominação devido à diversidade de fontes e falta de consensos. Assim, a intenção aqui se pautava na necessidade de elucidar e explorar o cenário da rede HUF/Ebserh e sua configuração no país.

Em relação à força de trabalho dos HUF, a proporção de trabalhadores contratados pela Ebserh já supera o quantitativo de estatutários e fundacionais<sup>3</sup>. Mais da metade dos trabalhadores contratados pela empresa (n=15.640) estão localizados na região Nordeste, que representa 26,77% da força de trabalho geral da rede (Tabela 2).

Nos últimos anos houve uma redução significativa dos trabalhadores fundacionais e, atualmente, representam apenas 2,39% do contingente de pessoal nos HUF vinculados à Ebserh. A relação global do quantitativo de trabalhadores por leito nos HUF/Ebserh é de 6,5 (ver Apêndice B).

<sup>3</sup> Trabalhadores que prestam serviços nos HUF, contratados via Fundações de Apoio, caracterizados como vínculos precários sob a forma de terceirização irregular, uma vez que desempenham atividades-fim no hospital (assistenciais e hospitalares) (BRASIL, 2015b).

Tabela 2 – Quantidade de trabalhadores dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, por vínculo empregatício e região, junho de 2020.

Região	Regime Jurídico Único (ativos)		Ebserh		Fundacionais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro-Oeste	3.244	5,55	4.081	6,99	0	0,00	7.325	12,54
Nordeste	8.786	15,04	15.640	26,77	0	0,00	24.426	41,81
Norte	1.407	2,41	1.506	2,58	0	0,00	2.913	4,99
Sudeste	6.939	11,88	6.059	10,37	1370	2,35	14.368	24,59
Sul	4.849	8,30	4.514	7,73	25	0,04	9.388	16,07
<b>Total</b>	<b>25.225</b>	<b>43,18</b>	<b>31.800</b>	<b>54,43</b>	<b>1395</b>	<b>2,39</b>	<b>58.420</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Brasil (2020).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo considerou como participantes os enfermeiros ocupantes de cargos de chefia ou na função de liderança em Serviços de Enfermagem atuantes nos HUF/Ebserh. Neste contexto, a DE pode ser considerada o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem. No núcleo operacional e na linha intermediária, encontram-se os demais Gestores de Enfermagem (GE), formalizados em organograma ou não, sob tutela da DE, em cargos de chefia ou na função de liderança de Unidades ou Serviços de Enfermagem (supervisores, coordenadores, líderes, referências ou responsáveis técnicos).

Na abordagem quantitativa, o tamanho da amostra total calculado foi de 118 participantes (DE = 30 e GE = 88). Para este cálculo, foi utilizado o Programa WINPEPI (versão 11.65), considerando um poder de 80%, nível de significância de 5% e a razão de três participantes “GE” para cada “DE” (3:1). Essa amostra foi capaz de detectar uma diferença de 0,6 desvios entre as médias como significativa, considerando o desvio padrão unitário. Salienta-se que por ser um estudo comparativo, pioneiro com essas populações, com escassez de estudos específicos com esse instrumento recente na literatura, optou-se pelo cálculo amostral por Tamanho de Efeito (POLIT; BECK, 2019). Outro detalhe, também importante, é o número restrito de chefias de DE, um por hospital nos 40 hospitais da rede Ebserh (n=40).

Quanto ao modelo de amostragem quantitativa, utilizou-se a técnica não-probabilística por conveniência (POLIT; BECK, 2019). Neste caso, foram envolvidas todas as chefias de DE,

bem como todos os enfermeiros GE indicados pela DE, alcançando-se um total de 126 participantes nesta etapa quantitativa do estudo (DE=32 e GE=94). Após o cumprimento dos critérios de inclusão e requisitos éticos, o processo de recrutamento das chefias de DE foi realizado por meio das Gerências de Ensino e Pesquisas (GEP) dos HUF/Ebserh e/ou por contato direto, via e-mail, telefone ou aplicativo de mensagens instantâneas. Para o recrutamento dos enfermeiros do grupo GE buscou-se o apoio das chefias de DE.

Na abordagem qualitativa, o tamanho da amostra deu-se por saturação de dados, ou seja, quando se observa que as respostas dos participantes se tornam repetidas e redundantes, de modo que a coleta de maior quantidade de dados não gera novas informações (POLIT; BECK, 2019). Inicialmente, foi proposto entrevistar até 40 participantes (DE=20 e GE=20). O plano de amostragem se deu de forma aleatória, por sorteio, entre os dois grupos respondentes na etapa quantitativa, chegando-se a um total de 44 participantes na etapa qualitativa.

Ademais, duas decisões importantes devem ser tomadas na escolha dos participantes do estudo. A primeira, é especificar os critérios de inclusão e de exclusão que definem a população-alvo (HULLEY *et al.*, 2015). Assim, como critérios de inclusão, os enfermeiros ocupantes de cargos de chefia ou na função de liderança em enfermagem, atuantes nos HUF/Ebserh, deveriam apresentar as características:

- a) Enfermeiro nomeado (ou interinamente) na função de chefia da DE;
- b) Enfermeiro nomeado (ou interinamente) na função de chefia de Unidade em qualquer área da enfermagem;
- c) Enfermeiro na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem do HUF/Ebserh.

Como critérios de exclusão, destaca-se:

- a) Chefias de outras categorias profissionais que assumem a liderança em enfermagem interinamente ou acumulam funções, mesmo que temporariamente.

Nos casos de férias, afastamento ou licença de Enfermeiro nomeado ou na função de liderança, foram abordados inicialmente os enfermeiros interinos (substitutos) que ocupavam temporariamente o cargo de chefia ou na função de liderança em enfermagem no HUF/Ebserh. O Enfermeiro nomeado (ou titular) no retorno às suas atividades de gestão durante o período de coleta de dados, foi abordado e convidado a participar da pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados foram encaminhados aos participantes via dispositivo *online* (formulário eletrônico). Nos casos em que os instrumentos apresentaram respostas incompletas, bem como nas situações de morosidade na entrega das informações (período superior a trinta dias), foram tratados como perda amostral, que foi minimizada com a estratégia de abordar todos os enfermeiros DE e um maior número possível de enfermeiros do grupo GE.

#### 4.4 VARIÁVEIS

A pesquisa qualitativa envolve abstrações, como por exemplo, os termos “dor”, “espiritualidade” e “resiliência”, que apresentam aspectos particulares do comportamento e das características humanas. Essas abstrações são chamadas de conceitos ou fenômenos (POLIT; BECK, 2019).

Em um estudo quantitativo, os conceitos são geralmente denominados variáveis. Uma variável, como o próprio nome implica, é algo que varia (POLIT; BECK, 2019). As variáveis, quanto à sua natureza, podem ser categorizadas como qualitativas e quantitativas (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017). As variáveis quantitativas (numéricas ou paramétricas) são discretas (QTD) quando expressam números inteiros, e contínuos (QTC) quando admitem valores fracionários. As variáveis qualitativas (categóricas ou não-paramétricas) são nominais (QLN) quando suas categorias não apresentam uma relação de ordem entre si e do contrário são ordinais (QLO) (NASSAR *et al.*, 2015).

Neste sentido, para cumprir com o objetivo de identificar a frequência e a intensidade de DM vivenciado por gestores de enfermagem em HUF/Ebserh, foram consideradas as variáveis apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem nos HUF/Ebserh.

Variáveis	Código	Descrição	Medida	Classe
Hospital	IDhuf	Identificação (ID) do HUF/Ebserh.	A ser identificado pelo participante.	ID
Porte do HUF/Ebserh	Port	Tamanho do HUF/Ebserh com base no número de leitos: pequeno (menor que 199 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); e grande (igual ou maior que 400 leitos) (BRASIL, 2013b, p.19).	A ser identificado pelo pesquisador: Pequeno porte (1); Médio porte (2); Grande porte (3)	QLO
Região	Reg	Regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.	A ser identificado pelo pesquisador: Norte (1); Nordeste (2); Sudeste (3); Sul (4); Centro-oeste (5)	QLN
Idade	Idad	Número de anos de vida completos.	20 a 29 anos (1); 30 a 39 anos (2); 40 a 49 anos (3); 50 anos ou mais (4)	QLO
Sexo	Sex	Refere-se a identificação de gênero do profissional.	Masculino (1); Feminino (2)	QLN
Tempo de Formação	Tform	Período de tempo que o profissional está formado em enfermagem.	Menos de 1 ano (1); entre 1 a 5 anos (2); entre 6 a 10 anos (3); entre 11 a 15 anos (4); entre 16 a 20 anos (5); mais que 20 anos (6)	QLO
Formação complementar	fcompl	Identifica se o profissional possui alguma formação complementar, além do curso de enfermagem.	Especialização/Residência (1); Mestrado (2); Doutorado (3); Pós-doutorado (4)	QLO
Formação na área de gestão	Fgest	Identifica se o profissional possui alguma formação em gestão.	Sim (1); Não (2)	QLN
Tempo de Atuação	Tatua	Período de tempo que o profissional está atuando como enfermeiro no HUF/Ebserh	Menos de 1 ano (1); entre 1 a 5 anos (2); entre 6 a 10 anos (3); entre 11 a 15 anos (4); entre 16 a 20 anos (5); mais que 20 anos (6)	QLO
Tempo de experiência em gestão	Tgest	Período de tempo que o profissional vivencia ou atua como gestor.	Menos de 1 ano (1); entre 1 a 5 anos (2); entre 6 a 10 anos (3); entre 11 a 15 anos (4); entre 16 a 20 anos (5); mais que 20 anos (6)	QLO
Tempo de experiência na Função	Tfunc	Período de tempo que o profissional está atuando como gestor em enfermagem no HUF/Ebserh.	Menos de 1 ano (1); entre 1 a 5 anos (2); entre 6 a 10 anos (3); entre 11 a 15 anos (4); entre 16 a 20 anos (5); mais que 20 anos (6)	QLO
Número de vínculos	Nvinc	Identifica se o profissional possui mais de um vínculo empregatício, contando com o HUF/Ebserh.	1 (1); 2 ou mais (2)	QLO
Tipo de vínculo	Tivinc	Identifica qual o vínculo trabalhista do profissional com o HUF/Ebserh.	Estatutário (1); Celetista (2)	QLN
Função	Func	Identifica se o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh está posicionado hierarquicamente na gestão estratégica (cúpula), na linha intermediária ou no núcleo operacional.	Chefia de Divisão de Enfermagem (1); Chefia de Unidade em Enfermagem, qualquer área OU Chefia de Serviço de Enfermagem (base operacional), qualquer área (2)	QLO

Variáveis	Código	Descrição	Medida	Classe
Carga horária de trabalho semanal	Chtrab	Identifica qual a carga horária de trabalho semanal cumprida pelo gestor de enfermagem do HUF/Ebserh, considerando, inclusive, outros vínculos.	Até 20 horas (1); entre 21 a 30 horas (2); entre 31 a 40 horas (3); mais de 40 horas (4)	QLO
Reconhecimento, poder e identidade profissional	F1	Este fator refere-se ao confronto ou limitação da expressão da identidade construída e idealizada no processo de profissionalização, devido a situações de desrespeito, desvalorização, discriminação, pressão, bem como ameaça ou perda de autonomia, ou de seu próprio espaço e capacidade de agir dentro dos limites de seu papel e atribuição, ou em resposta a abuso e erros éticos por superiores hierárquicos (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 11 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC
Cuidado seguro e qualificado	F2	Este fator articula aspectos da qualidade do cuidado como objetivo da prática profissional, considerando o acesso, a continuidade, a resolutividade e a recepção adequada dos usuários e suas necessidades, bem como a proteção e segurança de todos os envolvidos no ato de cuidar (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 11 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC
Defesa de valores e direitos	F3	Este fator refere-se à premissa de que o trabalho do enfermeiro se baseia em valores profissionais e pessoais que consideram todos os envolvidos em sua dignidade e direitos. Quando os usuários não têm seus direitos ou cultura respeitados, ou quando os enfermeiros se sentem incapazes de advogar, há uma crise ou conflito entre os valores assumidos e a prática real (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 08 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC
Condições de trabalho	F4	Este fator relaciona-se a algumas das ferramentas de trabalho, elementos ambientais e estruturais utilizados no processo de trabalho. Quando esses recursos ou insumos não estão disponíveis em quantidade e qualidade compatíveis com as funções desempenhadas ou com os resultados ou produtos esperados pelos usuários, trabalhadores e instituições, várias consequências negativas os afetam (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 06 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC
Infrações éticas	F5	Este fator explica a responsabilidade ético-legal dos profissionais e das situações em que são reconhecidas falhas ou infrações éticas relacionadas à imprudência e à omissão, incluindo também o entendimento de negligência, cometido por enfermeiros, médicos e profissionais de outras categorias (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 06 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC

<b>Variáveis</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Medida</b>	<b>Classe</b>
Equipe de trabalho	F6	Este fator refere-se ao dimensionamento e qualificação (incluindo o desempenho) das equipes de trabalho dos enfermeiros e que podem gerar uma sobrecarga de trabalho para eles (RAMOS <i>et al.</i> , 2019).	De acordo com a MDSN-Br, são 07 questões indicando situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (RAMOS <i>et al.</i> , 2019)	QTC

Fonte: o autor.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Foi necessário selecionar ou destinar ferramentas apropriadas para a operacionalização da coleta de dados (POLIT; BECK, 2019). Assim, os dados quantitativos foram coletados na primeira fase, seguidos pelos dados qualitativos coletados na segunda fase (ver Figura 1).

Figura 1 – Protocolo do estudo.

Etapas	Como	Quem	Observações
Aprovação Projeto CEP	Enviar projeto para submissão.	Pesquisador	
Pré-teste (entrevistas)	Realizar o pré-teste do instrumento Qualitativo (entrevista estruturada) com até três enfermeiros em posições de liderança no HUF de Santa Catarina. Realizar as readequações necessárias no instrumento.	Pesquisador	Os participantes deste pré-teste foram convidados presencialmente, porém não foram incluídos na amostra do estudo.  Solicitou-se um prazo de retorno de até cinco dias.
Apoio HUF/Ebserh	Solicitar apoio das GEP/HUF para o recrutamento das Chefias de DE.	Pesquisador	Este processo de recrutamento se deu na forma de contato direto da GEP com as DE e na busca ativa de contatos pelo pesquisador.
Apoio Chefias DE	Solicitar apoio da Chefia de DE/HUF para o recrutamento/indicação dos GE.	Pesquisador	Este processo de recrutamento se deu na forma de contato direto da chefia de DE com os GE. Alguns GE foram contatados pelo pesquisador, mas com o apoio da DE.
TCLE	Enviar via on-line (e-mail) o TCLE aos participantes. O manifesto ao livre consentimento se dará por e-mail mediante devolutiva ao pesquisador com a concordância em participar da pesquisa.	Pesquisador	
MDSN-Br	COLETA DE DADOS: FASE 1 Enviar aos participantes, via on-line (e-mail), o acesso virtual ao instrumento MDSN-Br. Responder a MDSN-Br em até 15 dias. Selecionar os respondentes para a segunda fase.	Pesquisador  DE e GE  Pesquisador	Neste período, instituiu-se uma rotina de contato, a cada 7-10 dias, por e-mail, telefone e ou dispositivo de mensagens instantâneas.
Entrevista Estratégias de RM	COLETA DE DADOS: FASE 2 Enviar aos participantes selecionados na fase 1, via on-line (e-mail), o acesso virtual ao instrumento Qualitativo. Responder as Perguntas abertas em até 15 dias.	Pesquisador  DE e GE	Neste período, instituiu-se uma rotina de contato, a cada 7-10 dias, por e-mail, telefone e ou dispositivo de mensagens instantâneas.
Análise dos Dados			

Fonte: o autor.

No primeiro momento, encaminhou-se às chefias de DE, via e-mail ou dispositivo de mensagens instantâneas, o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e ao instrumento de coleta de dados quantitativos (MDSN-Br) (Anexo A). Solicitou-se um essencial apoio a todas as chefias de DE, compartilhando o *link* e estimulando os demais GE em participar da pesquisa.

Na segunda fase, após o sorteio entre os participantes da etapa quantitativa, enviou-se aos enfermeiros selecionados, via e-mail, o *link* de acesso virtual ao instrumento de coleta de dados qualitativos (Apêndice D).

Nas duas fases de coleta de dados, solicitou-se um prazo máximo de 15 dias para o retorno dos instrumentos preenchidos. Neste período, instituiu-se uma rotina de contato (via telefone e e-mail) com o maior número de participantes possível, na pretensão de esclarecer e sanar quaisquer dúvidas em relação aos procedimentos do estudo e estabelecer um canal efetivo de prontidão e assistência em eventuais necessidades.

#### **4.5.1 Instrumentos de coleta de dados**

Para identificar a frequência e a intensidade de DM vivenciado por gestores de enfermagem em HUF/Ebserh, utilizou-se como parâmetro a MDSN-Br validada por Ramos *et al.* (2019), com confiabilidade alpha de Cronbach 0,980 (instrumento), que conta com 49 questões, indicando os preditores ou situações desencadeadoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente) (Anexo A).

Os preditores reunidos na MDSN-Br expressam a identidade de seis fatores, quais sejam: “Reconhecimento, poder e identidade profissional” (F1=11 questões), “Cuidado seguro e qualificado” (F2=11 questões), “Defesa de valores e direitos” (F3=08 questões), “Condições de trabalho” (F4=06 questões), “Infrações éticas” (F5=06 questões) e “Equipes de trabalho” (F6=07 questões). No presente estudo, optou-se por realizar algumas adaptações na caracterização sociodemográfica e laboral deste instrumento, com o intuito de retratar com maior nitidez o perfil dos participantes do estudo.

Na coleta de dados qualitativos, os instrumentos estruturados com perguntas abertas permitem que os participantes respondam com suas próprias palavras, capaz de obter informações subjetivas e objetivas sob a perspectiva daquele que está sendo questionado,

permitindo que o participante fale por si e possa descrever seus dados e próprias visões de mundo (HURLEY; DENEGAR; HERTEL, 2011; POLIT; BECK, 2019). Embora os dados de autorrelatos qualitativos sejam com frequência reunidos em entrevistas face a face, eles também podem ser coletados por escrito, especialmente pela internet, um recurso cada vez mais comum (POLIT; BECK, 2019).

Neste sentido, para identificar as estratégias de RM na gestão enfermagem em HUF/Ebserh, utilizou-se como guia um roteiro de entrevista estruturada (via *online*, formulário eletrônico) (Apêndice D), que se propôs a desvendar a realidade prática de enfrentamentos do gestor (cotidiano), de um lado, e de outro a expectativa (imaginário de possibilidades) dos gestores em relação ao papel da instituição neste contexto de DM. Os dados sociodemográficos e laborais dos participantes desta etapa foram obtidos e tratados pelo pesquisador por meio dos dados quantitativos da primeira etapa, que por sua vez subsidiaram o plano de amostragem da fase qualitativa (aleatoriedade).

#### 4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Após codificação e categorização, os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (base de dados), que auxiliou nas revisões e análises posteriores no *software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0.

De acordo com a dupla Escala Likert de 0 a 6, e para fins de análise dos escores médios da frequência e da intensidade de DM, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos, com base em Dyo, Kalowes e Devries (2016): baixo (0-1,99), moderado (2,00-3,99) e alto (4,00-6,00).

Embora os escores de frequência e intensidade de cada questão possam ser examinados separadamente, também foi possível calcular um escore composto. Este procedimento coaduna-se com o postulado de “efeito crescente”, traduzido pela relação entre as experiências repetidas e a intensidade do DM (EPSTEIN; HAMRIC, 2009).

Com base no método descrito por Hamric, Borchers e Epstein (2012) e nos escores da MDSN-Br, essa pontuação composta para o DM Geral (DMG) foi calculada em duas etapas. Primeiro, o escore de frequência e o escore de intensidade são multiplicados para cada uma das 49 questões/itens. Este processo cria uma nova variável para cada item, o escore de frequência vs intensidade (FxI), que varia de 0 a 36, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o

DM identificado por questão. Em seguida, a pontuação DMG foi obtida pela soma da pontuação “FxI” de cada item, resultando em uma escala de 0 a 1.764, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o DM vivenciado. Para fins de análise dos escores de DMG, com base no número de questões por fator, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos: F1 (0-396), F2 (0-396), F3 (0-288), F4 (0-216), F5 (0-216) e F6 (0-252).

As variáveis categóricas estão apresentadas em suas frequências absolutas (n) e relativas (%). As proporções das características sociodemográficas e laborais entre os grupos (DE e GE) foram comparadas pelo teste de qui-quadrado. Quando significativa, a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, enfatizando-se as categorias com valores maiores ou iguais que 1,96. Isso permitiu avaliar a diferença das características entre os dois grupos.

De acordo com os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste t independente ou a análise de variância (dependendo do número de categorias das variáveis) para comparar as médias das respostas de frequência e intensidade aos itens do instrumento entre os grupos e as suas características sociodemográficas e laborais. Assim, foi possível observar também se há significado estatístico da diferença entre as médias dos fatores de DM, avaliando o efeito das características, independente da análise do grupo. O nível de significância adotado para estes testes bivariados foi de 0,05.

Com o propósito de analisar o comportamento do DM frente à interação das características sociodemográficas e laborais entre os grupos DE e GE, optou-se por adotar testes paramétricos e representações pela média e intervalo de confiança. Nesse caso, realizou-se a análise de variância de duas vias (ANOVA 2-way). O nível de significância adotado para o efeito da interação foi de 0,10 devido ao tamanho populacional pequeno em um dos grupos (DE) e o estudo ser exploratório e pioneiro. Cabe destacar que esse relaxamento no nível de significância apenas para a interação já foi adotado em outros estudos na literatura, como por exemplo reportado por Dzhambov *et al* (2017).

Para auxiliar na complexa análise da relação entre as características sociodemográficas e laborais (variáveis independentes) e os diferentes fatores de DM (variáveis dependentes), bem como compreender o efeito das variáveis sobre a intensidade do DM vivenciados pelos gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh, realizou-se uma regressão linear multivariável. O coeficiente angular padronizado (beta) e o coeficiente angular (B) foram calculados. Para medir o percentual de explicação do modelo construído foi calculado o coeficiente de determinação ( $r^2$ ).

Verificou-se a colinearidade entre as variáveis e a normalidade do erro do modelo final. Inicialmente, foram selecionadas as seguintes variáveis: grupos de enfermeiros gestores, porte do HUF, tempo de atuação, sexo, formação na área de gestão e tipo de vínculo. O modelo final foi realizado com seleção *backward* das variáveis, adotando um nível de significância de 0,05 para permanência dessas no modelo final.

Alguns vieses surgiram neste estudo e demandaram cuidados:

- a) Por impossibilidade de estabelecer, medir e controlar todas as variáveis (por exemplo, sensibilidade moral) que podem desencadear o processo de DM, dificilmente será possível assegurar uma forte relação de causa e efeito;
- b) O instrumento de coleta de dados foi enviado aos gestores de enfermagem por meio eletrônico (formulário *online*), bem como as respostas vieram pela mesma via; ou seja, não há observação direta acerca das informações fornecidas e acredita-se na fidelidade e consistência dos dados informados pelos participantes;
- c) Como os dados foram coletados num único momento, as informações coletadas traduzem a percepção e o entendimento naquele período, bem como o grau de (des)interesse pelo conteúdo e o traço de personalidade dos participantes;
- d) Cabe ressaltar que três HUF/Ebserh iniciaram a participação no estudo no período pandêmico do novo Coronavírus (Covid-19) no Brasil. Porém, as duas únicas respostas retornadas não diferiram das médias encontradas anteriormente.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise de dados na pesquisa qualitativa é, por natureza, reducionista (converte uma grande quantidade de dados em segmentos menores) e construcionista (reúne os segmentos em padrões conceituais significativos), e tem por objetivo organizar, fornecer estrutura e extrair significado de materiais narrativos (POLIT; BECK, 2019).

Para a análise dos dados foi utilizado como referencial a Análise Textual Discursiva (ATD), com o apoio do *software* Nvivo (versão 11), para a organização e gerenciamento dos dados.

Apreendida como uma abordagem de análise de dados qualitativos que se desenvolve em um processo de construção de compreensões sobre fenômenos investigados, a ATD se alicerça em um ciclo de análise constituído de três etapas (MORAES; GALIAZZI, 2016):

- a) **Unitarização** (desconstrução, desmontagem e fragmentação dos textos): unitarizar é interpretar e isolar ideias de sentido sobre a temática investigada. Assim, neste movimento desconstrutivo, e a partir do *corpus* da pesquisa obtido nos relatos dos participantes, buscamos identificar e expressar as unidades elementares de sentido sobre as estratégias de enfrentamento do processo de DM e as possíveis contribuições da instituição no cultivo da RM. Este processo de (re)construção de significados aconteceu sob a perspectiva interpretativa do pesquisador e pela aproximação empírico-teórica, em três passos: fragmentação das entrevistas em unidades de significados e codificação de cada unidade; reescrita de cada unidade de modo que assuma um significado patente e mais completo possível em si mesma, gerando as unidades de sentido; e, atribuição de um nome ou título para cada unidade assim produzida. Para cada unidade de significado é possível atribuir uma ou mais unidades de sentido, a depender da ambiguidade e congruência do dado;
- b) **Categorização** (estabelecendo relações e captando o novo emergente): representa um conceito dentro de uma rede de conceitos que pretende expressar novas compreensões. Em um processo auto-organizado de construção gradativa, com retorno cíclico às unidades estabelecidas na primeira etapa, agrupou-se os componentes similares por aglutinação teórica e temática. O princípio da homogeneidade (mesmo princípio ou contínuo conceitual) norteou essa formulação das categorias emergentes, permitindo novas compreensões sobre as estratégias de cultivo da RM;
- c) **Comunicação**: refere-se ao processo de captação do novo emergente, no qual as produções são registradas em documentos concebidos como metatextos, a partir da unitarização e categorização do *corpus*. Essa estrutura textual foi desenvolvida por meio das categorias emergentes e representado pela compreensão e teorização sobre as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh para lidar com o processo de DM (estratégias adaptativas pessoais), bem como a instituição poderia contribuir para o desenvolvimento da RM nos ambientes e nas relações de trabalho (estratégias colaborativas organizacionais). Nesta dinâmica de interpretações e ressignificações, buscou-se aproximar alguns relatos (ou unidades) dos dados apresentados, como forma de subsidiar a compreensão do contexto e possibilitar a validação argumentativa.

A Figura 2 representa o produto da ATD desenvolvido nesta tese a partir do *corpus* da pesquisa.

Figura 2 – Unidades elementares de sentido e categorias da pesquisa, Florianópolis, 2020.

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de sentido</b>	<b>Subcategorias</b>		<b>Unidades de sentido</b>
<b>Estratégias Pessoais (Realidade)</b>	Coragem	<b>Estratégias Intrapessoais</b>	<b>Estratégias Interpessoais</b>	<b>Diálogo</b>  Envolver a equipe  Rede de apoio
	Flexibilidade			
	Distanciamento			
	Práticas de “reequilíbrio”			
	Racionalidade			
<b>Estratégias Organizacionais (Expectativa)</b>	Gerir em conformidade	<b>Gestão intrínseca</b>	<b>Gestão transformacional</b>	<b>Estabelecer relações dialógicas</b>  Empoderar  Encorajar a cooperação
	Promover a educação ética			
	Oferecer proteção psicológica			

Fonte: o autor.

Assim, as subcategorias geradas foram: estratégias intrapessoais, que representam as estratégias internas adotadas pelo gestor a partir de sua percepção e para si (o “eu”); as estratégias interpessoais que se concretizam nas interações com os demais agentes (o “eu e o outro”); gestão intrínseca, relacionada ao apoio da organização a partir das suas responsabilidades internas e basilares (a “estrutura”); e, gestão transformacional, que diz

respeito as interfaces da gestão com os agentes morais, provocando-os para o cultivo de um ambiente de prática ética (o “eu, o outro e a estrutura”).

Além de auxiliar na estruturação e exploração dos dados, o *software* Nvivo, como instrumento de apoio ao conhecimento interpretativo e analítico, permitiu apurar o número de fontes (*corpus* das entrevistas dos participantes DE e GE), trechos codificados (fragmentos ou unidades de significado) e *theme nodes* (unidades de sentido e categorias), além de estabelecer correlações por similaridades de trechos codificados entre os grupos (correlação de Pearson).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob nº 3.549.474/2019 (ANEXO B), atendendo à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e demais disposições complementares que versam sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados obtidos tiveram finalidade exclusiva para a pesquisa ao qual se vinculam e publicações que dela resultarem. Após o término do estudo, as informações levantadas foram arquivadas e ficarão armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão definitivamente apagadas (arquivos digitais).

O TCLE (Apêndice C) foi enviado via *online* aos participantes. A concordância em participar da pesquisa se deu pelo mesmo dispositivo virtual (formulário eletrônico), mediante devolutiva ao pesquisador. Este livre consentimento indicou a concordância na participação das duas fases de coleta de dados do estudo. Em etapa preliminar à submissão no CEP/UFSC e tratando-se como pesquisa unicêntrica com instituições coparticipantes, foi encaminhado à GEP de cada HUF/Ebserh uma Solicitação de Autorização ou Carta de Anuência da Instituição para realizar a etapa de coleta de dados com os gestores de enfermagem, conforme Apêndice E. Salienta-se que a UFSC é o centro coordenador desta pesquisa e a coleta de dados (*online*) foi a única etapa da pesquisa realizada nas instituições coparticipantes. O desenvolvimento deste estudo iniciou-se somente após a aprovação pelo CEP/UFSC. Algumas instituições exigiram, também, a submissão e aprovação em seu respectivo CEP. Nestes casos, a coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação dos Comitês das instituições coparticipantes que requisitaram tal submissão (ver Apêndice F). Cabe salientar que o TCLE enviado a estes participantes também atenderam às orientações e prescrições desses Comitês.

Prevedo os procedimentos que assegurem a confidencialidade, privacidade, proteção e o anonimato de todos os participantes, empregou-se o uso de pseudônimos formados pelas letras “DE” para as chefias de Divisão de Enfermagem, “GE” para gestores de Enfermagem em níveis intermediários e operacionais e “HUF” para os hospitais. Para a sequência dos dados gerados pelas respostas ao instrumento estruturado individual foram utilizados números ordinais correspondentes aleatórios. Cabe destacar que neste estudo inexistem conflitos de interesses, reais ou potenciais, de qualquer natureza. O Quadro 2 apresenta um resumo da estrutura metodológica desta tese.

Quadro 2 – Resumo da estratégia metodológica desta tese.

<b>Tema</b>	Distresse moral e resiliência moral na gestão de enfermagem de HUF/Ebserh.	
<b>Objetivo geral</b>	Analisar o distresse moral entre os gestores de enfermagem e as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em hospitais universitários federais.	
<b>Tese</b>	Os enfermeiros gestores de hospitais universitários federais estão expostos a situações geradoras de DM, cuja intensidade e frequência variam de acordo com o nível hierárquico, levando-os a adotar estratégias adaptativas pessoais e a perceber a necessidade de estratégias colaborativas organizacionais para apoiar o cultivo da RM.	
<b>Perguntas</b>	Qual o nível de DM entre os gestores em enfermagem nos HUF/Ebserh? O DM ocorre de formas distintas entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF/Ebserh?	Como os gestores de enfermagem nos HUF/Ebserh lidam com o processo de DM na busca de estratégias de RM? E quais as possibilidades colaborativas da organização neste processo?
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por diferentes níveis de gestão de enfermagem em HUF.</p> <p>Analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de distresse moral em gestores de enfermagem de HUF.</p>	Identificar as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em hospitais universitários federais.
<b>Método</b>	Quantitativo	Qualitativo
<b>Desenho</b>	Transversal	Exploratório e descritivo
<b>Contexto do estudo</b>	HUF/Ebserh	
<b>Amostra e Amostragem</b>	Tamanho de efeito, por conveniência	Saturação de dados, por sorteio (aleatória)
<b>Participantes do estudo</b>	Gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh: DE e GE	
<b>Variáveis/ Conceitos</b>	Sociodemográficas e laborais, e questões indicando situações preditoras de DM para frequência e intensidade	Categorias emergentes dos relatos
<b>Coleta de dados</b>	(fase 1: quanti; fase 2: quali)	
<b>Instrumentos de coleta</b>	MDSN-Br	Entrevista estruturada <i>online</i> , com perguntas abertas
<b>Processamento e análise dos dados</b>	Estatística descritiva e inferencial/ <i>software</i> SPSS (versão 25.0).	ATD/ <i>software</i> Nvivo (versão 11)
<b>Aspectos éticos</b>	Resolução 466/2012 CNS Aprovação do centro coordenador CEP/UFSC sob nº 3.549.474/2019.	

Fonte: o autor.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaborados três manuscritos a partir dos resultados deste estudo, intitulados:

- a) Distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem no contexto de Hospitais Universitários Federais.
- b) Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em gestores de enfermagem de Hospitais Universitários Federais.
- c) Resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de Hospitais Universitários Federais.

O formato de apresentação dos resultados em forma de manuscritos/artigos atende às orientações da Instrução Normativa 01 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN, 2016).

O primeiro manuscrito atende ao objetivo de analisar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem em Hospitais Universitários Federais vinculados à Ebserh.

O segundo manuscrito apresenta os resultados da análise da associação das características sociodemográficas e laborais com os fatores preditores de distresse moral em gestores de enfermagem em Hospitais Universitários Federais vinculados à Ebserh.

E o terceiro manuscrito versa sobre as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em Hospitais Universitários Federais ligados à Ebserh.

## 5.1 MANUSCRITO 1: DISTRESSE MORAL VIVENCIADO POR GESTORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

### **Moral distress experienced by nursing managers in the context of Federal University Hospitals**

### **Angustia moral experimentada por gerentes de enfermagem en el contexto de los Hospitales Universitarios Federales**

Michel Maximiano Faraco. Discente em nível de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Francine Lima Gelbecke. Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Coorientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

### **Resumo**

Trata-se de um estudo transversal com o objetivo de analisar a frequência e intensidade de distresse moral entre gestores de enfermagem em Hospitais Universitários Federais. Os dados foram coletados online com 126 enfermeiros, entre dezembro de 2019 e maio de 2020, aplicando-se a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros. Constatou-se um nível moderado de frequência (3,07, DP=1,21) e intensidade (3,55, DP=1,35) de distresse moral, com maiores médias nos fatores “equipe de trabalho”, “cuidado seguro e qualificado” e “condições de trabalho”. O gestor responsável pela base operacional apresentou o maior escore de Distresse Moral Geral (DMG=735,00, DP=377,77), com significância nos fatores “reconhecimento, poder e identidade profissional”, “defesa de valores e direitos” e “infrações éticas”. Percebe-se que a segurança dos pacientes e profissionais são condições basilares na gestão e o distresse moral pode elevar-se na medida em que o enfermeiro se aproxima dos problemas morais vivenciados no ambiente de cuidado.

**Descritores:** Ética em enfermagem. Administração hospitalar. Estresse psicológico. Esgotamento profissional. Distresse moral.

### **Abstract**

This cross-sectional study aimed to investigate the frequency and intensity of moral distress among nursing managers at Federal University Hospitals. Data were collected from a sample of 126 nurses between December 2019 and May 2020, applying the Brazilian Scale of Moral

Distress in Nurses. There was a moderate level of frequency (3.07, SD=1.21) and intensity (3.55, SD=1.35) of moral distress, with higher averages in the predictor factors "work team", "qualified and safe care" and "working conditions". The manager responsible for the operational base had the highest score for General Moral Distress (GMD=735.00, SD=377.77), with significance in the factors "recognition, power and professional identity", "defense of values and rights" and "ethical infractions". Thus, it was observed that the safety of patients and professionals are pivotal in management and the moral distress may increase as the nurse approaches the moral problems experienced in the care environment.

**Keywords:** Nursing ethics. Hospital administration. Psychological stress. Professional burnout. Moral distress.

### Resumen

Este estudio transversal tuvo como objetivo investigar la frecuencia e intensidad de la angustia moral (AM) experimentada por los directores de enfermería en los Hospitales Universitarios Federales. Los datos fueron recolectados en línea con 126 enfermeras, entre diciembre de 2019 y mayo de 2020, a través de la Escala de DM de Enfermeras de Brasil. Hubo un nivel moderado en la frecuencia (3.07, DT=1.21) e intensidad (3.55, DT=1.35) de la AM entre las enfermeras gerentes, con promedios más altos en relación a los predictores "equipo de trabajo", "atención segura y calificada" y "condiciones de trabajo". La enfermera del grupo operativo presentó el puntaje AM más alto (AMG=735,00, DE=377,77), con efectos significativos en los factores "reconocimiento, poder e identidad profesional", "defensa de valores y derechos" y "infracciones éticas". De esta manera, queda claro que la seguridad de pacientes y profesionales son condiciones básicas en el manejo y que la DM puede elevarse a medida que el enfermero se acerca a los problemas morales vividos en el ámbito asistencial.

**Descriptor:** Ética en enfermería. Administración hospitalaria. Estrés psicológico. Agotamiento profesional. Angustia moral.

### Introdução

O conceito de Distresse Moral (DM) surgiu pela primeira vez para descrever a experiência do enfermeiro diante de barreiras organizacionais e sistêmicas que o impede de agir de acordo com seu próprio julgamento moral, pois "sabe a coisa certa a fazer, mas as restrições institucionais tornam quase impossível seguir o curso correto de ação" (JAMETON, 1984, p. 6).

Neste sentido, o enfermeiro consciente de seu papel moral nos microespaços de ação, não consegue atuar de acordo com seus valores e preceitos morais, gerando uma sensação de angústia e impotência, o que pode resultar em despersonalização e perda de sua integridade

moral, gerando uma baixa expressividade ética, política e defensiva, com manifestações físicas, psíquicas e comportamentais (BARLEM; RAMOS, 2015).

Em 2001, um instrumento pioneiro, a Escala de Distresse Moral (MDS, do inglês *Moral Distress Scale*), voltado para enfermeiros de diferentes unidades em hospitais, foi desenvolvido para medir o grau de distresse moral (CORLEY *et al.*, 2001). Desde então, a ferramenta foi aperfeiçoada e revisada (MDS-R), podendo ser utilizada em outros trabalhadores da saúde e em diversos contextos (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012).

No Brasil, a primeira adaptação e validação da MDS ocorreu em 2009, quando foi possível concluir que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o DM relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no seu ambiente de trabalho, sendo muitos deles relacionados a questões organizacionais (BARLEM *et al.*, 2012). Assim, o instrumento foi submetido a um novo processo de validação, tornando-o aplicável a todos os profissionais da equipe de enfermagem, a partir de 2012, em âmbito hospitalar (BARLEM *et al.*, 2014).

A Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros, ou *Brazilian Moral Distress Scale in Nurses* (MDSN-Br), começou a ser desenvolvida entre os anos de 2014 e 2015, contemplando uma intensa revisão integrativa sobre as causas de DM no enfermeiro, e de um *survey* realizado com 771 enfermeiros atuantes em diferentes cenários no país (RAMOS *et al.*, 2016a; 2017). Neste projeto multicêntrico, o instrumento foi aplicado em 1.227 enfermeiros do Brasil entre novembro de 2015 e maio de 2016 por meio de um formulário *online*, consistindo a versão validada em seis fatores e 49 questões (RAMOS *et al.*, 2019a).

O DM, fenômeno relatado inicialmente na prática clínica, vem sendo estudado em vários campos de atuação da enfermagem. Segundo Ramos *et al* (2016b), existem algumas referências de sofrimento moral relacionadas ao papel do enfermeiro na gestão do cuidado, especialmente por conta das suas atribuições e responsabilidades vinculadas às funções administrativas.

Na área hospitalar, é reconhecido que os enfermeiros gestores desenvolvem inúmeras atividades dinâmicas e complexas, com repercussões diretas sobre a continuidade e a qualidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2017). É nesse quadro que os enfermeiros encontram dificuldades em relação à gestão de pessoas, falta de autonomia, morosidade dos serviços de apoio, bem como aos mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder, além

da fragmentação das práticas mediante a divisão técnica e social do trabalho (CECÍLIO; MERHY, 2003; CECÍLIO, 2009; SANTOS; ERDMANN, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Diante disso, pode emergir uma sensação de fragilidade, esgotamento e angústia, potencializados quando os diversos interesses organizacionais estão em dissonância com a vontade individual e a consciência ética, frequentemente acompanhado pela percepção de que a integridade de uma pessoa foi comprometida (RUSHTON, 2017). Ainda, percorrendo por diferentes níveis de gestão em saúde, observa-se que a experiência do DM pode se manifestar de muitas maneiras, decorrentes também dos desafios e da realidade característicos da situação hierárquica.

Nesse contexto de desafios ético-morais, destacam-se os gestores de enfermagem dos Hospitais Universitários Federais (HUF), com importantes responsabilidades sociais e um compromisso direto com o bem-estar da equipe de enfermagem, desempenhando um papel estratégico na qualidade do cuidado e nas atividades de ensino e pesquisa da organização. Sob uma nova estrutura de governança e concepção política de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares<sup>1</sup> (Ebserh), gerenciam o maior contingente de profissionais da saúde, assegurando a manutenção contínua de padrões éticos e mediando, como prática sócio-humanista por natureza, os conflitos de interesses e os valores institucionais e profissionais.

No cotidiano, devido às preocupações com custos, métricas externas e expectativas organizacionais, muitos enfermeiros podem ser incapazes de traduzir suas crenças morais em ações fundamentadas na ética e, assim, a dor moral se instala. Isso é prejudicial não apenas para o bem-estar do enfermeiro, mas também para o atendimento ao usuário e para a prática clínica como um todo (RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016).

Diante da carência de observações empíricas e reflexões teóricas, somado ao entendimento de que os confrontos éticos e o DM se tornaram parte do ambiente hospitalar, suscita-se como essencial o debate sobre o assunto, além de torná-lo sensível e perceptível, bem como medir o grau do DM entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF, dado as particularidades dos desafios diários e do novo modelo de governança proposto pela Ebserh.

---

<sup>1</sup> A Ebserh foi criada por meio da Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e da Cultura, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

Cabe destacar, os HUF/Ebserh totalizam aproximadamente 3,0% do total de leitos hospitalares existentes para o SUS no país (BRASIL, 2008). Apesar de um universo pouco representativo, estes hospitais são essenciais na formação de profissionais, no fomento de pesquisas e inovações, incorporação tecnológica e projetos de ações sociais e de saúde extensivas às comunidades.

Nesse sentido, o presente estudo pretende analisar a frequência e a intensidade de DM vivenciado por gestores de enfermagem nos HUF vinculados à Ebserh. Com isso, têm-se a intenção de explorar o fenômeno do DM no contexto de enfermeiros gestores, bem como fomentar o processo crítico reflexivo sobre os problemas morais nos diferentes níveis de gestão em enfermagem dos HUF/Ebserh.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal, com amostragem não-probabilística por conveniência, realizado com os enfermeiros em cargos de chefia ou na função de liderança nos Serviços de Enfermagem nos HUF/Ebserh. Neste contexto, a chefia da Divisão de Enfermagem (DE) foi considerada como o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem. No núcleo operacional e na linha intermediária, encontraram-se os Gestores de Enfermagem (GE), consideradas as demais chefias ou lideranças de Unidades ou Serviços de Enfermagem.

O tamanho da amostra total calculado foi de 118 participantes (DE = 30 e GE = 88). Para este cálculo, foi utilizado o Programa WINPEPI (versão 11.65), considerando um poder de 80%, nível de significância de 5% e a razão de três participantes “GE” para cada “DE” (3:1). Por ser um estudo comparativo e pioneiro com essas populações, optou-se pelo cálculo amostral por Tamanho de Efeito (POLIT; BECK, 2019). Outro detalhe, também importante, é o número restrito de chefias de DE, um por hospital nos 40 HUF da rede Ebserh (N=40). Como estratégia para minimizar as perdas amostrais, foram recrutadas todas as chefias de DE, sendo que para cada uma solicitou-se apoio para encaminhar o instrumento de coleta e incentivar a participação dos demais enfermeiros GE de sua instituição.

Os dados foram coletados via *online* (formulário eletrônico) por meio da MDSN-Br validada, que conta com as variáveis sociodemográficas e laborais e 49 questões, indicando as situações predictoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente)

(RAMOS *et al.*, 2019a). Para fins de análise dos escores médios da frequência e da intensidade de DM, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos, com base no estudo de Dyo, Kalowes e Devries (2016): baixo (0-1,99), moderado (2,00-3,99) e alto (4,00-6,00).

O DM Geral (DMG) foi calculado em duas etapas. Primeiro, o escore de frequência e o escore de intensidade são multiplicados para cada uma das 49 questões/itens. Isso cria uma nova variável para cada item, o escore de frequência vs intensidade (F<sub>xI</sub>), que varia de 0 a 36, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o DM identificado por questão. Em seguida, a pontuação DMG foi obtida pela soma da pontuação “F<sub>xI</sub>” de cada item, resultando em uma escala de 0 a 1.764, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o DM vivenciado.

Os preditores reunidos na MDSN-Br expressam a identidade de seis fatores: “reconhecimento, poder e identidade profissional” (F1=11 questões), “cuidado seguro e qualificado” (F2=11 questões), “defesa de valores e direitos” (F3=08 questões), “condições de trabalho” (F4=06 questões), “infrações éticas” (F5=06 questões) e “equipes de trabalho” (F6=07 questões). Para fins de análise dos escores de DMG por fator, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos: F1 (0-396), F2 (0-396), F3 (0-288), F4 (0-216), F5 (0-216) e F6 (0-252).

Após a codificação e categorização, os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (base de dados) que auxiliou nas revisões e análises posteriores no *software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0.

As variáveis categóricas estão apresentadas em suas frequências absolutas (n) e relativas (%). As proporções das características sociodemográficas e laborais entre os grupos (DE e GE) foram comparadas pelo teste de qui-quadrado. Quando significativa, a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, enfatizando-se as categorias com valores maiores ou iguais que 1,96. Isso permitiu avaliar a diferença das características entre os dois grupos.

De acordo com os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste t independente para apurar as médias das respostas de frequência e intensidade aos itens do instrumento entre os grupos. O nível de significância adotado para os testes bivariados foi de 0,05.

Com o propósito de analisar o comportamento do DM frente à interação das características sociodemográficas e laborais entre os grupos DE e GE, optou-se por adotar testes paramétricos e representações pela média e intervalo de confiança. Nesse caso, realizou-se a

análise de variância de duas vias (ANOVA 2-way). O nível de significância adotado para o efeito da interação foi de 0,10 devido ao tamanho populacional pequeno em um dos grupos (DE) e ao fato do estudo ser exploratório e pioneiro. Destaca-se que esse relaxamento no nível de significância apenas para a interação já foi adotado em outros estudos na literatura, como por exemplo reportado por Dzhambov *et al* (2017).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado via *online* aos participantes e a concordância em participar da pesquisa se deu pelo mesmo dispositivo. A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº 3.549.474/2019, atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inexistindo conflito de interesses, reais ou potenciais, de qualquer natureza.

## Resultados

Este estudo contou com a participação de 126 enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94), ligados à 30 HUF/Ebserh. Durante o período de coleta de dados, de setembro de 2019 a maio de 2020, ocorreu a substituição de dois DE. Foram excluídos deste estudo quatro GE por não atenderem aos critérios de inclusão: enfermeiro nomeado (ou interino) ou na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem do HUF/Ebserh.

Cabe destacar, dos 40 hospitais da rede Ebserh, cinco rejeitaram a participação na pesquisa e em outras cinco instituições não houve o retorno dos enfermeiros convidados, mesmo após contatos e esclarecimentos do pesquisador.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e laborais dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e laboral e comparação das proporções das variáveis entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	Total	DE	GE	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Porte do HUF</b>				
Pequeno	54 (42,9)	15 (46,9)	39 (41,5)	0,868
Médio	55 (43,7)	13 (40,6)	42 (44,7)	
Grande	17 (13,5)	4 (12,5)	13 (13,8)	
<b>Região</b>				
Norte	15 (11,9)	4 (12,5)	11 (11,7)	0,963
Nordeste	52 (41,3)	14 (43,8)	38 (40,4)	
Sudeste	25 (19,8)	7 (21,9)	18 (19,1)	
Sul	25 (19,8)	5 (15,6)	20 (21,3)	

Variáveis	Total	DE	GE	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Centro-Oeste	9 (7,1)	2 (6,3)	7 (7,4)	
<b>Idade</b>				
20 – 39	72 (57,1)	6 (18,8)	<u>66 (70,2)</u>	<0,001
40 – 49	30 (23,8)	8 (25)	22 (23,4)	
50 ou +	24 (19,1)	<u>18 (56,3)</u>	6 (6,4)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	10 (7,9)	3 (9,4)	7 (7,4)	0,713
Feminino	116 (92,1)	29 (90,6)	87 (92,6)	
<b>Tempo de Formação</b>				
Até 10 anos	35 (27,8)	1 (3,1)	<u>34 (36,2)</u>	<0,001
11 - 15 anos	42 (33,3)	6 (18,8)	<u>36 (38,3)</u>	
16 - 20 anos	16 (12,7)	4 (12,5)	12 (12,8)	
>20 anos	33 (26,2)	<u>21 (65,6)</u>	12 (12,8)	
<b>Formação complementar</b>				
Especialização/Residência	59 (46,8)	13 (40,6)	46 (48,9)	0,022
Mestrado	44 (34,9)	8 (25)	36 (38,3)	
Doutorado/Pós-doutorado	23 (18,3)	<u>11 (34,4)</u>	12 (12,8)	
<b>Formação na área de gestão</b>				
Não	70 (55,6)	10 (31,3)	<u>60 (63,8)</u>	0,001
Sim	56 (44,4)	<u>22 (68,8)</u>	34 (36,2)	
<b>Tempo de Atuação</b>				
Até 10 anos	43 (34,1)	5 (15,6)	<u>38 (40,4)</u>	<0,001
11 - 15 anos	44 (34,9)	8 (25)	36 (38,3)	
>= 16 anos	39 (31)	<u>19 (59,4)</u>	20 (21,3)	
<b>Tempo de experiência em gestão</b>				
< 5 anos	66 (52,4)	4 (12,5)	<u>62 (66)</u>	<0,001
6 - 10 anos	28 (22,2)	10 (31,3)	18 (19,1)	
11 a 15 anos	14 (11,1)	6 (18,8)	8 (8,5)	
>=16 anos	18 (14,3)	<u>12 (37,5)</u>	6 (6,4)	
<b>Tempo de experiência na Função</b>				
<1 ano	23 (18,3)	3 (9,4)	20 (21,3)	0,070
1 a 5 anos	75 (59,5)	17 (53,1)	58 (61,7)	
6 a 10 anos	16 (12,7)	6 (18,8)	10 (10,6)	
>=11 anos	12 (9,5)	6 (18,8)	6 (6,4)	
<b>Número de vínculos</b>				
1 vínculo	96 (76,2)	25 (78,1)	71 (75,5)	0,766
2 ou 3 vínculos	30 (23,8)	7 (21,9)	23 (24,5)	
<b>Tipo de vínculo</b>				
Celetista	52 (41,3)	4 (12,5)	<u>48 (51,1)</u>	<0,001
Estatutário	74 (58,7)	<u>28 (87,5)</u>	46 (48,9)	
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>				
Até 40 horas	92 (73)	17 (53,1)	<u>75 (79,8)</u>	0,007
>=40 horas	34 (27)	<u>15 (46,9)</u>	19 (20,2)	

Teste qui-quadrado.

Sublinhadas estão as categorias com resíduo ajustado padronizado maiores que 1,96.

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

Quando se comparam as características sociodemográficas e laborais dos grupos DE e GE, observa-se que as variáveis que apresentam diferenças significativas são: idade ( $p < 0,001$ ), tempo de formação ( $p < 0,001$ ), formação complementar ( $p = 0,022$ ), formação na área de gestão

( $p=0,001$ ), tempo de atuação ( $p<0,001$ ) e de experiência em gestão ( $p<0,001$ ), tipo de vínculo ( $p<0,001$ ) e carga horária de trabalho semanal ( $p=0,007$ ). Atenta-se que não houve diferença entre os grupos nas variáveis relacionadas ao porte do HUF e ao tempo de experiência na função como chefe de DE ou GE.

A Tabela 2 apresenta a análise das médias de frequência e intensidade dos fatores de DM entre os grupos DE e GE (consultar Apêndice G para análise completa dos itens da MDSN-BR).

Tabela 2 – Frequência e intensidade de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	Geral	DE	GE	P*
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
<b>Frequência</b>				
F1: Reconhecimento, poder e identidade profissional	2,97 (1,39)	2,18 (1,20)	3,23 (1,35)	<0,001
F2: Cuidado seguro e qualificado	3,44 (1,32)	3,06 (1,26)	3,57 (1,33)	0,058
F3: Defesa de valores e direitos	2,33 (1,63)	1,07 (0,86)	2,76 (1,61)	<0,001
F4: Condições de trabalho	3,45 (1,43)	3,06 (1,34)	3,58 (1,45)	0,076
F5: Infrações éticas	2,73 (1,51)	1,90 (1,33)	3,02 (1,47)	<0,001
F6: Equipe de trabalho	3,75 (1,14)	3,67 (1,08)	3,78 (1,17)	0,613
Geral (F)	3,07 (1,21)	2,48 (0,92)	3,33 (1,20)	<0,001
<b>Intensidade</b>				
F1: Reconhecimento, poder e identidade profissional	3,44 (1,57)	2,63 (1,62)	3,72 (1,46)	0,001
F2: Cuidado seguro e qualificado	3,91 (1,40)	3,67 (1,53)	3,99 (1,35)	0,264
F3: Defesa de valores e direitos	2,96 (1,79)	1,82 (1,68)	3,35 (1,66)	<0,001
F4: Condições de trabalho	3,68 (1,47)	3,29 (1,46)	3,81 (1,46)	0,086
F5: Infrações éticas	3,44 (1,73)	2,76 (1,93)	3,67 (1,60)	0,009
F6: Equipe de trabalho	3,93 (1,22)	3,78 (1,27)	3,98 (1,20)	0,406
Geral (I)	3,55 (1,35)	2,99 (1,33)	3,76 (1,26)	0,004

\*Teste t para amostras independentes

Interpretação do escore médio de frequência e intensidade de DM: 0-1,99 = baixo; 2,00-3,99 = moderado; 4,00-6,00 = alto

Fonte: o autor.

Nesta tabela, constata-se significância estatística na comparação dos grupos (Frequência,  $p<0,001$ ; Intensidade,  $p=0,004$ ), no qual os enfermeiros do grupo GE apresentam maior média de frequência e intensidade de DM quando comparado aos DE. Com base nos escores médios, observa-se um nível moderado de frequência e intensidade (3,07 e 3,55, respectivamente) de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. A intensidade demonstrou-se maior que a frequência de DM. As maiores médias estiveram relacionadas ao fator F6 (Equipe de trabalho) e as menores atreladas ao fator F3 (Defesa de valores e direitos), especialmente no grupo DE (em nível baixo). Nota-se que o maior nível de intensidade de DM entre o grupo GE esteve associado ao fator F2 (Cuidado seguro e qualificado).

Em relação à frequência de DM, verifica-se que as médias dos grupos diferiram significativamente nos fatores F1 [Reconhecimento, poder e identidade profissional ( $p < 0,001$ )]; F3 [Defesa de valores e direitos ( $p < 0,001$ )]; e, F5 [Infrações éticas ( $p < 0,001$ )]. Em todos fatores as médias de frequência de DM do GE foram maiores quando comparadas com as médias do DE.

No que concerne à análise de intensidade dos fatores de DM entre os grupos DE e GE, constata-se que as médias dos grupos diferiram significativamente nos fatores F1 [Reconhecimento, poder e identidade profissional ( $p = 0,001$ )]; F3 [Defesa de valores e direitos ( $p < 0,001$ )]; e, F5 [Infrações éticas ( $p = 0,009$ )]. Em todos fatores as médias de intensidade de DM dos GE foram superiores às médias do grupo DE.

A Tabela 3 apresenta a análise dos escores de DM entre os grupos DE e GE.

Tabela 3 – Escore de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	Σ Frequência x Intensidade (DP)			P*
	Geral	DE	GE	
F1: Reconhecimento, poder e identidade profissional	146,23 (95,74)	97,00 (78,30)	162,99 (95,70)	<0,001
F2: Cuidado seguro e qualificado	172,69 (96,90)	149,75 (90,73)	180,50 (98,15)	0,121
F3: Defesa de valores e direitos	79,59 (75,16)	30,06 (36,18)	96,45 (77,62)	<0,001
F4: Condições de trabalho	91,61 (56,05)	76,25 (51,99)	96,84 (56,68)	0,073
F5: Infrações éticas	69,90 (53,89)	44,16 (46,20)	78,66 (53,72)	0,002
F6: Equipe de trabalho	118,39 (55,12)	114,94 (55,39)	119,56 (55,28)	0,683
DM Geral (DMG)	678,40 (368,32)	512,16 (283,95)	735,00 (377,77)	0,001

\*Teste t para amostras independentes

**Nota:** Variação do escore DMG por fator MDSN-Br (Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros): F1 (0-396), F2 (0-396), F3 (0-288), F4 (0-216), F5 (0-216), F6 (0-252) e DMG (0-1764).

Fonte: o autor.

Estes dados demonstram significância estatística na comparação dos grupos ( $p = 0,001$ ), no qual os enfermeiros do grupo GE apresentam maior escore de DMG quando comparado aos DE. O DMG representa 38,5% do escore máximo do intervalo de variação da MDSN-Br (678,40 de 1764). Com base na variação dos escores DMG por fator, via proporcionalidade (intervalos), observa-se um maior DM na seguinte ordem (decrecente): F6 [Equipe de trabalho (118,39 de 252, ou 46,9%)]; F2 [Cuidado seguro e qualificado (172,69 de 396, ou 43,6%)]; F4 [Condições de trabalho (91,61 de 216, ou 42,4%)]; F1 [Reconhecimento, poder e identidade profissional (146,23 de 396, ou 36,9%)]; F5 [Infrações éticas (69,90 de 216, ou 32,3%)]; e, F3 [Defesa de valores e direitos (79,59 de 288, ou 27,6%)].

Em ambos os grupos, por proporcionalidade, os maiores escores de DM estiveram relacionados ao fator F6 (Equipe de trabalho) e os menores associados ao fator F3 (Defesa de valores e direitos).

No que se refere à análise do DM entre os grupos DE e GE, constata-se que os escores dos grupos diferiram significativamente nos fatores F1 [Reconhecimento, poder e identidade profissional ( $p < 0,001$ )]; F3 [Defesa de valores e direitos ( $p < 0,001$ )]; e, F5 [Infrações éticas ( $p = 0,002$ )]. Em todos os fatores os escores de DM dos GE foram superiores às médias do grupo DE. Em relação aos demais fatores, F2 (Cuidado seguro e qualificado), F4 (Condições de trabalho) e F6 (Equipe de trabalho), não foram encontradas significâncias estatísticas, ou seja, nesses fatores não se pode concluir que há diferença nos escores de DM entre DE e GE.

Com base nas situações preditoras de DM da MDSN-Br, a Tabela 4 classifica as principais situações desencadeadoras de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. Esta tabela permite identificar que os grupos DE e GE geralmente se aproximam na concordância em relação aos itens mais angustiantes. Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda e vivenciar condições de sobrecarga de trabalho foram as principais causas de DM. Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente e trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas é mais angustiante para o grupo GE. Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados e com equipe multiprofissional de saúde incompleta é identificado como uma das principais causas de DM entre o grupo DE.

A Figura 1 apresenta a interação das características sociodemográficas e laborais entre os grupos DE e GE sobre a intensidade do DM. Cabe destacar que este estudo ilustrará apenas as variáveis com valor de  $p$  menor que 0,10 no efeito da interação (Consultar Apêndice H para avaliação completa destas interações).

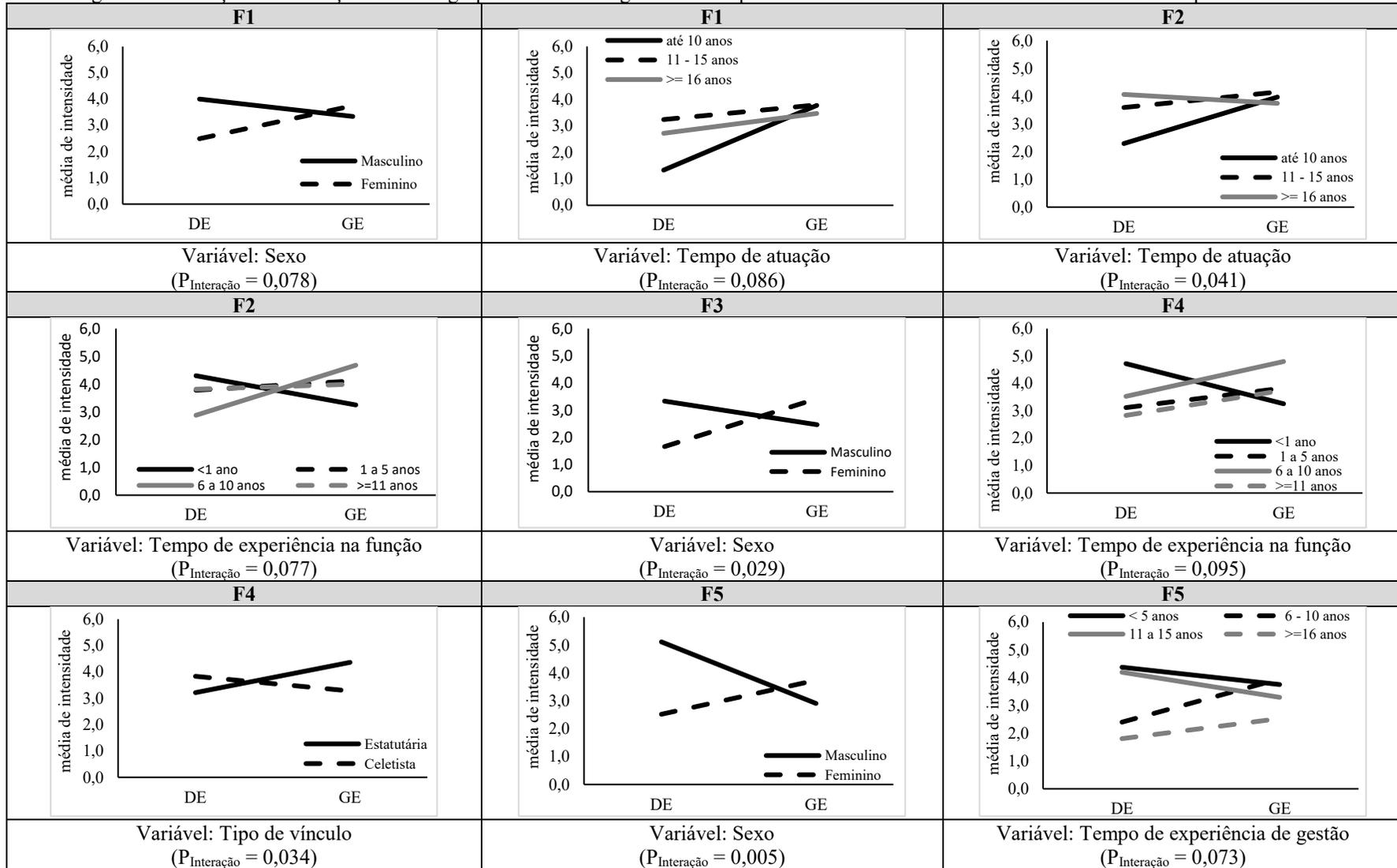
Tabela 4 – Principais situações desencadeadoras de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Situações	Geral		DE		GE	
	F x I (DP)	Rank	F x I (DP)	Rank	F x I (DP)	Rank
Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	20,32 (11,17)	1	20,31 (12,18)	2	20,32 (10,87)	1
Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	20,16 (11,19)	2	20,47 (12,31)	1	20,05 (10,85)	2
Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais	18,95 (10,93)	3	17,41 (11,08)	3	19,48 (10,89)	4
Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente	18,88 (12,35)	4	16,81 (11,84)	5	19,59 (12,50)	3
Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada	18,52 (12,40)	5	16,41 (13,27)	7	19,24 (12,08)	6
Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	18,40 (12,62)	6	15,81 (13,46)	11	19,28 (12,27)	5
Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	18,17 (12,34)	7	16,16 (12,73)	9	18,86 (12,20)	7
Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores	17,44 (10,64)	8	16,38 (11,38)	8	17,80 (10,42)	9
Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde	17,10 (10,63)	9	13,63 (9,78)	13	18,28 (10,70)	8
Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	17,08 (11,47)	10	16,06 (11,79)	10	17,43 (11,41)	10
Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta	16,71 (11,13)	11	16,88 (11,47)	4	16,66 (11,08)	13
Trabalhar com enfermeiros despreparados	16,53 (10,41)	12	15,53 (11,17)	12	16,87 (10,18)	12
Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente	15,91 (10,79)	13	13,00 (9,58)	17	16,90 (11,04)	11
Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	15,64 (10,82)	14	16,63 (11,68)	6	15,31 (10,55)	21

**Nota:** Variação do escore por item 0-36. MDSN-Br (Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros).

Fonte: o autor.

Figura 1 – Ilustração das interações entre os grupos e variáveis significativas representando as médias dos fatores de Distresse Moral para intensidade.



<p style="text-align: center;"><b>F5</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>F6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>F6</b></p>
<p style="text-align: center;">Variável: Tipo de vínculo (<math>P_{Interação} = 0,004</math>)</p>	<p style="text-align: center;">Variável: Sexo (<math>P_{Interação} = 0,022</math>)</p>	<p style="text-align: center;">Variável: Tempo de atuação (<math>P_{Interação} = 0,089</math>)</p>
<p style="text-align: center;"><b>F6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>F6</b></p>	
<p style="text-align: center;">Variável: Tempo de experiência de gestão (<math>P_{Interação} = 0,019</math>)</p>	<p style="text-align: center;">Variável: Tipo de vínculo (<math>P_{Interação} = 0,063</math>)</p>	

Análise de variância de duas vias (ANOVA 2-way).

Fonte: o autor.

Esses dados apontam que a interação dos grupos e a variável sexo foi significativa nos fatores F1, F3, F5 e F6. A intensidade de DM entre os homens no grupo DE é maior em relação aos gestores GE, mas as mulheres DE possuem menores intensidades de DM em relação às enfermeiras do grupo GE. No grupo DE, nota-se que os gestores de enfermagem (masculinos) têm maior intensidade de DM em relação às gestoras (femininas). No grupo GE, observa-se que as gestoras enfermeiras têm maior intensidade de DM do que os enfermeiros gestores.

O tempo de atuação foi significativo nos fatores F1, F2 e F6. A média da intensidade de DM em gestores com até 10 anos de tempo de atuação como enfermeiros no HUF foi menor no grupo DE quando comparada ao grupo GE. Fixando o grupo DE tem-se menores intensidades de DM nas faixas até 10 anos quando comparadas a tempos de atuação mais elevados (F1: 11-15 anos; F2: > 16 anos; e, F6: 11-15 anos e > 16 anos).

Nos fatores F2 e F4 houve significância na interação dos grupos e tempo de experiência na função como gestor em enfermagem no HUF/Ebserh. O grupo DE tem maior DM em relação ao grupo GE quando possui menos de 1 ano de experiência na função. Por outro lado, o grupo GE tem maior DM em relação ao grupo DE quando apresenta um tempo de experiência na função de 6-10 anos. No fator F4, no grupo DE, a menor intensidade de DM esteve relacionada ao maior tempo de experiência na função.

Nos fatores F5 e F6 houve significância na interação dos grupos e tempo de experiência na gestão. Em ambos os grupos, DE e GE, constata-se menor intensidade de DM com tempo de experiência na gestão acima de 16 anos. Na faixa de 6-10 anos a média do grupo DE é menor quando comparado com a intensidade de DM do grupo GE, mas na faixa de 11-15 anos a intensidade média do grupo DE é maior quando comparado com o grupo GE. No grupo DE, a média de intensidade de DM da faixa 6-10 é menor quando comparada com a média da faixa de 11 a 15 anos.

No fator F4, F5 e F6 houve significância no grupo e tipo de vínculo. Tem-se que estatutário no grupo GE possui médias de intensidade de DM maiores quando comparado com o grupo DE. Também é diferente a média de intensidade entre estatutários e celetistas dentro do grupo GE. No grupo GE, a média de intensidade de DM nos estatutários é maior quando comparados com os celetistas. Por outro lado, no grupo DE a média de intensidade de DM nos celetistas é maior quando comparados com os estatutários.

## Discussão

A DE, considerada o nível mais elevado da estrutura de governança dos Serviços de Enfermagem dos HUF/Ebserh, é liderada especialmente por enfermeiros que apresentam uma maior aproximação com a assistência e a gestão em saúde, e que buscam articular a teoria e a prática continuamente (formação e experiência) (BRASIL, 2013). Este perfil desejável se refletiu nos dados encontrados, no qual os participantes pertencentes ao grupo DE, em relação ao grupo GE, possuem um caráter majoritariamente estatutário, com idades mais elevadas, melhor nível e maior tempo de formação, de atuação como enfermeiro e de experiência em gestão.

De fato, espera-se que os enfermeiros gestores em posições estratégicas na organização possuam uma capacidade incomum de equilibrar e tratar, constante e intensamente, as dimensões conceituais, relacionais e técnicas no cotidiano da gestão, bem como assumam de forma exemplar um papel de agente transformador, uma liderança capaz de desenvolver e encorajar as pessoas, mobilizar as práticas e as competências individuais em direção ao alcance das metas organizacionais e ao atendimento das necessidades coletivas (KATZ, 1974; SILVA *et al.*, 2017).

No entanto, os desafios da gestão de enfermagem não estão contidos na cúpula institucional dos HUF/Ebserh. As adversidades da dinâmica do processo de trabalho da enfermagem requerem retidão em todos os níveis da gestão e podem estar atrelados à formação profissional, à satisfação com o trabalho, à sobrecarga, à manutenção da qualidade dos serviços, resolução de conflitos e a necessidade de trabalho em equipe (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto de enfrentamentos e provocações, constatou-se que o sofrimento moral está presente entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh em nível moderado de frequência (3,07) e intensidade (3,55). Estes resultados coadunam com os achados de outros estudos (MCANDREW; LESKE; GARCIA, 2011; BROWNING, 2013; KARANIKOLA *et al.*, 2014; SAUERLAND *et al.*, 2014; LUSIGNANI *et al.*, 2016; ALMUTAIRI *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2020).

Um estudo transversal utilizando a Escala de Distresse Moral (MDS-R), versão revisada por Hamric, Borchers e Epstein (2012), realizado com 283 enfermeiros de unidades médicas, cirúrgicas e de terapia intensiva em um hospital italiano, constatou que os enfermeiros

experimentaram um nível moderado de sofrimento moral (4,27), sendo a frequência em nível moderado (1,51) e a intensidade em nível alto (2,83) (LUSIGNANI *et al.*, 2016).

Ao analisar o DM entre enfermeiros e médicos em hospitais de ensino superior na Arábia Saudita através da MDS-R em um estudo transversal, constatou-se que dos 342 participantes, aproximadamente 24,3% experimentaram severo sofrimento moral. Quase metade dos participantes (42,8%) manifestou vontade de deixar o emprego, e uma associação significativa foi observada entre o DM grave e intenção de abandonar a carreira (OR=3,16;  $p<0,01$ ) (ALMUTAIRI *et al.*, 2019).

No Brasil, a partir de diferentes tipos de serviços assistenciais, um estudo transversal desenvolvido com 1.226 enfermeiros brasileiros por meio da aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral (MDSN-Br), portanto pioneiro na utilização do instrumento, identificou que a intensidade e a frequência de DM foram avaliadas como nível moderado, com médias de 3,08 e 2,94, respectivamente (RAMOS *et al.*, 2020).

Nos HUFs é possível conceber que coabitam práticas e controles (internos e externos) multidimensionais de forma ampla e ininterrupta, onde os enfermeiros gestores podem produzir interações e reações sistemáticas no plano individual e até social. Ao mesmo tempo em que se envolvem e se (auto)influenciam, lidam com a complexa e necessária articulação entre a assistência, ensino e pesquisa, em um espaço com diversas contradições (incluindo os problemas morais) e heterogeneidades, decorrentes das políticas públicas, das exigências ou requerimentos dos órgãos de controle (conselhos, por exemplo), interesses corporativos, dos aspectos jurídico-legais, sanitários e até epidemiológicos.

Nesse cenário de desafios ético-morais, os enfermeiros do grupo GE, quando comparado ao grupo DE, apresentaram o maior escore de DMG (DE=512,16; GE=735,00). É neste núcleo operacional onde ocorrem os processos de trabalho finalísticos (MINTZBERG, 1979). Trata-se de um espaço no qual acontece a maior aproximação do enfermeiro gestor com os problemas morais e o pleno envolvimento com a interação de processos e pessoas, exigindo ações deliberativas assertivas e muitas vezes imediatas. Ademais, enquanto movimento de abordagem das situações morais na base operacional, sob a perspectiva da resolubilidade e responsabilidade, este processo de sintetização pode conceber uma forte atenuação de seus impactos ou nem sequer alcançar os níveis de DE.

Além disso, conjectura-se que a MDSN-Br tenha sido elaborada sob uma forte perspectiva assistencial, apesar de envolver algumas situações de gestão. Nesse pano de fundo com foco no ambiente do cuidado, pode-se esperar que os enfermeiros do grupo GE apresentem os maiores escores de DM, e nesse caso, as questões que envolvem os níveis mais elevados da estrutura hierárquica podem não estar suficientemente contempladas no instrumento.

Um estudo transversal realizado em quatro hospitais de Israel constatou que o dilema ético e as respostas de frequência e intensidade de DM de enfermeiros gerentes (nível estratégico) foram ligeiramente inferiores aos relatados pelos enfermeiros chefes de unidades (nível operacional), dado supostamente atribuído ao papel de gestor, pois os gerentes estão mais afastados da prática clínica cotidiana e veem a equipe como a sua principal responsabilidade, seguida pela garantia de segurança e qualidade da assistência ao paciente (GANZ; WAGNER; TOREN, 2015).

Por outro lado, pode-se supor que no grupo DE (melhor formação e maior experiência), o enfermeiro gestor tenha cultivado em maior grau a resiliência moral, isto é, a capacidade de preservar e restaurar a sua integridade em resposta aos problemas de natureza ético-morais (LACHMAN, 2016; RUSHTON, 2016).

Isso poderia ser possível por meio do desenvolvimento da consciência moral (atenção plena), vislumbrando a necessidade de promoção da autoconsciência e da percepção essencial para manter o foco e o autocontrole diante de situações negativas, reequilibrando o pensamento e o comportamento, a mente e a emoção. Trata-se de uma condição essencial para aprimorar a sensibilidade moral, uma competência ética robusta capaz de permitir que o enfermeiro reconheça o valor e a natureza ética das relações e de cada ação prática, e então ele é capaz de tomar decisões eticamente apropriadas (LÜTZÉN; EWALDS-KVIST, 2013).

Enfermeiros mais experientes podem ter uma sensibilidade ética mais acurada. Por outro lado, a falta de conhecimento relacionado à ética se torna uma das maiores barreiras potenciais ao reconhecimento de questões éticas (HUANG *et al.*, 2016). Portanto, a educação ética é elemento crucial para reduzir significativamente o DM, ou, pelo menos, diminuir as suas consequências negativas (MONTEVERDE, 2016). Assim, é possível orientar esforços para aumentar os níveis de sensibilidade moral e desenvolver a coragem para agir com sabedoria em resposta às demandas conflitantes na organização, bem como auxiliar os enfermeiros (agentes morais) a lidar com os problemas morais, apoiando a tomada de decisão (ZHANG *et al.*, 2019).

Em ambos os grupos DE e GE, os maiores escores de DM estiveram relacionados à “Equipe de trabalho”, tendo como referência o dimensionamento e a qualificação (incluindo o desempenho) dos profissionais (RAMOS *et al.*, 2019a). Desta forma, as principais angústias apontadas versam sobre as seguintes situações desencadeadoras: trabalhar com número insuficiente de profissionais ou equipe multiprofissional incompleta, vivenciar condições de sobrecarga de trabalho e trabalhar com auxiliares, técnicos de enfermagem ou enfermeiros despreparados.

Na prática, diante de diferentes necessidades e níveis de complexidade, observa-se que a gestão em enfermagem hospitalar se ocupa especialmente com a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem (KURCGANT, 2016). Nesse cenário, raramente ocorre a prestação de assistência de saúde sem a participação direta ou indireta da enfermagem, muitas vezes em caráter ininterrupto.

Para subsidiar o dimensionamento de pessoal, os enfermeiros se respaldam em resoluções e portarias sanitárias nas diferentes especialidades, mas especialmente de normas técnicas mínimas emanadas pelo conselho de classe da categoria, fundamentadas nas características do serviço (saúde e de enfermagem) e no grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem (COFEN, 2017).

Os enfermeiros do grupo DE respondem tecnicamente pelo serviço de enfermagem do hospital junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como às autoridades e perante juízo (BRASIL, 2013). Sendo assim, o estabelecimento do quadro quanti-qualitativo de profissionais de enfermagem necessário para a prestação da assistência de enfermagem nos HUF/Ebserh é uma competência direta da DE. Essa condição pode amparar o fato de que trabalhar com equipe incompleta e despreparada é identificado como uma das principais causas de DM entre o grupo DE.

Em função da sua essencialidade e ou permanência em período integral, torna-se extremamente desafiador a manutenção regular de um quantitativo mínimo de pessoal de enfermagem. Este cenário é multifacetado, no qual o enfermeiro gestor se depara com as necessidades do(s) serviço(s), as normas técnicas para o dimensionamento de pessoal, as leis e regras trabalhistas, os afastamentos diários (programados e não programados) e as aposentadorias, prestação de contas e até mesmo com o orçamento (limitado) disponível,

atualmente empregado pela Ebserh por meio de quadro de vagas ofertadas por concurso público.

Além disso, os enfermeiros gestores precisam garantir que este contingente seja capacitado em tempo hábil e esteja qualificado para atender prontamente as necessidades assistenciais e tecnológicas cotidianas, e até mesmo a realidade multiprofissional. Cabe destacar, o DM relacionado à quantidade e qualidade dos profissionais de enfermagem (insuficiência, sobrecarga e falta de qualificação) já foi observado também em outros estudos (BARTH *et al.*, 2019; BIONDI *et al.*, 2019).

O quantitativo inadequado de profissionais pode potencializar o distanciamento do enfermeiro da assistência direta, levando-o a realizar atividades prioritariamente administrativas e gerenciais, contrapondo-se à lógica da humanização e da segurança do paciente, caracterizando um dilema moral que pode levar ao sofrimento (BIONDI *et al.*, 2019). Para Barth *et al* (2019), a sobrecarga de trabalho influencia diretamente o planejamento e execução do cuidado em saúde, exigindo qualificação do enfermeiro para o exercício do agir ético, podendo ter reflexos positivos no enfrentamento e na redução dos níveis de DM.

A capacidade de produzir mais na mesma jornada é uma característica do modelo de organização do trabalho da enfermagem, reflexo do modelo taylorista. Dentre os fatores que intensificam este trabalho (sobrecarga de trabalho), destaca-se o subdimensionamento de pessoal, associado com as variáveis que revelam a polivalência, multifuncionalidade e a flexibilidade das práticas de enfermagem, com ênfase na agilidade e disponibilidade imediata e ilimitada, ameaçando não só a saúde do trabalhador, mas o próprio usuário e a qualidade do cuidado como um todo (SANTOS *et al.*, 2020).

Em todas estas situações é possível que se gere um risco para a continuidade de um “Cuidado seguro e qualificado”, considerado o segundo maior fator desencadeador de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh, seguido das preocupações atreladas às “Condições de trabalho”, relacionadas às ferramentas de trabalho, elementos ambientais e estruturais utilizados no processo de trabalho (RAMOS *et al.*, 2019a). Nesse aspecto, os enfermeiros demonstraram substantiva angústia em relação à insuficiência de acesso ao serviço para o usuário, a falta de resolutividade e de continuidade do cuidado, a rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente, a inadequada integração entre os serviços/setores e a inadequação/insuficiência da estrutura física do serviço.

Estes dados estão consistentes com um estudo de coorte norte-americano que explorou as relações entre o nível de DM, o ambiente da prática e a segurança do paciente, em uma amostra de 238 enfermeiros de cuidados intensivos utilizando a MDS-R e a *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI). O PES-NWI é um instrumento de 31 itens que mede as percepções dos enfermeiros sobre o ambiente de prática propício para assistência de enfermagem de qualidade, constituída de cinco subescalas inter-relacionadas: participação do enfermeiro em assuntos hospitalares; fundamentos de enfermagem para qualidade da assistência (incluindo a segurança do paciente); capacidade, liderança e apoio do enfermeiro gerente de enfermagem; adequação de pessoal e recursos; e relações entre enfermeiros e médicos. A análise da relação entre DM e ambiente da prática percebida demonstrou que as pontuações em todas as cinco subescalas do PES-NWI se correlacionaram significativamente ( $p < 0,001$ ) com as pontuações do MDS. As correlações significativas indicam que à medida que a segurança do paciente e o ambiente de prática se deteriora, o nível de DM é maior. Assim, os enfermeiros que perceberam a qualidade positiva do atendimento apontaram uma diminuição do sofrimento moral. À medida que o apoio à liderança dos enfermeiros aumentou, o sofrimento moral diminuiu. Enfermeiros que apontaram ter pessoal e recursos adequados relataram menor sofrimento moral. Quando os enfermeiros perceberam as relações colegiais entre eles e os médicos, relataram menos sofrimento moral. Ainda, a gravidade do DM foi significativamente associada à intenção de uma enfermeira de deixar sua posição atual (HILER *et al.*, 2018).

Ficou evidente entre os gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh que a preocupação com a “Equipe de trabalho”, o “Cuidado seguro e qualificado” e as “Condições de trabalho” são as situações preditoras basilares que desencadeiam um maior nível de DM. Esse achado coaduna-se com um estudo transversal brasileiro realizado com 1.227 enfermeiros em todo o território nacional e podem refletir as vulnerabilidades no ambiente de cuidado, como sobrecarga de trabalho e precariedade das condições laborais, impactando diretamente na segurança dos envolvidos, profissionais e pacientes (RAMOS *et al.*, 2019b).

Entretanto, é no grupo GE que as angústias relacionadas ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, a “Defesa de valores e direitos” e as “Infrações éticas” ganham significância em frequência e intensidade de DM.

O “Reconhecimento, poder e identidade profissional” refere-se ao confronto ou limitação da expressão da identidade construída e idealizada no processo de profissionalização, devido a situações de desrespeito, desvalorização, discriminação, pressão, bem como ameaça ou perda de autonomia, ou de seu próprio espaço e capacidade de agir dentro dos limites de seu papel e atribuição, ou em resposta a abuso e erros éticos por superiores hierárquicos (RAMOS *et al.*, 2019a).

É reconhecido que a enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina e os enfrentamentos histórico-sociais perpassam por questões de gênero, representados por esforços na conquista de espaços e lutas por simetria de poder, liberdade na tomada de decisão (e ação em si), valorização e reconhecimento (GALBANY-ESTRAGUÉS; COMAS-D'ARGEMIR, 2017). Na comparação dos grupos, foi exatamente entre as enfermeiras GE (feminino) que se identificou uma maior intensidade de DM (F1, F3, F5, F6). Porém, este dado difere de outros estudos, tais como Dyo, Kalowes e Devries (2016), Wenwen *et al* (2018) e Almutairi *et al* (2019), merecendo pesquisas adicionais com maior representação masculina para fornecer uma melhor compreensão do papel do gênero no sofrimento moral.

Sabe-se que o DM é uma experiência moral singular, que leva em conta elementos internos e externos que pesam sobre a experiência profissional. O “Reconhecimento, o poder e a identidade profissional” são construídos ao longo do tempo e mediante inúmeras vivências de problemas morais no cotidiano (RAMOS *et al.*, 2019b). O enfermeiro do grupo GE, em maior contato com a assistência direta, geralmente acumula as situações conflituosas mais prementes e adversas, principalmente quanto às atribuições e responsabilidades dos membros da equipe de saúde.

O ambiente de cuidado revela diferentes níveis na liberdade de tomada de decisão, bem como de responsabilidades. Experimentar a intensidade do sofrimento moral pode ser afetado especialmente pela hierarquia do poder profissional e social dos participantes (MAREŠ, 2016). Este clima organizacional hierárquico também reduz a expressão da sensibilidade ética (ou expressividade ética) e interfere nos processos éticos de tomada de decisão, promovendo a crença de que os enfermeiros são simplesmente engrenagens de máquinas (HUANG *et al.*, 2016).

Além disso, esse destoamento de preceitos da formação e a lida diária e contínua com os problemas morais, podem assolar a integridade moral do enfermeiro, em especial na

condição do grupo GE (comparado ao grupo DE), contribuindo para a constituição do resíduo moral (RAMOS *et al.*, 2019b).

Neste caso, embora a intensidade do DM possa se dissipar em algum grau após o término da crise, um resíduo moral geralmente permanece. Ainda, com base em experiências repetidas, este sofrimento tende a se acumular caso não resolvido (“efeito crescente”), associando-se a uma perda de identidade moral e a diferentes impactos a longo prazo (EPSTEIN; HAMRIC, 2009).

Em uma revisão integrativa, por meio da análise qualitativa, foram elencadas algumas consequências de DM em enfermeiros, tais como: insatisfação, frustração, raiva, impotência, desvalorização, culpa, incerteza, adoecimento físico, emocional e a síndrome de *burnout* (esgotamento profissional e despersonalização), abandono da profissão/trabalho, negação de si e do outro, desrespeito à autonomia do paciente, negligência, conformismo e negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente (RAMOS *et al.*, 2016b).

O enfermeiro gestor do grupo GE, regente dos processos de trabalho finalísticos e, portanto, ligado diretamente as particularidades relacionais no ambiente de cuidado, geralmente está situado num contexto de maior frequência de situações com implicações éticas, e que envolve a necessidade de defesa de valores e direitos. Assim, diante de responsabilidades ético-legais, demonstra maior angústia nas situações em que são reconhecidas falhas ou infrações éticas relacionadas à imprudência e à omissão, nos quais os usuários não têm seus direitos ou cultura respeitados, ou quando se sentem incapazes de advogar, gerando uma crise ou conflito entre os valores assumidos e a prática real (RAMOS *et al.*, 2019a).

Nos micro espaços de atuação dos enfermeiros, o exercício da advocacia do paciente como elemento coletivo, de ordem institucional, carrega consigo, também, os desafios da necessidade do fortalecimento das relações profissionais, da construção de climas éticos compatíveis com o exercício da autonomia, do diálogo franco e aberto, do conhecimento clínico, da educação permanente, da construção progressiva de competências morais, bem como do apoio das chefias e de coragem (moral) por parte do enfermeiro, com disposição para defender os seus valores fundamentais, promulgando a sua indignação moral de forma construtiva, eficaz e preservadora da integridade (LACHMAN, 2007; RUSHTON, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2017).

Na concepção processual do DM, espera-se que o enfermeiro se aproxime do problema moral e assuma um posicionamento ético-moral claro, produto de um certo nível de percepção e sensibilidade (moral), alimentada por algum grau de desconforto (inquietação) e incerteza (avessa a convicções) moral (RAMOS *et al.*, 2016c). Porém, para ser capaz de deliberar (decidir) de acordo com o seu julgamento, é necessário algum grau de autonomia (BARLEM *et al.*, 2013).

Neste contexto, a construção do ambiente autônomo entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh (e entre os grupos DE e GE) pode refletir diretamente sobre o nível de DM vivenciado. Assim, o fato de decidir e agir conforme valores e juízos pessoais pode significar que há sim um clima de maior autonomia e respeito aos papéis profissionais. Em contrapartida, quando a autonomia é reduzida, já não se percebe a vontade e o envolvimento com certos problemas e, portanto, não é demandado posicionamento e o processo de DM nem se inicia, podendo não haver sofrimento (RAMOS *et al.*, 2019b).

Como responsável pela organização da estrutura operacional, o enfermeiro do grupo GE também articula com o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem, a DE. Nesta função integradora (FLOYD; WOOLDRIDGE, 1992), navega entre as políticas e diretrizes emanadas pelo nível estratégico e as necessidades (realidades) da base técnica (plano finalístico), ao mesmo tempo que horizontaliza as discussões e solução de problemas com seus pares, pois é improvável que uma decisão na sua área não influencie os demais agentes institucionais, incluindo os usuários e familiares.

Na dinâmica desta articulação, não é possível supor que o sofrimento moral no enfermeiro do grupo GE seja alimentado apenas pelas relações cotidianas no ambiente do cuidado (direto), uma vez que as tensões e exigências podem, da mesma forma, partir do topo (de cima para baixo), por exemplo, ampliando assim as situações éticas e possivelmente, como consequência, o DM. Importante destacar, trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas foi um dos preditores mais angustiante para o grupo GE, também apontado por enfermeiras baianas como forte variável que impacta na intensidade do trabalho da enfermagem (SANTOS *et al.*, 2020).

É necessário atentar que há uma interação dinâmica controversa entre a experiência profissional e os níveis de DM. Neste aspecto, sugere-se que a experiência profissional carregue consigo uma carga maior de experiências éticas. Sob um ponto de vista teórico, os enfermeiros

com maior experiência profissional e maturidade ética, tenderiam a ter um elevado nível de resiliência e inteligência moral e, conseqüentemente, um menor nível de DM. Esse foi o resultado encontrado na comparação dos grupos DE e GE, no qual os enfermeiros DE apresentaram uma maior intensidade de DM quando constatado um menor tempo de experiência em gestão (F5 e F6) e na função (F2 e F4) como enfermeiro gestor do HUF/Ebserh.

Na perspectiva prática, o tempo de atuação profissional também pode levar a níveis cumulativos de angústia, ou até mesmo a um desgaste da sensibilidade, quando o enfermeiro começa a se acostumar com os problemas éticos e o DM (RAMOS *et al.*, 2019b). Nesse aspecto, alguns enfermeiros, especialmente do grupo DE, apresentaram uma maior intensidade de DM (F1, F2 e F6) quanto maior foi o tempo de atuação, que não reflete necessariamente o tempo dedicado à experiência de gestão ou na função atual como gestor, e, portanto, conjectura-se uma maior linha de tempo de experiências éticas e possíveis sinais de esgotamentos.

Além dessa dimensão individual, o DM pode ser encarado como uma experiência social. Os gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh podem compartilhar as mesmas restrições ou entraves intra ou extra organizacionais e, cientes do problema moral, estão impedidos de agir de acordo com seus princípios éticos, ameaçando a integridade moral dos envolvidos (ou parte deles). Esta percepção coletiva de experiência do DM, como exemplo, pode ser observada em ambos os grupos (DE e GE) quando o assunto é “Equipe de trabalho”, ou quando a angústia está relacionada a “Defesa de valores e direitos”, no qual o grupo GE demonstra maior nível de sofrimento.

Porém, indistintamente, as repercussões do DM têm potencial para perturbar a estabilidade geral do(s) grupo(s) num movimento amplo, solidário e até contagiante (RUSHTON, 2017). Assim, uma situação moral gerada pelo próprio HUF, Ebserh ou então pelo Conselho de Classe, por exemplo, pode desencadear um DM no grupo de enfermeiros gestores dentro da instituição ou mesmo fora dela, em rede. E diante de interações diretas e indiretas, são capazes de buscar formas de enfrentamentos do DM, ou então de nutrir este sofrimento, ecoando sentimentos negativos, produzindo descontentamentos generalizados, resistências, apatias, conformismos, desinteresses e até pedidos de afastamentos do cargo.

Contudo, experimentar algum grau de DM é essencial para o amadurecimento ético-profissional. Os problemas morais podem ser entendidos como aspectos inerentes das relações humanas, e assim fortalece a necessidade da reflexão moral, de um posicionamento ético

contundente e de construção de um clima de maior autonomia, mobilizando uma agenda produtiva para o cultivo da resiliência moral.

## **Conclusão**

Com este estudo foi possível analisar a frequência e a intensidade de DM vivenciado por gestores de enfermagem nos HUF vinculados à Ebserh. Constatou-se que este sofrimento se encontra em nível moderado de frequência e intensidade, sendo que os enfermeiros do grupo GE, quando comparado ao grupo DE, apresentaram o maior escore de DM.

Os enfermeiros do grupo DE, por sua maior experiência e formação, sugerem um maior nível de desenvolvimento de resiliência moral. Além disso, é o enfermeiro GE que possui um maior contato com os problemas morais cotidianos no ambiente de cuidado, bem como sofre com as tensões e exigências emanadas, em especial, pela DE, ampliando assim as situações éticas e, possivelmente, o DM.

Destaca-se que os fatores preditores relacionados a “Equipe de trabalho”, “Cuidado seguro e qualificado” e “Condições de trabalho” foram as maiores causas desencadeadoras de DM entre os enfermeiros gestores. Isso demonstra que a segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos na assistência são condições basilares na relação produtiva e de atendimento às necessidades humanas, e que apesar de muitos avanços na área, muitos são os desafios a serem superados, especialmente no que diz respeito às vulnerabilidades no cuidado, a intensidade laboral e as estruturas precárias no ambiente de trabalho.

Já as angústias relacionadas ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, a “Defesa de valores e direitos” e as “Infrações éticas” ganharam significância entre os enfermeiros do grupo GE. Neste caso, pressupõe-se que este enfermeiro, em maior contato com a assistência direta, geralmente acumula as situações conflituosas mais frequentes e adversas, principalmente quanto às atribuições e responsabilidades dos membros da equipe, a relações de poder e hierarquia, a necessidade de advogar pelo paciente e a perseverar na luta por autonomia e expressividade.

Os resultados obtidos neste estudo contribuem para os avanços teóricos sobre o DM entre os enfermeiros, contemplando as suas percepções concretas diante de situações desencadeadoras de DM, sobretudo no contexto da gestão de enfermagem em hospitais de

ensino. Além deste aspecto (auto) reflexivo e conceitual, sob o ponto de vista prático, os dados encontrados permitem identificar as principais situações preditoras de sofrimento e assim nortear os enfermeiros gestores, bem como as próprias instituições, no delineamento de intervenções fundamentais para o enfrentamento das diferentes causas e do próprio DM.

Estes achados dificilmente poderão assegurar uma forte relação de causa e efeito, uma vez que se torna praticamente inviável estabelecer, medir e controlar todas as variáveis (por exemplo, sensibilidade moral), levando em consideração o método adotado. Ademais, foi laborioso cotejar os dados encontrados com estudos nacionais e internacionais, reflexos da escassez de abordagens de enfermeiros gestores, das diferentes possibilidades de análise do DM, especialmente a forma de apresentação desses resultados, e mesmo pelo fato de o instrumento adotado por este estudo ter sido validado recentemente.

Com isso, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de novas investigações e aprofundamentos sobre o DM com os gestores de enfermagem, considerando também outras realidades. Esses enfermeiros, desafiados pelas práticas do cuidado, ensino e pesquisa, carecem de estudos que possam instrumentalizá-los a cuidar de si e a conduzi-los para se tornarem agentes morais transformadores e conscientes da essencialidade de seus papéis no processo de trabalho da enfermagem.

Além disso, reconhece-se que o DM é uma experiência moral singular, embora também social ou coletiva. Mas, indiferentemente, experimentar algum grau de DM é essencial para o amadurecimento ético-profissional e fortalece a necessidade de construção de um clima ético, mobilizando as intenções globais para a promoção da resiliência moral.

## Referências

ALMUTAIRI, A. F.; SALAM, M.; ADLAN, A. A.; ALTURKI, A. S. Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 12, p. 107–115, 2019.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; DALMOLIN, G.; TOMASCHEWSKI, J. G. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 681–688, 2012.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; ALMEIDA, A. S.; HIRSCH, C. D. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale

in Brazilian nursing professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 563-572, 2014.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, G. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SCHWONKE C. R. G. B. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 506-510, 2013.

BARLEM, E.L.D.; RAMOS, F.R.S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 5, p. 608-615, 2015.

BARTH, P. O.; RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; RENNÓ, H. M. S.; BREHMER, L. C. F.; ROCHA, J. M. Generating situations of moral distress in primary care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 72, n. 1, p. 35-42, 2019.

BIONDI, H. S.; BARLEM, E. L. D.; PINHO, E. C.; TAVARES, D. H.; KERBER, N. P. C.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. 1-17, 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: diretrizes técnicas**. v. 1, Brasília: Ministério da Educação, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**: CNES recursos físicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663). Acesso em: 05 out 2020.

BROWNING, A. M. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. **American Journal of Critical Care**, v. 22, n. 2, p. 143-151, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 543 de 18 de abril de 2017**. Atualiza e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais

de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

CORLEY, M. C.; ELSWICK, R. K.; GORMAN, M.; CLOR, T. Development and evaluation of a moral distress scale. **Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 2, p. 250-256, 2001.

DYO, M.; KALOWES, P.; DEVRIES, J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 36, p. 42-48, 2016.

DZHAMBOV, A. M.; GATSEVA, P. D.; TOKMAKOVA, M. P.; ZDRAVKOV, N. G.; VLADAVA, S. V.; GENCHEVA, D. G.; IVANOVA, N. G.; KARASTANEV, K. I.; VASILEVA, E. V.; DONCHEV, A. T. Association between community noise and adiposity in patients with cardiovascular disease. **Noise Health**, v. 19, n. 91, p. 270-277, 2017.

EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330-342, 2009.

FERREIRA, V. H. S.; TEIXEIRA, V. M.; GIACOMINI, M. A.; ALVES, L. R.; GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Contributions and challenges of hospital nursing management: scientific evidence. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, e20180291, 2019.

FLOYD, S. W.; WOOLDRIDGE, B. Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: a research note. **Strategic Management Journal**, v. 13, n. 1, p. 153-167, 1992.

GALBANY-ESTRAGUÉS, P.; COMAS-D'ARGEMIR, D. Care, autonomy, and gender in nursing practice: a historical study of nurses' experiences. **Journal of Nursing Research**, v. 25; n. 5, p. 361-367, 2017.

GANZ, F. D.; WAGNER, N.; TOREN, O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2015.

HAMRIC, A. B.; BORCHERS, C. T.; EPSTEIN, E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Primary Research**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.

HILER, C. A.; HICKMAN JR, R. L.; REIMER, A. P.; WILSON, K. Distress in a US sample of critical care nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 59-66, 2018.

HUANG, F. F.; YANG, Q.; ZHANG, J.; KHOSHNOOD, K.; ZHANG, J. P. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 5, p. 507-522, 2016.

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

KARANIKOLA, M. N.; ALBARRAN, J. W.; DRIGO, E.; GIANNAKOPOULOU, M.; KALAFATI, M.; MPOUZIKA, M.; TSIAOUSIS, G. Z.; PAPATHANASSOGLU, E. D. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 4, p. 472–484, 2014.

KATZ, R. L. Skills of an effective administrator. **Harvard Business Review**, 1974. Disponível em: <https://hbr.org/1974/09/skills-of-an-effective-administrator>. Acesso em: 04 out 2020.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LACHMAN, V. D. Moral courage: a virtue in need of development? **Medsurg Nursing**, v. 16, n. 2, p. 131-133, 2007. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4af2ed/globalassets/docs/ana/ethics/moral-couragevirtue.pdf>. Acesso em: 04 out 2020.

LACHMAN, V. D. Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue. **Medsurg Nursing**, v. 25, n. 2, p. 121-124, 2016. Disponível em: [https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25\\_2016\\_1achman.pdf](https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25_2016_1achman.pdf). Acesso em: 04 out 2020.

LUSIGNANI, M.; GIANNÌ, M. L.; RE, L. G.; BUFFON, M. L. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 6, p. 477-485, 2016.

LÜTZÉN, K.; EWALDS-KVIST, B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2013.

MAREŠ, J. Moral distress: terminology, theories and models. **Kontakt**, v. 18, n. 3, p. 137-144, 2016.

MCANDREW, N. S.; LESKE, J. S.; GARCIA, A. Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. **Journal of Trauma Nursing**, v. 18, n. 4, p. 221–230, 2011.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations: a synthesis of research**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.

MONTEVERDE, S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 1, p. 104-116, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4460015, 2016c.

RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Construction of the Brazilian Scale of Moral Distress in nurses: a methodological study. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, e0990017, 2017.

RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in nurses (MDSN-Br). **Journal of Nursing Measurement**, v. 27, n. 2, p. 335-357, 2019a.

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; BREHMER, L. C. F.; DALMOLIN, G. L.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03578, 2020.

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; BRITO, M. J.; CARAM, C.; SILVEIRA, L. R.; BREHMER, L. C.; DALMOLIN, G. L.; CAÇADOR, B. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 406-415, 2019b.

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; SCHNEIDER, A. M. M.; CABRAL, A. S.; REINALDO, J. S. Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-13, 2016b.

RAMOS, F. R. S.; SILVA, C. C.; MONTENEGRO, L. C.; CAÇADOR, B. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M. Experiences of moral distress in nurses' daily work. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 83, p. 1-12, 2016a.

RUSHTON, C. H.; CALDWELL, M.; KURTZ, M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. **The American Journal of Nursing**, v. 116, n. 7, p. 40-49, 2016.

RUSHTON, C. H. Cultivating moral resilience: shifting the narrative from powerlessness to possibility. **American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, S11-S15, 2017.

RUSHTON, C. H. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. **AACN Advanced Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 111-119, 2016.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1024-1032, 2015.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; PEITER, C. C.; ALVES, M. P.; LIMA, S. B. S.; BACKES, V. M. S. Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03300, 2017.

SANTOS, T. A.; SANTOS, H. S.; SAMPAIO, E. S.; MELO, C. M. M.; SOUZA, E. A.; PIRES, C. G. S. Intensity of nursing work in public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3267, 2020.

SAUERLAND, J.; MAROTTA, K.; PEINEMANN, M. A.; BERNDT, A.; ROBICHAUX, C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 33, n. 4, p. 234-245, 2014.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; CHAVES, L. D. P.; SANTOS, F. C.; LEAL, L. A. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 51, e03206, 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; SILVEIRA, R. S.; RAMOS, A. M.; PIEXAK, D. R. Patient advocacy in nursing: barriers, facilitators and potential implications. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 3, e0100014, 2017.

WENWEN, Z.; XIAOYAN, W.; YUFANG, Z.; LIFENG, C.; CONGCONG, S. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 4, p. 470–480, 2018.

ZHANG, N.; LI, J.; XU, Z.; GONG, Z. A latent profile analysis of nurses' moral sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 3, p. 855-867, 2019.

## 5.2 MANUSCRITO 2: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS ASSOCIADOS AO DISTRESSE MORAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

### **Sociodemographic and labor aspects associated with moral distress in nursing managers at Federal University Hospitals**

### **Aspectos sociodemográficos y laborales asociados al distrés moral en gerentes de enfermería de Hospitales Universitarios Federales**

Michel Maximiano Faraco. Discente em nível de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Francine Lima Gelbecke. Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Coorientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

#### **Resumo**

Trata-se de estudo um transversal realizado com 126 enfermeiros, com a finalidade de analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de distresse moral (DM) em gestores de enfermagem de Hospitais Universitários Federais (HUF). Os dados foram coletados via online, aplicando-se a Escala Brasileira de DM em Enfermeiros. Os níveis mais elevados de DM foram vivenciados por enfermeiros localizados em HUF de grande porte (DM Geral=1.117,88, DP=252,40), com significância estatística entre os estatutários, sem formação em gestão, com menor tempo de experiência profissional e com a maior carga horária de trabalho semanal, com ênfase nos fatores preditores de DM “cuidado seguro e qualificado”, “condições de trabalho” e “equipe de trabalho”. A partir do exposto, entende-se que estudos desta natureza permitem gerar estratégias adaptativas para reduzir os impactos do DM.

**Descritores:** Ética em enfermagem. Serviço hospitalar de enfermagem. Estresse psicológico. Esgotamento profissional. Distresse moral.

#### **Abstract**

This is a cross-sectional study carried out with 126 nurses, aiming to analyze the association between sociodemographic and work characteristics and the predictors of moral distress (MD)

in nursing managers at Federal University Hospitals (FUH). The Brazilian Scale of MD in nurses was applied. The highest levels of MD were experienced by nurses located in large FUH (General MD=1,117.88, SD=252.40), with statistical significance among the statutory, without training in management, with less time of professional experience and with the highest weekly workload, with an emphasis on predictive factors for MD "safe and qualified care", "working conditions" and "work team". Thus, we believe that studies of this nature allow generating adaptive strategies to reduce the impacts of MD.

**Keywords:** Nursing ethics. Hospital nursing service. Psychological stress. Professional burnout. Moral distress.

### **Resumen**

Se trata de un estudio transversal realizado con 126 enfermeros, con el objetivo de analizar la asociación entre las características sociodemográficas y laborales y los predictores de distrés moral (DM) en gerentes de enfermería de Hospitales Universitarios Federales (HUF). Se aplicó la escala brasileña MD para enfermeras. Los niveles más altos de DM los experimentaron los enfermeros ubicados en las grandes HUF (DM General=1.117,88, DE=252,40), con significación estadística entre los estatutarios, sin formación en gestión, con menor tiempo de experiencia profesional y con mayor carga de trabajo semanal, con un énfasis en los factores predictivos para MD "atención segura y calificada", "condiciones de trabajo" y "equipo de trabajo". Se entiende que estudios de esta naturaleza permiten generar estrategias adaptativas para reducir los impactos de la DM.

**Descriptores:** Ética en enfermería. Servicio de enfermería hospitalaria. Estrés psicológico. Agotamiento profesional. Angustia moral.

### **Introdução**

O Distresse Moral (DM) é um fenômeno descrito em experiências de profissionais da saúde, especialmente em enfermeiros, caracterizado por manifestações físicas e emocionais, oriundas de um processo de reconhecimento e percepção de situações moralmente conflituosas, e da consciência sobre a ação a ser tomada. No entanto, por conta de impedimentos institucionais, processuais ou sociais, a tomada de decisão não é efetivada, ameaçando os valores fundamentais e a integridade moral (JAMETON, 1984; ANA, 2015; RAMOS *et al.*, 2016).

O termo DM pode encontrar na literatura diferentes proposições textuais, como angústia, aflição ou sofrimento moral. A sua conceituação ressalta a posição do agente moral diante dos conflitos externos, deparando-se com a sua escolha moral e sua consciência da ação moral, mas se sente impedido de agir em razão de barreiras, podendo experimentar deste

processo os sentimentos de raiva, frustração, culpa e impotência (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015). No plano organizacional, o DM pode comprometer a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e levar a um aumento da rotatividade de pessoal (WALLIS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016).

Sob o ponto de vista de processo, o DM é uma experiência ético-moral que considera o problema moral como o ponto de partida, exigindo algum nível de sensibilidade (moral), motivado pela inquietação e incerteza. Assim, o sujeito poderá se manter na incerteza, deliberará (decidirá) de acordo com o seu julgamento (deliberação moral), ou, por algum obstáculo, sentir-se-á impedido de agir conforme seu juízo moral, surgindo o DM (RAMOS *et al.*, 2016).

O DM é generalizado em inúmeros ambientes de saúde e em múltiplos níveis organizacionais (OH; GASTMANS, 2015). Enfermeiros em todos os papéis experienciam situações de DM. Como exemplos, menciona-se um enfermeiro de cuidados intensivos que luta para implementar tratamento severamente invasivo em um paciente com pouca chance de sobrevivência; um enfermeiro em uma unidade médico-cirúrgica que é incapaz de fornecer cuidados compassivos para seus pacientes por falta de pessoal; ou, um gestor de enfermagem que luta pelos recursos necessários para enfrentar os cortes orçamentários (RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017).

Na gestão, os enfermeiros podem vivenciar o DM a partir da obrigação de defender decisões com as quais discorda, como: recursos escassos que os obrigam a colocarem os funcionários em situações de riscos; diretrizes administrativas inapropriadas para a área clínica; pressão em admitir mais pacientes do que a capacidade de leitos; falta de pessoal e de equipamentos; entre outros (MITTON *et al.*, 2011; GANZ; WAGNER; TOREN, 2015).

No contexto dos Hospitais Universitários Federais (HUF), os gestores de enfermagem podem vivenciar inúmeros desafios, geralmente relacionados às condições de trabalho desfavoráveis, aos conflitos de equipe, ao assédio e falta de autonomia, a fragmentação do cuidado e a estrutura física inadequada, gerando a necessidade de “renormatizações” na organização do processo de trabalho da enfermagem (ORO *et al.*, 2019; DRAGO *et al.*, 2020).

Sob uma nova concepção política de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares<sup>1</sup> (Ebserh), os gestores do HUF são desafiados a reorientar as suas práticas com a proposição de um novo modelo de gestão e governança.

A rede de HUF é formada por 50 hospitais vinculados a 35 Universidades Federais. Atualmente, a Ebserh é responsável pela gestão de 40 HUF, vinculados a 32 Instituições Federais de Ensino Superior. Nessa realidade, é perceptível e desejável que os gestores de enfermagem desenvolvam competências e tenham experiência e formação suficientes para lidar com os desafios na gestão e com os problemas morais.

Na concepção do aprendizado transformacional, cada vez que uma crise moral é instalada, torna-se uma oportunidade confrontar as próprias forças e limitações; reexaminar suposições, posições e justificativas; reconectar com significado e propósito; e realinhar-se com a nossa estrutura moral norteadora (RUSHTON, 2016). É certo que os enfermeiros e outros membros da equipe de saúde precisam desenvolver habilidades relacionais como motivação, empatia, comunicação, atenção plena e inteligência emocional, a fim de exercer a agência moral em resposta ao DM, com capacidade de compreender objetivos, responsabilidades profissionais e de reconhecer e agir em situações nas quais a ação ética é necessária (MILLIKEN, 2017; RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017).

Para entender melhor como os enfermeiros (agentes morais “encarnados” por natureza, em corpo e mente) são influenciados por si mesmos e influenciam as complexas estruturas sociopolíticas que habitam, é importante apreciar as situações morais, a partir da experiência do agente (moral) e sua interface com os locais de trabalho, vivenciadas nos contextos de prática complexos (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015). A identificação de possíveis mecanismos geradores de DM e a teorização sobre as condições que o ativam fornecerão *insights* para o desenvolvimento de intervenções direcionadas às organizações de saúde e profissionais de serviços de saúde (MUSTO; RODNEY, 2016).

Nesse sentido, o presente estudo tem como finalidade analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de DM em gestores de

---

<sup>1</sup> A Ebserh foi criada por meio da Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e da Cultura, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

enfermagem de HUF vinculados à Ebserh. Com isso, pretende-se subsidiar os gestores de enfermagem na busca da compreensão reflexiva do agente moral, bem como proporcionar um panorama das melhores possibilidades e oportunidades de enfrentamentos do DM, tendo como base o perfil profissional.

## **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, não-probabilístico por conveniência, realizado com a participação dos enfermeiros dos HUF/Ebserh, obedecendo ao seguinte critério de seleção: enfermeiro nomeado em cargo de chefia (ou interino) ou na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem.

Na estrutura de governança, a Divisão de Enfermagem (DE) é considerada o nível mais elevado dos Serviços de Enfermagem (SE). Nas demais linhas hierárquicas encontram-se os demais Gestores de Enfermagem (GE), assumindo os papéis de chefia ou liderança de Unidades ou SE, em níveis mais operacionais.

O tamanho da amostra total calculado foi de 118 participantes (DE=30 e GE=88). Para este cálculo, foi utilizado o Programa WINPEPI (versão 11.65), considerando um poder de 80%, nível de significância de 5% e a razão de três participantes “GE” para cada “DE” (3:1). Optou-se pelo cálculo amostral por Tamanho de Efeito (POLIT; BECK, 2019). Importante salientar, há um número restrito de chefias de DE, um por hospital nos 40 hospitais da rede Ebserh (N=40).

O processo de recrutamento das DE participantes foi realizado com o auxílio das Gerências de Ensino e Pesquisas das instituições e ou por contato direto realizado pelo próprio pesquisador, via e-mail, telefone ou aplicativo de mensagens. Para o recrutamento dos GE, buscou-se o apoio das DE.

Os dados foram coletados via *online* (formulário eletrônico), aplicando-se a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros validada (RAMOS *et al.*, 2019a), ou *Brazilian Moral Distress Scale in Nurses* (MDSN-Br). Esta escala conta com as variáveis sociodemográficas e laborais e 49 questões, indicando as situações preditoras de DM em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente). Para fins de análise dos escores médios

da frequência e da intensidade de DM, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos, tomando como base o estudo de Dyo, Kalowes e Devries (2016): baixo (0-1,99), moderado (2,00-3,99) e alto (4,00-6,00).

O DM Geral (DMG) foi calculada em dois momentos. Primeiro, o escore de frequência e o escore de intensidade são multiplicados (F<sub>xI</sub>) para cada uma das 49 questões, e assim cada item varia de 0 a 36. Em seguida, a pontuação DMG foi obtida pela soma da pontuação “F<sub>xI</sub>” de cada item, resultando em uma escala de 0 a 1.764, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o DM vivenciado.

Os preditores na MDSN-Br estão organizados em seis fatores: “Reconhecimento, poder e identidade pessoal” (F1); “Cuidado seguro e qualificado” (F2); “Defesa de valores e direitos” (F3); “Condições de trabalho” (F4); “Infrações éticas” (F5); e, “Equipes de trabalho” (F6). Para fins de análise dos escores de DMG por fator, utilizou-se como parâmetros os seguintes intervalos: F1 (0-396), F2 (0-396), F3 (0-288), F4 (0-216), F5 (0-216) e F6 (0-252).

Após a codificação e categorização, os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (base de dados) que auxiliou nas revisões e análises posteriores no *software* IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. As variáveis categóricas são apresentadas em suas frequências absolutas (n) e relativas (%).

De acordo com os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste t independente ou a análise de variância (dependendo do número de categorias das variáveis estudadas) para comparar as médias das respostas de frequência e intensidade aos itens do instrumento. Assim, foi possível observar também se há diferenças entre as médias dos fatores de DM, avaliando o efeito das características sociodemográficas e laborais. O nível de significância adotado para os testes bivariados foi de 0,05.

Para auxiliar na complexa análise da relação entre as características sociodemográficas e laborais (variáveis independentes) e os diferentes fatores de DM (variáveis dependentes), bem como compreender o efeito das variáveis sobre a intensidade do DM vivenciados pelos gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh, realizou-se uma regressão linear multivariável. O coeficiente angular padronizado (beta) e o coeficiente angular (B) foram calculados. Para medir o percentual de explicação do modelo construído foi calculado o coeficiente de determinação (r<sup>2</sup>). Verificou-se a colinearidade entre as variáveis e a normalidade do erro do modelo final. Este

modelo foi realizado com seleção *backward* das variáveis, adotando um nível de significância de 0,05 para permanência final.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob nº 3. 549.474/2019, atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inexistindo qualquer conflito de interesses.

## **Resultados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2019 e maio de 2020, e contou com a participação de 126 enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94) ligados a 30 HUF/Ebserh.

Os participantes apresentaram as seguintes características predominantes: feminino (n=116; 92,1%) com idade entre 20 e 39 anos (n=72; 57,1%), formada entre 11 a 15 anos (n=42; 33,3%); atuando como enfermeira entre 11 a 15 anos (n=44; 34,9%); exercendo atividade de gestão há pelo menos cinco anos (n=66; 52,4%), mesmo período em que ocupa o cargo de liderança em enfermagem no HUF/Ebserh (n=98; 77,8%); possui especialização/residência (n=59; 46,8%), porém com nenhuma formação na área de gestão (n=70; 55,6%); estatutária (n=74; 58,7%), possui um único vínculo (n=96; 76,2%) e trabalha em média até 40 horas por semana (n=92; 73%); grande parte em hospitais de médio porte entre 200 a 399 leitos (n=55; 43,7%), da região Nordeste (n=52; 41,3%).

A Tabela 1 apresenta as médias de frequência dos fatores de DM entre as características sociodemográficas e laborais dos gestores de enfermagem do HUF/Ebserh. Entretanto, é necessário cautela nas interpretações envolvendo a frequência de DM, por geralmente tratar-se de uma condição sem domínio ou aleatória, e as associações nem sempre são possíveis de se assegurar (relação entre a frequência de DM e a idade, por exemplo).

Tabela 1 – Análise da frequência dos fatores de Distresse Moral entre os enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	N	Fator 1 média (DP)	Fator 2 média (DP)	Fator 3 média (DP)	Fator 4 média (DP)	Fator 5 média (DP)	Fator 6 média (DP)	Geral média (DP)
<b>Porte do HUF</b>								
Pequeno	54	2,51a (1,31)	2,94a (1,32)	1,65a (1,37)	2,95a (1,50)	2,33a (1,55)	3,40a (1,28)	2,62a (1,11)
Médio	55	2,95a (1,25)	3,54a (1,20)	2,49a (1,58)	3,52a (1,24)	2,62a (1,25)	3,75a (0,91)	3,15b (1,02)
Grande	17	4,49b (0,99)	4,71b (0,73)	4,01b (1,20)	4,78b (0,80)	4,37b (1,09)	4,89b (0,46)	4,54c (0,77)
p**		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Região</b>								
Norte	15	2,42a (0,97)	2,70a (1,16)	1,56a (1,01)	3,17 (1,56)	1,89a (1,22)	3,14a (1,30)	2,47a (0,90)
Nordeste	52	2,87ab (1,31)	3,37ab (1,32)	2,16ab (1,58)	3,32 (1,46)	2,64ab (1,45)	3,73ab (1,09)	3,02ab (1,10)
Sudeste	25	3,69b (1,67)	3,97b (1,42)	3,02b (1,92)	4,04 (1,57)	3,46b (1,83)	4,31b (1,34)	3,75b (1,52)
Sul	25	2,91ab (1,29)	3,68ab (1,18)	2,68ab (1,58)	3,49 (1,05)	2,73ab (1,36)	3,69ab (0,86)	3,20ab (0,98)
Centro-Oeste	9	2,59ab (1,31)	2,95ab (1,14)	1,78ab (1,38)	2,89 (1,39)	2,70ab (1,09)	3,54ab (0,76)	2,72ab (1,02)
p**		<b>0,035</b>	<b>0,026</b>	<b>0,031</b>	0,154	<b>0,028</b>	<b>0,027</b>	<b>0,01</b>
<b>Idade</b>								
20 – 39	72	3,21a (1,34)	3,53 (1,33)	2,69a (1,62)	3,48 (1,39)	3,07a (1,45)	3,88 (1,14)	3,31a (1,17)
40 – 49	30	3,09a (1,47)	3,48 (1,34)	2,26ab (1,70)	3,51 (1,53)	2,88a (1,60)	3,78 (1,28)	3,16ab (1,31)
50 ou +	24	2,09b (1,11)	3,13 (1,30)	1,37b (1,14)	3,28 (1,50)	1,53b (0,95)	3,36 (0,89)	2,46b (0,90)
p**		<b>0,002</b>	0,43	<b>0,002</b>	0,815	<b>&lt;0,001</b>	0,154	<b>0,01</b>
<b>Sexo</b>								
Masculino	10	2,90 (1,22)	2,93 (1,22)	1,80 (1,35)	3,63 (1,37)	2,95 (1,66)	3,40 (1,31)	2,89 (1,01)
Feminino	116	2,97 (1,41)	3,49 (1,33)	2,38 (1,65)	3,43 (1,44)	2,72 (1,51)	3,78 (1,13)	3,13 (1,21)
p*		0,873	0,201	0,282	0,668	0,64	0,309	0,547
<b>Tempo de Formação</b>								
até 10 anos	35	3,20a (1,28)	3,43 (1,32)	2,65a (1,57)	3,54 (1,34)	2,89a (1,51)	3,80 (0,87)	3,25ab (1,08)
11 - 15 anos	42	3,27a (1,43)	3,66 (1,41)	2,71a (1,72)	3,63 (1,39)	3,31a (1,41)	4,03 (1,25)	3,42a (1,26)
16 - 20 anos	16	2,98ab (1,46)	3,46 (1,26)	2,34a (1,78)	3,43 (1,54)	2,69ab (1,57)	3,75 (1,43)	3,11ab (1,34)
>20 anos	33	2,33b (1,25)	3,16 (1,25)	1,52b (1,23)	3,12 (1,54)	1,85b (1,25)	3,35 (1,03)	2,57b (1,00)
p**		<b>0,016</b>	0,451	<b>0,007</b>	0,476	<b>&lt;0,001</b>	0,082	<b>0,015</b>
<b>Formação complementar</b>								
Especialização/Residência	59	2,86 (1,30)	3,37ab (1,27)	2,26 (1,63)	3,46 (1,31)	2,70 (1,54)	3,77 (1,11)	3,06 (1,11)
Mestrado	44	3,26 (1,47)	3,81a (1,36)	2,59 (1,51)	3,67 (1,57)	2,89 (1,43)	3,82 (1,17)	3,36 (1,24)
Doutorado/Pós-doutorado	23	2,69 (1,42)	2,94b (1,25)	2,04 (1,84)	2,98 (1,41)	2,51 (1,63)	3,58 (1,21)	2,78 (1,26)
p**		0,202	<b>0,032</b>	0,392	0,172	0,617	0,717	0,155

Variáveis	N	Fator 1 média (DP)	Fator 2 média (DP)	Fator 3 média (DP)	Fator 4 média (DP)	Fator 5 média (DP)	Fator 6 média (DP)	Geral média (DP)
Formação na área de gestão								
Sim	56	2,51 (1,17)	3,19 (1,19)	1,61 (1,16)	3,10 (1,34)	2,30 (1,31)	3,53 (1,04)	2,71 (0,91)
Não	70	3,34 (1,45)	3,65 (1,40)	2,91 (1,73)	3,72 (1,46)	3,08 (1,58)	3,93 (1,19)	3,44 (1,29)
P*		<b>0,001</b>	<b>0,048</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,014</b>	<b>0,003</b>	0,052	<b>&lt;0,001</b>
Tempo de Atuação								
até 10 anos	43	2,97 (1,33)	3,30 (1,33)	2,39 (1,58)	3,43 (1,38)	2,76ab (1,54)	3,70 (1,02)	3,08 (1,13)
11 - 15 anos	44	3,24 (1,51)	3,63 (1,48)	2,66 (1,79)	3,59 (1,41)	3,19a (1,44)	4,00 (1,19)	3,38 (1,32)
>= 16 anos	39	2,66 (1,28)	3,38 (1,12)	1,90 (1,43)	3,30 (1,54)	2,20b (1,43)	3,53 (1,19)	2,84 (1,07)
P**		0,168	0,484	0,099	0,653	<b>0,011</b>	0,157	0,123
Tempo de experiência em gestão								
< 5 anos	66	3,22a (1,37)	3,53 (1,33)	2,70a (1,67)	3,65 (1,40)	3,09a (1,56)	3,85 (1,20)	3,33a (1,20)
6 - 10 anos	28	2,75ab (1,53)	3,18 (1,47)	2,01ab (1,67)	3,23 (1,46)	2,66ab (1,49)	3,55 (1,26)	2,89ab (1,32)
11 a 15 anos	14	3,15ab (1,12)	3,85 (1,23)	2,44ab (1,66)	3,58 (1,60)	2,63ab (1,24)	3,99 (1,15)	3,30ab (1,08)
>=16 anos	18	2,25b (1,21)	3,22 (1,10)	1,40b (0,92)	2,94 (1,33)	1,62b (1,01)	3,55 (0,63)	2,52b (0,77)
P**		<b>0,045</b>	0,368	<b>0,014</b>	0,235	<b>0,003</b>	0,468	<b>0,045</b>
Tempo de experiência na Função								
<1 ano	23	2,57 (1,13)	3,06 (1,38)	2,12 (1,66)	3,35 (1,41)	2,62 (1,30)	3,39 (1,33)	2,82 (1,08)
1 a 5 anos	75	3,13 (1,42)	3,55 (1,29)	2,49 (1,62)	3,44 (1,46)	2,88 (1,61)	3,89 (1,08)	3,24 (1,21)
6 a 10 anos	16	2,93 (1,62)	3,47 (1,55)	2,23 (1,85)	3,85 (1,40)	2,63 (1,52)	3,69 (1,41)	3,12 (1,39)
>=11 anos	12	2,75 (1,30)	3,50 (1,12)	1,93 (1,40)	3,11 (1,42)	2,21 (1,28)	3,67 (0,57)	2,89 (1,00)
P**		0,351	0,487	0,607	0,566	0,515	0,316	0,47
Número de vínculos								
1 vínculo	96	2,94 (1,42)	3,44 (1,33)	2,32 (1,65)	3,43 (1,45)	2,66 (1,54)	3,78 (1,11)	3,10 (1,21)
2 ou 3 vínculos	30	3,04 (1,31)	3,46 (1,34)	2,40 (1,61)	3,49 (1,41)	2,97 (1,42)	3,68 (1,25)	3,17 (1,15)
P*		0,737	0,943	0,814	0,851	0,326	0,69	0,777
Tipo de vínculo								
Estatutário	74	3,25 (1,45)	3,76 (1,30)	2,54 (1,68)	3,68 (1,41)	2,87 (1,62)	3,95 (1,13)	3,35 (1,26)
Celetista	52	2,56 (1,19)	2,99 (1,23)	2,05 (1,53)	3,11 (1,41)	2,54 (1,34)	3,47 (1,11)	2,77 (1,01)
P*		<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	0,096	<b>0,025</b>	0,241	<b>0,02</b>	<b>0,005</b>
Carga horária de trabalho semanal								
Até 40 horas	92	2,92 (1,36)	3,29 (1,29)	2,27 (1,58)	3,41 (1,47)	2,62 (1,51)	3,58 (1,15)	3,01 (1,17)
>=40 horas	34	3,11 (1,47)	3,85 (1,35)	2,50 (1,78)	3,55 (1,34)	3,03 (1,49)	4,22 (0,98)	3,38 (1,23)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Fator 1</b> <b>média (DP)</b>	<b>Fator 2</b> <b>média (DP)</b>	<b>Fator 3</b> <b>média (DP)</b>	<b>Fator 4</b> <b>média (DP)</b>	<b>Fator 5</b> <b>média (DP)</b>	<b>Fator 6</b> <b>média (DP)</b>	<b>Geral</b> <b>média (DP)</b>
P*		0,488	<b>0,034</b>	0,5	0,609	0,177	<b>0,005</b>	0,127

\*Teste t para amostras pareadas;

\*\*Modelo de análise de variância (ANOVA);

Letras distintas representam médias estatisticamente diferentes;

Porte do HUF pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos);

Interpretação do escore médio de frequência de DM: 0-1,99 = baixo; 2,00-3,99 = moderado; 4,00-6,00 = alto;

Fator 1 = reconhecimento, poder e identidade profissional; Fator 2 = cuidado seguro e qualificado; Fator 3 = defesa de valores e direitos; Fator 4 = condições de trabalho; Fator 5 = infrações éticas; Fator 6 = equipes de trabalho.

Fonte: o autor.

Nesses dados verifica-se que a média de frequência de DM nos fatores F1, F3 e F5 foi maior em gestores mais jovens (menor idade) quando comparada com as médias dos enfermeiros mais velhos (maior idade). Não houve diferenças significativas entre as médias de frequência de DM em relação ao sexo.

Em relação à Região do Brasil, localização do HUF, somente o fator F4 não foi significativo, ou seja, a diferença das médias de frequência de DM entre os gestores de enfermagem, em relação as “Condições de trabalho”, não foi significativa. Na região Sudeste, os gestores de enfermagem apresentaram uma média maior de frequência de DM e a menor média está apontada para a região Norte, ambos em todos os fatores.

Quando comparadas as médias dos seis fatores entre as categorias da variável “Porte do HUF”, todas foram significativas. Observa-se que quanto maior o porte do hospital, maior é a frequência de DM.

Os gestores de enfermagem com tempo de formação até 15 anos manifestaram uma maior frequência de DM quando comparado àqueles com mais de 20 anos de formação, especificamente nos fatores F1, F3 e F5. A média de frequência de DM no fator F5 possui uma diferença significativa entre as categorias no tempo de atuação. Neste fator, os gestores com 11 a 15 anos de atuação como enfermeiros apresentaram uma maior frequência de DM quando comparados com aqueles que possuem mais de 16 anos de atuação.

É possível observar entre as médias com diferenças significativas que nos fatores F1, F3 e F5, os gestores com tempo de experiência em gestão abaixo de 5 anos apresentaram as maiores médias de frequência de DM quando comparado àqueles com mais de 16 anos de experiência em gestão. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de frequência de DM relacionadas ao tempo de experiência na função como gestor de enfermagem no HUF/Ebserh.

Os enfermeiros com mestrado (formação complementar) apresentaram a maior média no fator F2, onde ocorreu diferença significativa entre as médias, sendo maiores do que as médias de frequência de DM dos gestores que possuem doutorado. Aqueles que não têm formação na área de gestão possuem as maiores médias de frequência de DM quando comparado aos que possuem esta formação. Nesta variável, apenas o F6 não apresentou significância, embora haja uma aproximação ( $p=0,52$ ).

Em relação ao tipo de vínculo do gestor em enfermagem, a média dos fatores F1, F2, F4 e F6 apresentaram significância. O estatutário expressou maiores médias de frequência de DM quando comparado com as médias do celetista. Os gestores de enfermagem que trabalham mais de 40 horas por semana (carga horária de trabalho semanal), apresentaram maiores médias de frequência de DM quando comparados aos participantes que referiram trabalhar menos de 40 horas por semana, especialmente nos fatores com significância estatística (F2 e F6).

Com base nas médias gerais, observa-se um predomínio de nível moderado de frequência de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. Os enfermeiros que atuam nos HUF de grande porte apresentaram as maiores médias, em todos os fatores, caracterizando-se como locais de alta frequência de DM. As menores frequências de DM foram apontadas pelos enfermeiros com 50 anos ou mais, especialmente no fator 3, constatada como a menor frequência de DM relacionada a problemas morais que envolvem a “Defesa de valores e direitos”.

A Tabela 2 apresenta a análise das médias de intensidade dos fatores de DM entre as características sociodemográficas e laborais dos gestores de enfermagem do HUF/Ebserh.

Tabela 2 – Análise da intensidade dos fatores de Distresse Moral entre os enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	N	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Geral
		média (DP)						
<b>Porte do HUF</b>								
Pequeno	54	2,74a (1,51)	3,23a (1,44)	1,91a (1,57)	3,10a (1,59)	2,67a (1,77)	3,51a (1,34)	2,86a (1,26)
Médio	55	3,73b (1,47)	4,24b (1,21)	3,53b (1,61)	3,89b (1,25)	3,80b (1,55)	4,02a (1,03)	3,88b (1,12)
Grande	17	4,71c (0,78)	4,99b (0,57)	4,47b (0,95)	4,82c (0,80)	4,73b (0,82)	4,98b (0,54)	4,79c (0,58)
p**		<b>&lt;0,001</b>						
<b>Região</b>								
Norte	15	2,59a (1,17)	3,03a (1,10)	1,74a (1,14)	3,17 (1,50)	2,17a (1,67)	3,06a (1,31)	2,64a (0,95)
Nordeste	52	3,28ab (1,55)	3,80ab (1,50)	2,71ab (1,78)	3,58 (1,49)	3,21ab (1,67)	3,95ab (1,21)	3,43ab (1,28)
Sudeste	25	4,19b (1,62)	4,39b (1,34)	3,72b (1,81)	4,26 (1,59)	4,19b (1,79)	4,45b (1,23)	4,20b (1,45)
Sul	25	3,56ab (1,54)	4,23ab (1,27)	3,64b (1,68)	3,75 (1,17)	3,83b (1,51)	4,00ab (1,00)	3,84b (1,13)
Centro-Oeste	9	3,37ab (1,53)	3,76ab (1,13)	2,51ab (1,62)	3,26 (1,48)	3,78b (1,34)	3,65ab (0,91)	3,39ab (1,16)
p**		<b>0,026</b>	<b>0,028</b>	<b>0,002</b>	0,149	<b>0,003</b>	<b>0,01</b>	<b>0,003</b>
<b>Idade</b>								
20 – 39	72	3,70a (1,43)	3,96 (1,37)	3,32a (1,72)	3,73 (1,41)	3,73a (1,50)	4,09a (1,19)	3,76a (1,22)
40 – 49	30	3,75a (1,67)	4,12 (1,53)	3,16ab (1,91)	3,89 (1,59)	3,89a (1,96)	4,01ab (1,32)	3,81a (1,51)
50 ou +	24	2,27b (1,32)	3,50 (1,27)	1,64b (1,19)	3,25 (1,48)	2,01b (1,34)	3,37b (1,03)	2,69b (0,96)
p**		<b>&lt;0,001</b>	0,245	<b>0,002</b>	0,256	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,039</b>	<b>0,001</b>
<b>Sexo</b>								
Masculino	10	3,54 (1,80)	3,48 (1,67)	2,73 (2,07)	3,98 (1,48)	3,57 (2,04)	3,71 (1,55)	3,48 (1,52)
Feminino	116	3,43 (1,55)	3,94 (1,38)	2,98 (1,77)	3,65 (1,47)	3,43 (1,71)	3,95 (1,19)	3,57 (1,30)
p*		0,841	0,318	0,663	0,495	0,813	0,558	0,82
<b>Tempo de Formação</b>								
até 10 anos	35	3,73a (1,39)	3,92 (1,41)	3,35a (1,65)	3,80 (1,43)	3,62ab (1,63)	3,97 (1,02)	3,74ab (1,16)
11 - 15 anos	42	3,71a (1,42)	4,05 (1,37)	3,26ab (1,78)	3,84 (1,31)	3,92a (1,42)	4,23 (1,20)	3,83a (1,23)
16 - 20 anos	16	3,56a (1,77)	3,99 (1,48)	3,17ab (1,89)	3,90 (1,72)	3,67ab (2,05)	3,91 (1,54)	3,70ab (1,61)
>20 anos	33	2,73b (1,66)	3,67 (1,42)	2,06b (1,65)	3,24 (1,56)	2,53b (1,76)	3,52 (1,19)	2,98b (1,29)
p**		<b>0,023</b>	0,708	<b>0,008</b>	0,258	<b>0,004</b>	0,091	<b>0,028</b>
<b>Formação complementar</b>								
Especialização/Residência	59	3,37 (1,52)	3,89 (1,37)	2,97 (1,83)	3,72 (1,41)	3,47 (1,83)	3,99 (1,23)	3,56 (1,28)
Mestrado	44	3,63 (1,58)	4,11 (1,43)	3,14 (1,72)	3,86 (1,54)	3,37 (1,64)	3,97 (1,22)	3,70 (1,34)
Doutorado/Pós-doutorado	23	3,26 (1,68)	3,57 (1,39)	2,60 (1,84)	3,21 (1,44)	3,51 (1,72)	3,73 (1,22)	3,31 (1,36)

Variáveis	N	Fator 1 média (DP)	Fator 2 média (DP)	Fator 3 média (DP)	Fator 4 média (DP)	Fator 5 média (DP)	Fator 6 média (DP)	Geral média (DP)
p**		0,587	0,328	0,504	0,219	0,94	0,672	0,519
Formação na área de gestão								
Sim	56	2,89 (1,57)	3,56 (1,36)	2,20 (1,68)	3,22 (1,49)	2,90 (1,67)	3,55 (1,14)	3,06 (1,21)
Não	70	3,88 (1,43)	4,19 (1,38)	3,57 (1,64)	4,05 (1,36)	3,88 (1,66)	4,24 (1,20)	3,97 (1,26)
p*		<b>&lt;0,001</b>	<b>0,011</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Tempo de Atuação								
até 10 anos	43	3,49 (1,58)	3,77 (1,44)	3,16 (1,75)	3,59 (1,51)	3,50ab (1,68)	3,79 (1,16)	3,55 (1,29)
11 - 15 anos	44	3,69 (1,44)	4,05 (1,42)	3,18 (1,76)	3,91 (1,35)	3,87a (1,46)	4,25 (1,15)	3,82 (1,26)
>= 16 anos	39	3,10 (1,67)	3,90 (1,35)	2,51 (1,82)	3,52 (1,56)	2,90b (1,95)	3,73 (1,31)	3,30 (1,38)
p**		0,226	0,658	0,159	0,437	<b>0,035</b>	0,096	0,201
Tempo de experiência em gestão								
< 5 anos	66	3,68a (1,49)	3,96 (1,39)	3,34a (1,74)	3,83 (1,43)	3,79a (1,66)	4,00 (1,24)	3,76a (1,27)
6 - 10 anos	28	3,28ab (1,67)	3,64 (1,53)	2,69ab (1,94)	3,66 (1,54)	3,40a (1,71)	3,94 (1,32)	3,42ab (1,47)
11 a 15 anos	14	3,89a (1,29)	4,59 (1,15)	3,13ab (1,78)	4,00 (1,45)	3,68a (1,71)	4,13 (1,41)	3,95ab (1,19)
>=16 anos	18	2,44b (1,54)	3,60 (1,28)	1,88b (1,31)	2,91 (1,36)	2,05b (1,41)	3,52 (0,72)	2,77b (1,00)
p**		<b>0,014</b>	0,151	<b>0,015</b>	0,098	<b>0,002</b>	0,446	<b>0,02</b>
Tempo de experiência na Função								
<1 ano	23	2,87 (1,31)	3,39 (1,54)	2,42 (1,74)	3,45 (1,44)	3,13 (1,71)	3,62 (1,41)	3,12 (1,28)
1 a 5 anos	75	3,63 (1,55)	4,04 (1,35)	3,17 (1,78)	3,67 (1,46)	3,64 (1,72)	4,05 (1,17)	3,71 (1,28)
6 a 10 anos	16	3,58 (1,77)	4,01 (1,56)	3,10 (2,05)	4,32 (1,54)	3,42 (1,83)	3,96 (1,44)	3,72 (1,52)
>=11 anos	12	3,14 (1,72)	3,91 (1,12)	2,55 (1,51)	3,29 (1,40)	2,86 (1,71)	3,73 (0,73)	3,29 (1,18)
p**		0,188	0,265	0,29	0,217	0,389	0,462	0,227
Número de vínculos								
1 vínculo	96	3,43 (1,57)	3,95 (1,39)	2,95 (1,78)	3,68 (1,50)	3,43 (1,76)	3,95 (1,18)	3,57 (1,31)
2 ou 3 vínculos	30	3,46 (1,58)	3,78 (1,45)	3,01 (1,85)	3,68 (1,40)	3,49 (1,65)	3,86 (1,35)	3,55 (1,34)
p*		0,925	0,577	0,875	0,979	0,849	0,72	0,931
Tipo de vínculo								
Estatutário	74	3,74 (1,61)	4,18 (1,33)	3,22 (1,84)	3,93 (1,40)	3,54 (1,75)	4,11 (1,20)	3,81 (1,34)
Celetista	52	3,01 (1,41)	3,51 (1,41)	2,60 (1,67)	3,32 (1,51)	3,30 (1,71)	3,68 (1,21)	3,23 (1,20)
p*		<b>0,01</b>	<b>0,007</b>	0,055	<b>0,022</b>	0,457	<b>0,047</b>	<b>0,014</b>
Carga horária de trabalho semanal								
até 40 horas	92	3,38 (1,50)	3,76 (1,35)	2,84 (1,69)	3,63 (1,49)	3,30 (1,73)	3,77 (1,19)	3,45 (1,26)

Variáveis	N	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Geral
		média (DP)	média (DP)					
>=40 horas	34	3,59 (1,76)	4,30 (1,47)	3,30 (2,02)	3,81 (1,44)	3,82 (1,71)	4,38 (1,19)	3,87 (1,43)
P*		0,506	0,053	0,198	0,529	0,138	<b>0,011</b>	0,137

\*Teste t para amostras pareadas;

\*\*Modelo de análise de variância (ANOVA);

Letras distintas representam médias estatisticamente diferentes;

Porte do HUF pequeno (até 199 leitões), médio (200 a 399 leitões) e grande (acima de 400 leitões);

Interpretação do escore médio de intensidade de DM: 0-1,99 = baixo; 2,00-3,99 = moderado; 4,00-6,00 = alto;

Fator 1 = reconhecimento, poder e identidade profissional; Fator 2 = cuidado seguro e qualificado; Fator 3 = defesa de valores e direitos; Fator 4 = condições de trabalho; Fator 5 = infrações éticas; Fator 6 = equipes de trabalho.

Fonte: o autor.

Nesta tabela constata-se que a média de intensidade de DM nos fatores F1, F3, F5 e F6 foi maior em gestores mais jovens (menor idade) quando comparada com as médias dos enfermeiros mais velhos (maior idade). Não houve diferenças significativas entre as médias de intensidade de DM em relação ao sexo.

Em relação à Região do Brasil, localização do HUF, somente o fator F4 não foi significativo, ou seja, a diferença das médias de intensidade de DM entre os gestores de enfermagem, em relação as “Condições de trabalho”, não foi significativa. Na região Sudeste, os gestores de enfermagem apresentaram uma média maior de intensidade de DM e a menor média está situada na região Norte.

Quando comparadas a média dos seis fatores entre as categorias da variável “Porte do HUF”, todas foram significativas. Observa-se que quanto maior o porte do hospital, maior é a intensidade de DM vivenciada pelos gestores.

Os gestores de enfermagem com menor tempo de formação apresentaram uma média maior de intensidade de DM quando comparado com aqueles com mais de 20 anos de tempo formação, especificamente nos fatores F1, F3 e F5. A média da intensidade de DM no fator F5 possui uma diferença significativa entre as categorias no tempo de atuação. Neste fator, os gestores com 11 a 15 anos de atuação como enfermeiros apresentaram uma maior intensidade de DM quando comparados com aqueles que possuem mais de 16 anos de atuação.

Nos fatores F1, F3 e F5, que apresentam diferenças significativas entre as médias, observa-se que os gestores com menor tempo de experiência em gestão apresentaram as maiores médias de intensidade de DM quando comparado com aqueles com mais de 16 anos de experiência em gestão. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de intensidade de DM relacionadas ao tempo de experiência na função como gestor de enfermagem no HUF/Ebserh.

Em todos os fatores de DM, observa-se que os enfermeiros que não possuem formação na área de gestão têm as maiores médias de intensidade de DM quando comparado aos que possuem esta formação. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de intensidade de DM relacionadas à formação complementar.

Em relação ao tipo de vínculo do gestor em enfermagem, a média dos fatores F1, F2, F4 e F6 apresentaram significância. O estatutário expressou médias superiores de intensidade de DM quando comparado com as médias do celetista. Os gestores de enfermagem que trabalham

mais de 40 horas por semana (carga horária de trabalho semanal) apresentaram maiores médias de intensidade de DM quando comparados aos enfermeiros que trabalham menos de 40 horas por semana, especialmente no fator com significância estatística (F6).

Ainda, segundo os escores médios, observa-se um predomínio de nível moderado de intensidade de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. Os HUF de grande porte, bem como aqueles localizados na região sudeste, apresentaram as maiores médias, em todos os fatores, caracterizando-se como locais de alta intensidade de DM. As intensidades mais baixas de DM foram apontadas pelos enfermeiros com 50 anos ou mais, da região Norte, especialmente no fator 3, constatada como o fator com a menor intensidade de DM.

A Tabela 3 apresenta a análise dos fatores de DM e as características sociodemográficas e laborais dos gestores de enfermagem do HUF/Ebserh.

Tabela 3 – Análise do Distresse Moral entre os enfermeiros gestores e suas características, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis	n	Fator 1 média (DP)	Fator 2 média (DP)	Fator 3 média (DP)	Fator 4 média (DP)	Fator 5 média (DP)	Fator 6 média (DP)	∑ F*1 média (DP)
<b>Porte do HUF</b>								
Pequeno	54	111,70a (89,18)	131,02a (94,78)	46,19a (61,22)	72,37a (55,26)	52,61a (52,60)	101,76a (59,26)	515,65a (338,43)
Médio	55	148,71a (86,53)	185,07b (85,07)	89,45b (73,67)	94,40a (51,19)	67,89a (44,50)	116,84a (45,22)	702,36b (307,98)
Grande	17	247,88b (70,45)	265,00c (61,05)	153,76c (58,76)	143,71b (37,73)	131,29b (42,56)	176,24b (26,57)	1.117,88c (252,40)
<b>p**</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Região</b>								
Norte	15	95,60a (66,00)	110,20a (73,04)	38,27a (46,28)	76,47 (61,05)	35,00a (42,86)	87,47a (59,86)	443,00a (262,52)
Nordeste	52	137,67a (90,07)	169,12ab (99,24)	70,98ab (70,69)	87,06 (54,17)	63,71a (48,85)	119,00ab (53,46)	647,54a (334,99)
Sudeste	25	201,40b (110,47)	216,16b (102,99)	114,64b (88,07)	119,64 (62,43)	104,60b (64,38)	148,72b (62,14)	905,16b (457,31)
Sul	25	147,60ab (86,31)	189,64ab (84,06)	96,80ab (72,76)	89,32 (46,74)	72,00ab (47,64)	112,68ab (40,85)	708,04ab (296,81)
Centro-Oeste	9	123,00ab (97,48)	129,67ab (72,56)	53,00ab (65,28)	71,67 (46,09)	61,56ab (36,33)	98,00ab (34,07)	536,89ab (309,71)
<b>p**</b>		<b>0,008</b>	<b>0,006</b>	<b>0,009</b>	0,062	<b>0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>
<b>Idade</b>								
20 – 39	72	161,86a (93,78)	177,06 (98,75)	93,46a (76,89)	92,24 (53,56)	79,69a (52,01)	124,25 (56,15)	728,56a (366,18)
40 – 49	30	161,07a (100,45)	184,00 (98,31)	81,93ab (79,33)	98,10 (60,81)	82,50a (58,27)	122,67 (55,57)	730,27a (400,24)
50 ou +	24	80,79b (66,47)	145,46 (87,98)	35,04b (42,87)	81,63 (58,25)	24,75ab (22,76)	95,46 (47,01)	463,13b (248,23)
<b>p**</b>		<b>0,002</b>	0,296	<b>0,004</b>	0,560	<b>&lt;0,001</b>	0,075	<b>0,006</b>
<b>Sexo</b>								
Masculino	10	152,60 (90,91)	143,50 (90,21)	55,60 (48,26)	101,50 (52,25)	81,70 (61,06)	106,10 (60,85)	641,00 (317,19)
Feminino	116	145,68 (96,50)	175,21 (97,41)	81,66 (76,83)	90,76 (56,49)	68,88 (53,40)	119,45 (54,76)	681,63 (373,43)
<b>p*</b>		0,827	0,323	0,295	0,563	0,473	0,465	0,739
<b>Tempo de Formação</b>								
até 10 anos	35	162,97a (93,68)	171,26 (92,74)	91,31a (67,76)	96,40 (53,65)	74,43a (53,44)	118,69 (45,29)	715,06ab (335,83)
11 - 15 anos	42	165,79a (96,77)	186,76 (108,06)	95,83a (85,58)	96,57 (54,04)	88,40a (52,26)	132,52 (59,63)	765,88a (397,33)
16 - 20 anos	16	145,56ab (105,38)	175,31 (93,98)	83,63ab (87,79)	94,44 (58,06)	72,50ab (60,42)	120,81 (67,77)	692,25ab (435,82)
>20 anos	33	103,91b (81,36)	155,03 (88,59)	44,52b (49,18)	78,85 (60,51)	40,27b (41,47)	98,91 (48,22)	521,48b (285,97)
<b>p**</b>		<b>0,024</b>	0,577	<b>0,016</b>	0,510	<b>0,001</b>	0,073	<b>0,031</b>
<b>Formação complementar</b>								
Especialização/Residência	59	137,41 (92,20)	166,12 (95,62)	75,93 (78,43)	91,97 (53,37)	69,14 (53,03)	119,25 (54,64)	659,81 (357,94)
Mestrado	44	166,23 (101,10)	198,32 (98,58)	88,16 (68,27)	101,27 (59,98)	73,20 (54,40)	121,68 (58,34)	748,86 (380,26)
Doutorado/Pós-doutorado	23	130,61 (91,77)	140,52 (87,96)	72,57 (80,84)	72,22 (52,24)	65,52 (57,08)	109,87 (51,42)	591,30 (362,77)
<b>p**</b>		0,221	0,052	0,637	0,131	0,850	0,701	0,219
<b>Formação na área de gestão</b>								
Sim	56	113,41 (79,99)	150,14 (88,41)	46,98 (50,05)	76,39 (51,19)	52,20 (43,56)	104,00 (49,70)	543,13 (278,53)
Não	70	172,49 (99,65)	190,73 (100,18)	105,67 (81,75)	103,79 (57,13)	84,06 (57,37)	129,90 (56,87)	786,63 (396,47)
<b>p*</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>0,019</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tempo de Atuação</b>								
até 10 anos	43	148,86 (96,43)	162,19 (92,95)	81,33 (67,01)	90,14 (55,03)	70,70ab (53,32)	113,37 (49,11)	666,58 (349,93)

Variáveis	n	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	∑ F*I
		média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)
11 - 15 anos	44	163,07 (99,88)	186,41 (109,48)	94,16 (87,98)	96,66 (53,61)	83,89a (52,48)	131,32 (58,27)	755,50 (406,28)
>= 16 anos	39	124,33 (88,07)	168,79 (86,10)	61,23 (65,30)	87,54 (60,70)	53,23b (52,75)	109,33 (56,41)	604,46 (333,86)
<b>p**</b>		<b>0,180</b>	<b>0,488</b>	<b>0,135</b>	<b>0,747</b>	<b>0,034</b>	<b>0,148</b>	<b>0,171</b>
<b>Tempo de experiência em gestão</b>								
< 5 anos	66	163,59a (95,53)	177,45 (96,00)	94,76a (77,66)	98,62 (54,11)	83,32a (56,98)	122,82 (56,05)	740,56a (374,14)
6 - 10 anos	28	131,86ab (102,40)	154,96 (109,51)	67,43ab (77,25)	86,36 (55,77)	65,46ab (50,99)	111,32 (57,99)	617,39ab (400,09)
11 a 15 anos	14	159,36ab (78,78)	209,00 (93,14)	87,36ab (78,88)	99,79 (64,18)	64,50ab (43,91)	129,71 (66,12)	749,71ab (342,71)
>=16 anos	18	94,72b (81,48)	154,56 (77,96)	36,83b (33,47)	67,72 (54,01)	31,78b (32,31)	104,33 (34,25)	489,94b (235,16)
<b>p**</b>		<b>0,039</b>	<b>0,299</b>	<b>0,023</b>	<b>0,184</b>	<b>0,003</b>	<b>0,454</b>	<b>0,046</b>
<b>Tempo de experiência na Função</b>								
<1 ano	23	114,74 (72,14)	139,39 (99,72)	66,35 (76,69)	83,61 (50,36)	62,00 (46,72)	102,96 (62,29)	569,04 (332,87)
1 a 5 anos	75	158,59 (98,97)	181,08 (96,04)	86,67 (75,65)	92,17 (56,51)	77,15 (57,40)	125,43 (53,22)	721,08 (375,71)
6 a 10 anos	16	147,25 (110,03)	180,00 (106,61)	79,06 (86,86)	111,25 (61,20)	63,94 (51,41)	114,69 (65,40)	696,19 (423,47)
>=11 anos	12	128,00 (88,65)	174,33 (79,87)	61,42 (50,69)	77,25 (55,79)	47,67 (42,27)	108,92 (30,49)	597,58 (284,30)
<b>p**</b>		<b>0,245</b>	<b>0,341</b>	<b>0,561</b>	<b>0,361</b>	<b>0,254</b>	<b>0,330</b>	<b>0,304</b>
<b>Número de vínculos</b>								
1 vínculo	96	146,11 (97,90)	173,66 (95,21)	79,40 (75,93)	91,91 (56,74)	68,55 (54,61)	118,98 (54,15)	678,60 (373,37)
2 ou 3 vínculos	30	146,60 (90,06)	169,60 (103,73)	80,20 (73,90)	90,67 (54,71)	74,20 (52,19)	116,50 (59,05)	677,77 (357,84)
<b>p*</b>		<b>0,981</b>	<b>0,842</b>	<b>0,959</b>	<b>0,916</b>	<b>0,618</b>	<b>0,831</b>	<b>0,991</b>
<b>Tipo de vínculo</b>								
Estatutário	74	165,86 (101,11)	196,45 (95,83)	90,38 (76,42)	101,16 (57,08)	75,80 (58,21)	128,20 (55,91)	757,85 (388,25)
Celetista	52	118,29 (80,48)	138,88 (88,79)	64,23 (71,25)	78,02 (52,11)	61,50 (46,32)	104,42 (51,34)	565,35 (307,47)
<b>p*</b>		<b>0,006</b>	<b>0,001</b>	<b>0,054</b>	<b>0,022</b>	<b>0,128</b>	<b>0,017</b>	<b>0,002</b>
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>								
até 40 horas	92	141,16 (95,02)	159,22 (92,66)	74,50 (71,28)	90,12 (57,18)	64,82 (52,28)	109,38 (53,23)	639,20 (356,53)
>=40 horas	34	159,94 (97,76)	209,15 (100,07)	93,35 (84,38)	95,65 (53,47)	83,65 (56,54)	142,76 (53,46)	784,50 (384,00)
<b>p*</b>		<b>0,33</b>	<b>0,01</b>	<b>0,213</b>	<b>0,625</b>	<b>0,082</b>	<b>0,002</b>	<b>0,049</b>

\*Teste t para amostras independentes;

\*\*Modelo de análise de variância (ANOVA);

Letras distintas representam médias estatisticamente diferentes;

Porte do HUF pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos);

Fator 1 = reconhecimento, poder e identidade profissional; Fator 2 = cuidado seguro e qualificado; Fator 3 = defesa de valores e direitos; Fator 4 = condições de trabalho; Fator 5 = infrações éticas; Fator 6 = equipes de trabalho.

**Nota:** Variação do escore DMG por fator, MDSN-Br (Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros): F1 (0-396), F2 (0-396), F3 (0-288), F4 (0-216), F5 (0-216), F6 (0-252), DMG (0-1764).

Fonte: o autor.

Assim, observa-se que a média de DM nos fatores F1, F3 e F5 foi maior em gestores mais jovens (menor idade) quando comparada com as médias dos enfermeiros mais velhos (maior idade). Não houveram diferenças significativas entre as médias de DM em relação ao sexo.

Em relação à Região do Brasil, localização do HUF, somente o fator F4 não foi significativo ( $p=0,062$ ), ou seja, a diferença das médias de DM entre os gestores de enfermagem, em relação as “Condições de trabalho”, não foi significativa. Na região Sudeste os gestores de enfermagem apresentaram uma média maior de DM e a menor média está situada na região Norte.

Quando comparadas a média dos seis fatores de DM entre as categorias da variável “Porte do HUF”, todas apresentaram significância estatística. Observa-se que quanto maior o porte do hospital, maior é o DM vivenciado pelos gestores.

Os gestores de enfermagem com menor tempo de formação apresentaram uma média maior de DM quando comparado com aqueles com mais de 20 anos de tempo de formação, especificamente nos fatores F1, F3 e F5. A média de DM no fator F5 possui uma diferença significativa entre as categorias no tempo de atuação. Neste fator, os gestores com 11 a 15 anos de atuação como enfermeiros apresentaram uma maior média de DM quando comparados com aqueles que possuem mais de 16 anos de atuação.

Nos fatores F1, F3 e F5, que apresentam diferenças significativas entre as médias, observa-se que os gestores com menor tempo de experiência em gestão apresentaram as maiores médias de intensidade de DM quando comparado com aqueles com mais de 16 anos de experiência em gestão. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de DM relacionadas ao tempo de experiência na função como gestor de enfermagem no HUF/Ebserh.

Em todos os fatores de DM, observa-se que os enfermeiros que não possuem formação na área de gestão têm as maiores médias de DM quando comparado aos que possuem esta formação. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de DM relacionadas à formação complementar.

Em relação ao tipo de vínculo do gestor em enfermagem, a média dos fatores F1, F2, F4 e F6 apresentaram significância. O estatutário expressou médias superiores de DM quando comparado às médias do celetista. Os gestores de enfermagem que trabalham mais de 40 horas por semana (carga horária de trabalho semanal), apresentaram maiores médias de DM quando

comparados aos enfermeiros que trabalham menos de 40 horas por semana, especialmente nos fatores com significância estatística (F2 e F6).

Com base nas médias apuradas, constata-se que os maiores escores de DM foram apontados entre os participantes localizados em HUF de grande porte, da região Sudeste, por enfermeiras mestras, estatutárias, até 49 anos de idade, com 11 a 15 anos de formação e experiência em gestão, com pelo menos 5 anos de tempo na função como gestor, sem formação na área de gestão e trabalhando mais de 40 horas por semana.

A Tabela 4 apresenta a análise do efeito das variáveis sociodemográficas e laborais (variáveis independentes) sobre a intensidade do DM (variável dependente) vivenciado pelos gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh.

Tabela 4 – Regressão linear multivariável entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a intensidade de Distresse Moral entre os enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set/2019-mai/2020.

Variáveis		Beta	B	EP	[IC95%]	P	R <sup>2</sup>
<b>Fator 1</b>							
Grupos	GE	0,367	1,318	0,288	[0,75;1,88]	<0,001	0,311
	DE	Ref	Ref				
Porte do HUF	Grande	0,333	1,521	0,391	[0,75;2,29]	<0,001	
	Médio	0,239	0,754	0,259	[0,25;1,26]	0,004	
	Pequeno	Ref	Ref				
Tipo de vínculo	Celetista	-0,232	-0,735	0,273	[-1,27;-0,20]	0,007	
	Estatutário	Ref	Ref				
<b>Fator 2</b>							
Porte do HUF	Grande	0,432	1,760	0,169	[2,90; 3,56]	<0,001	0,208
	Médio	0,359	1,009	0,238	[0,54; 1,48]	<0,001	
	Pequeno	Ref	Ref				
<b>Fator 3</b>							
Grupos	GE	0,305	1,250	0,287	[0,69;1,81]	<0,001	0,438
	DE	Ref	Ref				
Porte do HUF	Grande	0,417	2,175	0,400	[1,39;2,96]	<0,001	
	Médio	0,424	1,525	0,257	[1,02;2,03]	<0,001	
	Pequeno	Ref	Ref				
Formação em gestão	Não	0,168	0,604	0,269	[0,08;1,13]	0,025	
	Sim	Ref	Ref				
<b>Fator 4</b>							
Porte do HUF	Grande	0,401	1,722	0,374	[0,98;2,46]	<0,001	0,158
	Médio	0,266	0,786	0,258	[0,28;1,29]	0,002	
	Pequeno	Ref	Ref				
<b>Fator 5</b>							
Porte do HUF	Grande	0,384	1,939	0,419	[1,12;2,76]	<0,001	0,266
	Médio	0,391	1,357	0,295	[0,78;1,94]	<0,001	
	Pequeno	Ref	Ref				
Tempo de Atuação	>=16 anos	-0,189	-0,705	0,332	[-1,36;-0,06]	0,034	
	11-15 anos	0,121	0,438	0,330	[-0,21;1,08]	0,183	
	Até 10 anos	Ref	Ref				
<b>Fator 6</b>							
<b>Modelo 1</b>							
Porte do HUF	Grande	0,351	1,247	0,327	[0,61;1,88]	<0,001	0,180
	Médio	0,195	0,477	0,211	[0,06;0,89]	0,024	
	Pequeno	Ref	Ref				
Formação em gestão	Não	0,167	0,407	0,211	[-0,07;0,82]	0,054	

Variáveis	Beta	B	EP	[IC95%]	P	R <sup>2</sup>	
	Sim	Ref	Ref				
Modelo 2							
Porte do HUF	Grande	0,415	1,473	0,310	[0,86;2,08]	<0,001	0,156
	Médio	0,209	0,510	0,214	[0,09;0,93]	0,017	
	Pequeno	Ref	Ref				

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos);

Beta: coeficiente angular padronizado;

B: coeficiente angular;

R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação;

Fator 1=Reconhecimento, poder e identidade profissional; Fator 2=Cuidado seguro e qualificado; Fator 3=Defesa de valores e direitos; Fator 4=Condições de trabalho; Fator 5=Infrações éticas; Fator 6=Equipes de trabalho.

Fonte: o autor.

Observando o coeficiente angular padronizado (beta), constata-se que as variáveis que mais impactaram no Fator 1 pela análise de regressão foram: grupos de enfermeiros (função), seguido de porte do HUF e por último o tipo de vínculo. O coeficiente de determinação ( $r^2$ ) demonstra um valor de 31,1% de explicação do DM (F1) utilizando essas três variáveis. Analisando o coeficiente angular (B), nota-se que o grupo GE tem em média 1,32 pontos a mais de DM nesse fator em relação ao grupo DE. Hospitais de grande porte possuem em média 1,521 pontos e os de médio porte 0,754 pontos a mais quando comparados aos hospitais de pequeno porte. Ser celetista reduz o DM (F1) em 0,735 pontos.

No Fator 2, somente a variável porte do HUF foi significativa. Hospitais de grande porte possuem em média 1,76 pontos e os de médio porte 1,01 pontos a mais quando comparado com hospitais de pequeno porte. O  $r^2$  foi de 20,8%.

O valor de beta mostra que as variáveis que mais impactaram o Fator 3 foram: porte do HUF, seguido pelos grupos de enfermeiros (função) e por último a formação na área de gestão. O coeficiente de determinação encontrou 43,8% de explicação do DM (F3) utilizando essas três variáveis. O grupo GE tem em média 1,250 pontos a mais em relação ao grupo DE. Hospitais de grande porte possuem em média 2,175 pontos e os de médio porte 1,525 pontos a mais do que os hospitais de pequeno porte. Os que não possuem formação na área de gestão possuem 0,604 pontos a mais de DM (F3) diante daqueles que possuem formação de gestão.

Apenas a variável porte do HUF foi significativa no fator 4 “Condições de trabalho”. Hospitais de grande porte possuem em média 1,722 pontos e os de médio porte de 0,786 pontos a mais quando comparado aos hospitais de pequeno porte. O  $r^2$  foi de 15,8%.

As variáveis que mais impactaram no Fator 5 foram o porte do HUF, seguido do tempo de atuação. Hospitais de grande porte possuem em média 1,939 pontos e porte médio 1,357 pontos a mais quando comparado com hospitais de pequeno porte. Aqueles com tempo de

atuação maior (ou igual) a 16 anos possuem a menor pontuação de DM (F5). O coeficiente de determinação ( $r^2$ ) demonstra um valor de 26,6% de explicação do DM (F5) utilizando essas duas variáveis.

O Fator 6 apresenta dois modelos: [a] multivariável, composto das variáveis “Porte do HUF” e “Formação na área de gestão”. O coeficiente de determinação ( $r^2$ ) mostra que 18% da variação do Fator 6 pode ser explicada por essas duas variáveis. Aqueles que não possuem formação em gestão apresentam em média 0,407 pontos a mais de DM (F6) diante daqueles que tem esta formação; [b] simples, somente a variável “Porte do HUF” foi significativa neste Fator. Hospitais de grande porte possuem em média 1,473 pontos e os de médio porte 0,510 pontos adicionais quando comparado com hospitais de pequeno porte.

## **Discussão**

As causas do DM na enfermagem são variadas e surgem como resultado de relações recíprocas entre os indivíduos e organizações, no qual as “pessoas e sistemas não existem isolados uns dos outros” (RODNEY, 2017, p. 9). Esta interconexão refletiu-se nos dados encontrados, sendo que os enfermeiros gestores de HUF de grande porte experimentaram os níveis mais elevados de DM, com associação significativa em todos os fatores, inclusive na análise conjunta de todas as variáveis (modelos explicativos de regressão multivariada).

Na rede de atenção à saúde, essas estruturas hospitalares podem ser compreendidas como sistemas adaptativos complexos, caracterizadas por uma multiplicidade de interações não-lineares e aprendizados constantes entre os agentes, com propriedades emergentes cercados pela incerteza e imprevisibilidade, objetivos confusos e pouco consensuais, que se auto-organizam e, diante de aspectos culturais, políticos, simbólicos e sociais, coevoluem com o ambiente (STACEY, 2012).

Os HUF de grande porte são considerados centros de referência em alta complexidade, responsáveis pela aplicação de diferentes recursos em seu processo de produção, ampliando esta complexidade para a gestão e às suas relações intrínsecas. Além do binômio assistência-ensino, os HUF têm como missão a busca pela integração da pesquisa às práticas organizacionais, o que parece estar institucionalizado em hospitais de maior complexidade (ARAÚJO; LETA, 2014).

Nesse contexto, supõe-se logicamente que nos HUF de grande porte há um maior nível de DM entre os gestores de enfermagem devido ao maior volume de interações plurais e dinâmicas e, complementarmente, de fortes situações ético-morais potencialmente constrangedoras. Em função da magnitude da estrutura e densidade tecnológica, processos e pessoas, este tipo de hospital pode apresentar um maior volume de conflitos e situações morais relacionados ao acesso, a expressão identitária, a autonomia, a segurança dos envolvidos, a capacidade de advogar, a disponibilidade de recursos, a responsabilidade ético-legal, a atribuições dos membros da equipe e a quanti-qualidade dos profissionais envolvidos no cuidado, ensino e pesquisa.

Embora haja uma coerência objetiva nesta relação, torna-se essencial cultivar a concepção empírica de um clima ético nesse processo de interação entre os enfermeiros e o ambiente organizacional, compartilhando os valores que impulsionam as práticas adotadas e a forma explícita de tratamento das questões éticas, indiferentemente da robustez da instituição (RODNEY *et al.*, 2012; MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015). Existem estudos que apontam claramente para a associação entre o clima ético precário (menor apoio administrativo, menos colaboração, menos recursos, por exemplo) e o DM, gerando maior insatisfação no trabalho e aumento da rotatividade dos enfermeiros (LAMIANI; BORGHI; ARGENTERO, 2017; EPSTEIN *et al.*, 2019; KOSKENVUORI; NUMMINEN; SUHONEN, 2019).

Os estudos quanti-qualitativos já realizados sobre DM retratam as características dos participantes com especial foco nas áreas de atuação e não necessariamente na complexidade do porte hospitalar. Assim, como exemplo, buscam compreender melhor o DM entre os enfermeiros e demais profissionais atuantes nas unidades de cuidados intensivos (DODEK *et al.*, 2016; MOHAMMADI; BORHANI; ROSHANZADEH, 2017; MCANDREW; LESKE; SCHROETER, 2018), emergências (ROBINSON; STINSON, 2016), hemato-oncologia (FRUET *et al.*, 2017), centro obstétrico (BIONDI *et al.*, 2019), bem como em diferentes departamentos clínicos, cirúrgicos, adultos ou pediátricos (LUSIGNANI *et al.*, 2016; ALMUTAIRI *et al.*, 2019; EPSTEIN *et al.*, 2019; YUCEL *et al.*, 2020).

Por outro lado, algumas investigações se aproximaram dessa situação de sofrimento em hospitais de grande porte. Um estudo transversal utilizando a Escala Bianchi de Estresse buscou avaliar o nível de estresse dos enfermeiros (n=27) que atuam na emergência de um hospital de grande porte no interior do estado da Bahia, observando que 29,6% apresentam baixo nível de

estresse e 70,4% com médio nível de estresse (SANTOS *et al.*, 2018). Rodrigues *et al* (2019), por meio de um estudo transversal, constataram que os recursos mentais se apresentaram como as principais variáveis que incidiram diretamente sobre a capacidade laboral dos trabalhadores de enfermagem (n=164) em um hospital de grande porte do Triângulo Mineiro, no estado de Minas Gerais, Brasil.

Outro aspecto que apresentou significância estatística em todos os fatores foi a ausência de formação em gestão, em nível elevado de intensidade de DM nas situações relacionadas ao “Cuidado seguro e qualificado”, “Condições de trabalho” e “Equipe de trabalho”.

As bases teóricas adquiridas na formação são consideradas elementos apoiadores da deliberação moral, favorecendo o desenvolvimento de competências ético-morais e auxiliando na superação das barreiras impostas no processo de DM (RAMOS *et al.*, 2016; 2020). Nesse caso, os enfermeiros gestores distantes dos aspectos da formação em gestão podem demonstrar uma menor sensibilidade moral e, portanto, são incapazes de distinguir os problemas morais dos problemas de gestão (e vice-versa), ou de discernir sabiamente os desafios éticos e ações lógicas, com autoconsciência do próprio papel e reflexão crítica baseada na análise de normas, caráter, princípios e teorias éticas, com empatia e atuação moral forte para propagar os comportamentos éticos que são congruentes com os valores (LÜTZÉN; EWALDS-KVIST, 2013).

Ainda que essa sensibilidade seja tomada como indispensável para que um problema moral seja visível e tornado objeto de reflexão ética (RAMOS *et al.*, 2016), a sua relação com o nível de DM merece maiores aprofundamentos. Para ilustrar, um estudo de correlação realizado no Irã com 257 enfermeiros de unidade de cuidados intensivos constatou que não houve relação significativa entre o sofrimento moral e sensibilidade moral dos enfermeiros ( $p=0,2$ ) (MOHAMMADI; BORHANI; ROSHANZADEH, 2017).

Entretanto, inúmeras são as variáveis subjetivas e as condições heterogêneas. A sensibilidade ética não está relacionada apenas ao conhecimento ético e experiência profissional, mas também ao clima organizacional hierárquico, ao perfil profissional, à atitude ou comportamento no trabalho e até mesmo a aplicação do conhecimento ético na prática (HUANG *et al.*, 2016; ZHANG *et al.*, 2019).

Desenvolver a competência técnica e ética como subproduto da formação em gestão é tão crucial quanto as circunstâncias que envolvem a clínica propriamente dita, por exemplo. É

necessário agregar o conhecimento tácito da gestão à prática pura (vivência), ao mesmo tempo em que o processo de formação deve se co-responsabilizar pela incorporação de uma agenda de educação ética, pautada na necessidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento das habilidades relacionais e da competência ética, oferecendo o suporte indispensável afim de exercer a agência moral em resposta ao DM (MONTEVERDE, 2016; RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017).

Além disso, é importante notar que o “Cuidado seguro e qualificado”, as “Condições de trabalho” e a “Equipe de trabalho” são possíveis dimensões de esforço primário (basilar) nas práticas de gestão em enfermagem, e sobre os quais os enfermeiros gestores dos HUF demonstraram maior angústia, em sintonia com os achados de Drago *et al* (2020). Na organização do processo de trabalho, o serviço de enfermagem hospitalar tem como objetos de trabalho gerencial a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem, empenhado em proporcionar um melhor cuidado, especialmente por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (KURCGANT, 2016).

Em relação à natureza do vínculo profissional, o enfermeiro gestor estatutário com maior tempo de atuação nos HUF apresentou os maiores índices de DM, especialmente nos fatores relacionados ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, “Cuidado seguro e qualificado”, “Condições de trabalho” e “Equipe de trabalho”.

Na ampla maioria dos HUF/Ebserh, destaca-se a coexistência de dois tipos de vínculos: os estatutários, regidos pela lei n. 8.112/90 (regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais); e, os celetistas, empregados públicos amparados pelas regras dadas pelo decreto-lei n. 5.452/1943 (consolidação das leis do trabalho).

A contratação dos primeiros empregados públicos celetistas concursados pela Ebserh ocorreu a partir de 2013. A inserção destes trabalhadores nos HUF, se por um lado permitiu uma recomposição da força de trabalho, por outro trouxe consigo inevitáveis desafios técnicos, de gestão e até mesmo políticos, e possivelmente permanecem até os dias atuais (PEREIRA JÚNIOR, 2018). Por consequência, é provável que a configuração deste quadro aumente a complexidade das relações, pautando-as em interações na busca por melhores condições de trabalho, uma carga de trabalho alinhada com a qualidade técnica e quantitativo suficiente de profissionais, um ambiente de prática seguro e especialmente por espaço de expressão, poder e autonomia.

Esta realidade é singular e de difícil aderência em relação a estudos internacionais. Em âmbito nacional, um estudo transversal realizado com 1.127 enfermeiros brasileiros, utilizando a MDSN-Br, constatou também que os servidores públicos estatutários demonstraram os maiores índices de DM, principalmente nos fatores relacionados ao “Cuidado seguro e qualificado”, às “Condições de trabalho”, a “Defesa de valores e direitos” e às “Equipes de trabalho” (RAMOS *et al.*, 2019b).

Cabe destacar que as situações desencadeadoras relacionadas ao fator “Reconhecimento, poder e identidade profissional” estiveram fortemente vinculadas ao maior nível de DM entre os enfermeiros gestores estatutários, como constatado na regressão linear multivariável. Como força de significância, este achado difere daqueles fatores relacionados por Ramos *et al.* (2019b), fato que pode ser atribuído às relações peculiares institucionalizadas nos HUF vinculados à Ebserh.

Entre as outras características profissionais, o maior índice de DM foi observado entre os enfermeiros gestores concebidos por este estudo como aqueles com a menor experiência profissional (mais jovens, com menor tempo de formação e de experiência em gestão), apresentando uma associação significativa no escore geral e nos fatores pertinentes ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, “Defesa de valores e direitos” e “Infrações éticas”.

A experiência profissional adquirida é considerada uma das principais bases para a atuação ética e deliberação moral pelos enfermeiros, bem como possui uma associação significativa com os níveis de DM (RAMOS *et al.*, 2020). Essa experiência pode ser sinônimo de autoconfiança que foi sendo gerada ao longo do tempo e que possivelmente orienta a tomada de decisão, apoiada pela intuição, conhecimento, comunicação, uso de padrões (regulatórios, por exemplo), suporte da equipe e da colaboração de colegas experientes (NORA *et al.*, 2016; NIBBELINK; BREWER, 2018).

Nesse caso, os enfermeiros mais experientes podem apresentar um maior grau de sensibilidade ética (HUANG *et al.*, 2016), e da mesma forma, se destacarem no cultivo da resiliência moral, desenvolvendo habilidades e competências éticas que os auxiliem na conexão com as suas intenções primárias, reduzindo assim os efeitos do DM (RUSHTON, 2017).

Por outro lado, um maior tempo de experiência pode levar o enfermeiro a se expor a contínuos problemas morais, acumulando resíduos (morais) de sentimentos de angústia e até

mesmo gerando um desgaste da sensibilidade moral (“dessensibilização”) e, neste caso, se acostuma com as situações desencadeadoras de sofrimento (RAMOS *et al.*, 2019b).

De fato, existem entendimentos e descobertas conflitantes sobre a relação entre o tempo de experiência, a sensibilidade e a intensidade do DM. Alguns estudos destacam que o maior tempo de prática do enfermeiro reduz o sofrimento (WOODS *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2016; LUSIGNANI *et al.*, 2016; HILER *et al.*, 2018; ALMUTAIRI *et al.*, 2019), enquanto outros refutam esta associação (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012; WHITEHEAD *et al.*, 2015; DODEK *et al.*, 2016; WENWEN *et al.*, 2018).

É inegável que a experiência profissional seja construída ao longo do tempo mediante práticas instrumentais e aplicações teóricas, influenciada por aspectos relacionais internos e externos. E nesse processo social e histórico de concepção e evolução do agente moral, os enfermeiros gestores menos experientes percebem algumas situações como mais angustiantes nos HUF, os quais podem ser potenciais reflexos de desafios éticos naturalmente atrelados a questões incipientes do cotidiano, relacionados ao trabalho sob pressão e relações conflituosas na equipe, a omissões por diferentes profissionais e ao desrespeito a autonomia profissional e do paciente.

Nessas arenas, o enfermeiro se vê instigado a preservar a sua integridade moral e a proteger a dignidade humana, cabendo-lhe advogar pelo paciente, promovendo ações de educação em saúde e comunicação efetiva, superando os limites impostos pela formação, conhecimento e valores internos, e ambiente de trabalho, com o propósito de assegurar o respeito aos direitos e interesses dos pacientes, muitas vezes em situações menos favoráveis ou em condições de vulnerabilidade (MAYER *et al.*, 2019).

A variável relacionada à carga horária de trabalho semanal dos enfermeiros gestores apresentou significativa associação com o índice de DM, em especial nos fatores que versam sobre o “Cuidado seguro e qualificado” e “Equipe de trabalho”. Sabe-se que esta característica guarda relação direta com a intensidade do trabalho (tenso e intenso), consequência do dimensionamento de pessoal, da polivalência e da flexibilização das práticas de enfermagem, que podem submeter o enfermeiro a constrangimentos na organização, com repercussões diretas sobre a qualidade do cuidado e a satisfação no trabalho (DE VEER *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2020).

As características relacionadas ao sexo, formação complementar e número de vínculos não encontraram correspondência significativa na associação com o índice de DM, aproximando-se dos dados encontrados por alguns estudos (DE VEER *et al.*, 2013; DYU; KALOWES; DEVRIES, 2016; LUSIGNANI *et al.*, 2016; ALMUTAIRI *et al.*, 2019), mas contraditados em partes por outros (WENWEN *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2019b). No que concerne a estas associações, não há uma clareza teórico-prática, sendo dignas de maiores investigações empíricas. Mas há de se destacar que existe uma tendência nos HUF à construção de uma formação complementar mais elevada, bem como uma maior possibilidade de inserção profissional em áreas de ensino e atividades de pesquisa.

Finalmente, quanto à abordagem dos determinantes de DM, é mandatório lembrar que os enfermeiros gestores dos HUF pertencem a estruturas organizacionais complexas, em que necessitam estabelecer relações éticas transparentes e de apoio mútuo para mitigar as complicações do DM e eliminar as suas fontes, proporcionando um ambiente de trabalho saudável, com as melhores condições para as práticas do cuidado, ensino e pesquisa.

## **Conclusão**

Foi possível analisar a partir do presente estudo a associação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de DM em gestores de enfermagem nos HUF. Constatou-se que os enfermeiros localizados em HUF de grande porte experimentaram altos níveis de DM, com associação significativa em todos os fatores. Nessas estruturas complexas, a concepção de um clima ético pode ser essencial para orientar a dinâmica das interações entre os enfermeiros e o ambiente organizacional e a forma como lidam na condução das questões éticas.

A ausência de formação em gestão, com significância estatística em todos os fatores, apresentou-se em nível elevado de intensidade de DM nas situações relacionadas ao “Cuidado seguro e qualificado”, “Condições de trabalho” e “Equipe de trabalho”. As bases teóricas obtidas no processo de formação articuladas com a educação ética mostram-se como indispensáveis no desenvolvimento de competências ético-morais direcionadas para a gestão das equipes e do cuidado em si.

Os enfermeiros estatutários apresentaram os maiores índices de DM, especialmente nos fatores relacionados ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, “Cuidado seguro e qualificado”, “Condições de trabalho” e “Equipe de trabalho”. Este aspecto pode estar associado ao contexto histórico de adesão à Ebserh, com o aumento da pluralidade das relações institucionais.

O maior índice de DM foi observado entre os enfermeiros gestores com a menor experiência profissional, apresentando uma associação significativa em especial nos fatores pertinentes ao “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, “Defesa de valores e direitos” e “Infrações éticas”. Se por um lado a experiência profissional apoia a sensibilidade ética e a deliberação moral, por outro pode gerar resíduo moral e desgaste da percepção ética, ou ainda, acarretar em excesso de autoconfiança e inflexibilidade, que pode inibir a sensibilidade e sequer enxergar o problema moral.

A carga horária de trabalho semanal apresentou significativa associação com o índice de DM, em especial nos fatores relacionados ao “Cuidado seguro e qualificado” e “Equipe de trabalho”, reflexo direto da intensidade (carga) de trabalho presentes nos HUF, reforçando a luta histórica da enfermagem pela regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais.

Os achados deste estudo contribuem com os conhecimentos teóricos existentes, voltados para a realidade de enfermeiros gestores em hospitais de ensino. Este processo de compreensão do DM é apenas o ponto de partida para apoiar os indivíduos (pessoas) e as organizações (estruturas) no enfrentamento dos sofrimentos e angústias desencadeadas por situações morais. Entender as raízes do DM é essencial para avançar nas mudanças necessárias para o estabelecimento de um ambiente de prática ética e segura.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados e refletem a realidade dos HUF/Ebserh. No processo de coleta dos dados, destaca-se que não houve a observação direta do preenchimento das respostas via *online* e apoia-se na fidelidade (aspecto pessoal e intransferível) dos dados informados, bem como traduzem o grau de (des)interesse pelo conteúdo e o traço de personalidade dos participantes.

A extensão em que uma situação leva ao DM parece não estar claramente elucidada. Diversos estudos nacionais e internacionais não permitem associações e, quando o fazem, são bastante heterogêneos. Há um predomínio de estudos transversais e diferentes instrumentos de

medidas, muitos destes adaptados e validados para contextos de particularidades nacionais, em diversas disciplinas ou até mesmo para determinados ambientes de práticas.

Com isso, percebe-se a necessidade de estudos que visem minimizar estas contradições, além de aprofundamento em outras alternativas metodológicas. Os enfermeiros gestores possuem outras características laborais que merecem atenção, principalmente aquelas relacionadas a liderança e ao modelo de gestão, que podem repercutir no modo como se desenrola o DM.

De modo geral, analisar o DM dos enfermeiros gestores sob a perspectiva apenas das situações desencadeadoras é desconsiderar a experiência singular e social deste processo, e isso só pode ser possível mediante a construção de um retrato das características profissionais e sua associação com os fatores de DM, permitindo gerar estratégias futuras para reduzir os seus impactos e melhorar as relações presentes nos HUF, um ambiente dedicado ao cuidado, ensino e pesquisa.

## Referências

ALMUTAIRI, A. F.; SALAM, M.; ADLAN, A. A.; ALTURKI, A. S. Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 12, p. 107–115, 2019.

ANA. American Nurses Association. **Code of ethics for nurses with interpretative statements**. Maryland: ANA, 2015.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

BIONDI, H. S.; BARLEM, E. L. D.; PINHO, E. C.; TAVARES, D. H.; KERBER, N. P. C.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. 1-17, 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Casa Civil, 2011.

- DE VEER, A. J.; FRANCKE, A. L.; STRUIJS, A.; WILLEMS, D.L. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 1, p. 100-108, 2013.
- DODEK, P. M.; WONG, H.; NORENA, H.; AYAS, N.; REYNOLDS, S. C.; KEENAN, S. P.; HAMRIC, U. M.; RODNEY, P.; STEWART, H.; ALDEN, L. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, n. 1, p. 178-182, 2016.
- DRAGO, L. C.; RAMOS, F. R. S.; BREHMER, L. C. F.; SILVEIRA, L. R.; BRITO, M. J. M. Nurse managers' moral suffering in a university hospital. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado É Fundamental**, v. 12, p. 1074-1080, 2020.
- DYO, M.; KALOWES, P.; DEVRIES, J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 36, p. 42-48, 2016.
- EPSTEIN, E. G.; WHITEHEAD, P. B.; PROMPAHAKUL, C.; THACKER, L. R.; HAMRIC, A. B. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113-124, 2019.
- FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, R. M.; ANDOLHE, R. Applicability of the adapted moral distress scale in the context of nursing in hemato-oncology services. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, e63060, 2017.
- GANZ, F. D.; WAGNER, N.; TOREN, O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distresse. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2015.
- HAMRIC, A. B.; BORCHERS, C. T.; EPSTEIN, E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Primary Research**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.
- HILER, C. A.; HICKMAN JR, R. L.; REIMER, A. P.; WILSON, K. Distress in a US sample of critical care nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 59-66, 2018.
- HUANG, F. F.; YANG, Q.; ZHANG, J.; KHOSHNOOD, K.; ZHANG, J. P. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 5, p. 507-522, 2016.
- JAMETON, A. **Nursing practice: the ethical issues**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
- KOSKENVUORI, J.; NUMMINEN, O.; SUHONEN, R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 327-345, 2019.
- KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

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

LUSIGNANI, M.; GIANNÌ, M. L.; RE, L. G.; BUFFON, M. L. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 6, p. 477-485, 2016.

LÜTZÉN, K.; EWALDS-KVIST, B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2013.

MAYER, B. L. D.; BERNARDO, M. S.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELLO, K. C. G.; RAULINO, A.R. Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1191, 2019.

MCANDREW, N. S.; LESKE, J.; SCHROETER, K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 5, p. 552-570, 2018.

MILLIKEN A. Toward Everyday Ethics: strategies for shifting perspectives. **AACN Advanced Critical Care**, v. 28, n. 3, p. 291-296, 2017.

MITTON, C.; PEACOCK, S.; STORCH, J.; SMITH, N.; CORNELISSEN, E. Moral distress among health system managers: exploratory research in two British Columbia health authorities. **Health Care Analysis**, v. 19, n. 1, p. 107-121, 2011.

MOHAMMADI, S.; BORHANI, F.; ROSHANZADEH, F. Moral sensitivity and moral distress in critical care unit nurses. **Medical Ethics Journal**, v. 10, n. 38, p. 19-28, 2017.

MONTEVERDE, S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 1, p. 104-116, 2016.

MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. **Nursing Philosophy**, v. 17, n. 2, p. 75-87, 2016.

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

NIBBELINK, C. W.; BREWER, B. B. Decision-making in nursing practice: an integrative literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 5-6, p. 917-928, 2018.

NORA, C. R. D.; DEODATO, S.; VIEIRA, M. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. P. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4500014, 2016.

OH, Y.; GASTMANS, C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 15-31, 2015.

ORO, J.; GELBCKE, F. L.; SOUSA, V. A. F.; SCHERER, M. D. A. From prescribed work to the real work of nursing in in-patient care units of federal university hospitals. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 28, e20170508, 2019.

PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. 2018. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2018. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/333328>. Acesso em: 05 out 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4460015, 2016.

RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in nurses (MDSN-Br). **Journal of Nursing Measurement**, v. 27, n. 2, p. 335-357, 2019a.

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; BRITO, M. J.; CARAM, C.; SILVEIRA, L. R.; BREHMER, L. C.; DALMOLIN, G. L.; CAÇADOR, B. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 406-415, 2019b.

RAMOS, F. R. S.; BREHMER, L. C. F.; DALMOLIN, G. L.; SILVEIRA, L. R.; SCHNEIDER, D. G.; VARGAS, M. A. O. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3332, 2020.

ROBINSON, R.; STINSON, C. K. Moral distress: a qualitative study of emergency nurses. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 35, n. 4, p. 235–240, 2016.

RODNEY, P. A. What we know about moral distress. **The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, p. S7-S10, 2017.

RODNEY, P.; BUCKLEY, B.; STREET, A.; SERRANO, E.; MARTIN, L. A. The moral climate of nursing practice: inquiry and action. *In*: STORCH, J.; RODNEY, P.; STARZOMSKI, R. **Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice**. 2. ed. Toronto: Pearson; 2012.

RODRIGUES, D. D. M.; AQUINO, R. L.; ANTUNES, D. E.; COSTA, M. M.; OLIVEIRA, P. C.; ARAGÃO, A. S. Avaliação da capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem

que atua em um hospital de grande porte na região do Triângulo Mineiro - MG. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1260, 2019.

RUSHTON, C. H.; CALDWELL, M.; KURTZ, M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. **The American Journal of Nursing**, v. 116, n. 7, p. 40-49, 2016.

RUSHTON, C. H. Cultivating moral resilience: shifting the narrative from powerlessness to possibility. **The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, S11-S15, 2017.

RUSHTON, C. H. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. **AACN Advanced Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 111-119, 2016.

RUSHTON, C. H.; SCHOONOVER-SHOFFNER, K.; KENNEDY, M. S. A collaborative state of the science initiative: transforming moral distress into moral resilience in nursing. **The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, supl. 1, S2-S6, 2017.

SANTOS, C.; SANTOS, M.; AMPARO, K.; SOUZA, S.; GOMES, R.; SILVA, M. Avaliação do nível de estresse em enfermeiros da emergência de um hospital de grande porte. **Revista InterScientia**, v. 6, n. 2, p. 79-89, 2018.

SANTOS, T. A.; SANTOS, H. S.; SAMPAIO, E. S.; MELO, C. M. M.; SOUZA, E. A.; PIRES, C. G. S. Intensity of nursing work in public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3267, 2020.

STACEY, R. **Tools and techniques of leadership and management: meeting the challenge of complexity**. London: Routledge, 2012.

WALLIS, L. Moral distress in nursing. **The American Journal of Nursing**, v. 115, n. 3, p. 19-20, 2015.

WENWEN, Z.; XIAOYAN, W.; YUFANG, Z.; LIFENG, C.; CONGCONG, S. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 4, p. 470–480, 2018.

WHITEHEAD, P. B.; HERBERTSON, R. K.; HAMRIC, A. B.; EPSTEIN, E. G.; FISHER, J. M. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution - wide survey. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 47, n. 2, p. 117–125, 2015.

WOODS, M.; RODGERS, V.; TOWERS, A.; LA GROW, S. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. **Nursing ethics**, v. 22, n. 1, p. 117-130, 2015.

YUCEL, S. C.; ERGIN, E.; ORGUN, F.; GOKÇEN, M.; ESER, I. Validity and reliability study of the Moral Distress Questionnaire in Turkish for nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3319, 2020.

ZHANG, N.; LI, J.; XU, Z.; GONG, Z. A latent profile analysis of nurses' moral sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 3, p. 855-867, 2019.

### 5.3 MANUSCRITO 3: RESILIÊNCIA MORAL NA GESTÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

#### **Moral resilience of nursing managers in the context of Federal University Hospitals**

#### **Resiliencia moral en gerentes de enfermería en el contexto de los Hospitales Universitarios Federales**

Michel Maximiano Faraco. Discente em nível de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Francine Lima Gelbeke. Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Coorientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

#### **Resumo**

Este estudo qualitativo se propôs a identificar as estratégias de resiliência moral (RM) na gestão de enfermagem de Hospitais Universitários Federais. Os dados foram coletados com 44 enfermeiros, via online, por meio de um roteiro estruturado, com perguntas abertas. Para a análise dos dados utilizou-se como referência a Análise Textual Discursiva, com o apoio do *software* Nvivo, versão 11. Deste processo, emergiram as estratégias adaptativas pessoais (intrapessoais e interpessoais) e estratégias colaborativas organizacionais (gestão intrínseca e transformacional). As intrapessoais envolveram elementos da racionalidade, flexibilidade, práticas de reequilíbrio, coragem moral e distanciamento. As interpessoais abordaram as redes de apoio, o envolvimento da equipe e diálogo. As estratégias organizacionais trataram das ações de reorientação da infraestrutura ética, educação ética e proteção psicológica, bem como o fomento de relações dialógicas, empoderamento e cooperação. Na perspectiva da construção histórico social, compreende-se que desenvolver estratégias pessoais e organizacionais é essencial para cultivar a RM.

**Descritores:** Ética em Enfermagem. Serviço Hospitalar de Enfermagem. Distresse moral. Resiliência moral.

#### **Abstract**

This qualitative study aimed to identify the strategies of moral resilience (MR) in the nursing management of Federal University Hospitals. Data were collected from 44 nurses, via online,

using a structured questionnaire with open questions. For data analysis, discursive textual analysis was used as a reference, using the Nvivo software, version 11. From this process emerged personal adaptive strategies (intrapersonal and interpersonal) and organizational collaborative strategies (intrinsic and transformational management). The intrapersonal involved elements of rationality, flexibility, rebalancing practices, moral courage and detachment. The interpersonal addressed support networks, team involvement and dialogue. Organizational strategies dealt with actions to reorient ethical infrastructure, ethical education and psychological protection, as well as fostering dialogical relationships, empowerment and cooperation. From the perspective of social historical construction, it is understood that developing personal and organizational strategies is essential to cultivating MR.

**Keywords:** Nursing ethics. Hospital nursing service. Moral distress. Moral resilience.

### **Resumen**

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar las estrategias de resiliencia moral (RM) en la gestión de enfermería de los hospitales universitarios federales. Se recopiló datos de 44 enfermeras, a través de Internet, mediante un cuestionario estructurado con preguntas abiertas. Para el análisis de datos se tomó como referencia el análisis textual discursivo, utilizando el software Nvivo, versión 11. De este proceso surgieron estrategias adaptativas personales (intrapersonales e interpersonales) y estrategias colaborativas organizacionales (gestión intrínseca y transformacional). Lo intrapersonal involucró elementos de racionalidad, flexibilidad, prácticas de reequilibrio, valentía moral y desapego. El interpersonal abordó las redes de apoyo, la implicación del equipo y el diálogo. Las estrategias organizacionales abordaron acciones para reorientar la infraestructura ética, la educación ética y la protección psicológica, así como el fomento de las relaciones de diálogo, el empoderamiento y la cooperación. Desde la perspectiva de la construcción histórica social, se entiende que el desarrollo de estrategias personales y organizacionales es fundamental para cultivar la RM.

**Descriptores:** Ética en enfermería. Servicio de enfermería hospitalaria. Angustia moral. Resiliencia moral.

### **Introdução**

No processo de trabalho em contexto hospitalar, os gestores de enfermagem se deparam com inúmeros desafios relacionados às complexas práticas organizacionais, assimetrias de liberdade e autonomia, fragmentações do cuidado e aos microespaços de poder (CECÍLIO; MERHY, 2003; CECÍLIO, 2009; SANTOS; ERDMANN, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

No âmbito dos Hospitais Universitários Federais (HUF), pode-se encontrar alguma diferença entre o trabalho real (executado) e o prescrito (normatizado) na organização do trabalho da enfermagem, geralmente relacionada à divisão do trabalho, conflitos de equipe, déficit de pessoal, infraestrutura inadequada e ritmo intenso de trabalho (ORO *et al.*, 2019).

Sob a nova proposta política e de governança da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares<sup>1</sup> (Ebserh), pressupõe-se que os gestores de enfermagem são requisitados para contribuir com a institucionalização de um complexo modelo de gestão técnico e funcional que atenda aos objetivos e estratégias da organização.

Neste cenário, como nos demais âmbitos da atuação da enfermagem, estudos evidenciam o fenômeno do Distresse Moral (DM) como um processo, quando o profissional reconhece a sua responsabilidade moral diante de uma situação ética; avalia os vários cursos para a sua ação; e, identifica, de acordo com as próprias crenças e valores, a decisão moralmente correta, mas, sente-se impedido de agir de acordo com a sua consciência, devido a barreiras relacionais e/ou institucionais (JAMETON, 1984; RAMOS *et al.*, 2016; RUSHTON, 2016a).

No entanto, é importante destacar que muitos estudos se ocupam em registrar a frequência, as fontes e as consequências do DM, embora poucos se dediquem a apontar possíveis intervenções destinadas a diminuir seus efeitos desfavoráveis sobre os profissionais, sua saúde física e emocional (RUSHTON *et al.*, 2015; RUSHTON, 2017).

Esse fato pode ser amenizado por meio de investigações que explorem o cultivo da resiliência moral (RM), entendida como a capacidade de preservar ou recuperar a integridade moral, inibindo as ações imorais, mediante o desenvolvimento de habilidades que auxiliam os profissionais de saúde a aprofundar sua conexão e compromisso com as suas intenções primárias frente à situações moralmente angustiantes, eticamente complexas, ambíguas ou conflitantes (LACHMAN, 2016; RUSHTON, 2016a; 2017; SALA DEFILIPPIS; CURTIS; GALLAGHER, 2019).

A RM trata dos aspectos morais da experiência do ser humano interligados aos demais aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos, espirituais e relacionais (RUSHTON, 2016a). Portanto, é provável que sejam necessárias abordagens multidimensionais para lidar com o DM e assim ampliar os recursos para enfrentá-lo (DAVIS; BATCHELLER, 2020, *in press*), com possibilidades nos campos da psicologia (razão e emoção), biofísica (estrutura e desempenho corporal), espiritual (conexão transcendente), cognição (aprendizado), pedagogia (saber e

---

<sup>1</sup> A Ebserh foi criada por meio da Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e da Cultura, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

fazer) e interação humana (intra e intersubjetivo), sob a perspectiva da RM na forma individual e coletiva (WOODS, 2020).

Atualmente, ressalta-se que a base de evidências específicas para o desenvolvimento de RM é algo incipiente, toma emprestado o conhecimento de outras áreas sobre a resiliência em diferentes contextos e, adicionalmente, não há uma definição conceitual unificadora (RUSHTON, 2016a; YOUNG; RUSHTON, 2017).

Ainda, algumas das estratégias de RM encontradas na literatura direcionadas aos gestores de enfermagem na realidade enfatizam práticas de fomento e de apoio aos liderados, como se envolver no diálogo, promover a educação ética, realizar a triagem de manifestações do DM e oferecer os recursos necessários para intervir no sofrimento (ALLISON-NAPOLITANO; PESUT, 2015; ANA, 2017; RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017). Portanto, entende-se que é necessário examinar práticas promissoras de enfrentamento ao abordar o processo de DM vivenciado pelos gestores de enfermagem nas organizações e, assim, responder aos desafios éticos sem abandonar seus valores e princípios, e ao mesmo tempo preservar a sua integridade e bem-estar moral, minimizar o próprio sofrimento e ainda manter relações interpessoais com dedicação e prontidão.

Diante de um contexto laboral que tem contribuído para as desordens física, mental, espiritual e comportamental dos gestores de enfermagem; frente à escassez de estudos que se concentrem em abordagens destinadas a minimizar o DM; e aliado ao entendimento de que os desafios éticos fazem parte do cotidiano dos gestores de enfermagem dos HUF/Ebserh; suscita-se ser essencial explorar as estratégias de enfrentamento do DM e das suas fontes geradoras. Nesse sentido, teria-se o intuito de instrumentalizar esses gestores para lidar com os problemas morais e trazer à tona aqueles recursos dos quais não tem consciência da sua capacidade de mobilizá-los, com vistas à promoção de um comportamento flexível, seguro e ético; e auxiliá-los no desenvolvimento de boas práticas de gestão em enfermagem, promovendo uma consciência moral resiliente e um clima propício para as interações humanas éticas.

Assim, o presente estudo tem como finalidade identificar as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem em Hospitais Universitários Federais. Com isso, pretende-se adicionalmente subsidiar o desenvolvimento de instrumentos para abordar a RM individual e apoiar as estratégias organizacionais na criação de uma cultura de prática ética.

## Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa (POLIT; BECK, 2010), realizado com a participação dos enfermeiros ocupantes de cargos de chefia ou na função de liderança em Serviços de Enfermagem atuantes nos HUF/Ebserh. Neste contexto, considera-se a chefia de Divisão de Enfermagem (DE) como o nível mais elevado da estrutura de governança de Enfermagem. Em outros níveis, destacam-se os demais Gestores de Enfermagem (GE), sob a direção da DE, em cargos de chefia ou na função de liderança de Unidades ou Serviços de Enfermagem.

O tamanho da amostra deu-se por saturação de dados, ou seja, quando se observa que as respostas dos participantes se tornam repetidas e redundantes. A partir deste ponto, a coleta de dados não gera novas informações (POLIT; BECK, 2019). Inicialmente, propôs-se entrevistar até 40 participantes (DE=20 e GE=20). Porém, foram convidados, via e-mail, 55 enfermeiros (DE=25 e GE=30), prevendo-se uma baixa adesão à participação na pesquisa. O plano de amostragem se deu de forma aleatória, por sorteio, alcançando-se um total de 44 participantes.

Os dados foram coletados via *online* (formulário eletrônico) entre dezembro de 2019 e março de 2020, por meio de um roteiro de entrevista estruturada, com perguntas abertas. Este guia foi previamente testado com dois enfermeiros em posições de liderança em enfermagem no HUF do Estado de Santa Catarina, Brasil. Estes participantes foram convidados presencialmente, porém não foram incluídos na amostra do estudo.

Após uma breve explanação conceitual sobre DM e RM, o roteiro convidou os participantes da pesquisa a contribuir com as suas vivências e percepções, na perspectiva da realidade (o que acontece na prática) e do imaginário (algo desejado, expectativa): quando você vivencia uma situação de sofrimento moral, quais as suas estratégias adotadas para minimizar este sofrimento? E como a sua instituição poderia contribuir para o desenvolvimento da resiliência moral nos ambientes e nas relações de trabalho?

Para a análise dos dados, utilizou-se como referência a análise textual discursiva (ATD) (MORAES; GALIAZZI, 2016), com o apoio do *software* Nvivo (versão 11). Este processo ocorreu sob a perspectiva interpretativa do pesquisador e pela aproximação empírico-teórica em três passos: unitarização dos dados, por meio da fragmentação das entrevistas em unidades

de significados e reescrita de cada unidade de modo que assuma um significado patente e mais completo possível em si mesma, gerando as unidades de sentido; categorização, em um movimento auto-organizado de construção gradativa com retorno cíclico às unidades estabelecidas na primeira etapa, agrupando os componentes similares por aglutinação teórica e temática; e, comunicação, com o registro e apresentação das produções (metatextos), a partir da unitarização e categorização do *corpus*. Nesta dinâmica de interpretações e ressignificações, buscou-se aproximar alguns relatos (ou unidades) dos dados apresentados, como forma de subsidiar a compreensão do contexto e possibilitar a validação argumentativa.

Além de auxiliar na organização e gerenciamento dos dados, o *software* Nvivo permitiu apurar o número de fontes (*corpus* das entrevistas dos participantes DE e GE), trechos codificados (fragmentos ou unidades de significado) e *theme nodes* (unidades de sentido e categorias), além de estabelecer correlações por similaridades de trechos codificados entre os grupos (correlação de Pearson).

A partir do *corpus* dos relatos dos gestores acerca das estratégias de enfrentamentos frente ao sofrimento moral, emergiram duas subcategorias concebidas como estratégias pessoais: “Estratégias Intrapessoais” (o “eu”) e “Estratégias Interpessoais” (o “eu e o outro”). Já a partir do imaginário dos participantes, na expectativa pela instituição em contribuir para uma cultura de prática ética e conseqüentemente para o cultivo da RM, da análise dos dados, emergiram duas subcategorias, percebidas como estratégias organizacionais ou possibilidades colaborativas: “Gestão Intrínseca” (a “estrutura”) e “Gestão Transformacional” (o “eu, o outro e a estrutura”).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado via *online* aos participantes na primeira etapa quantitativa da pesquisa e a concordância indicou igualmente o consentimento na participação desta fase qualitativa do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº 3.549.474/2019, atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Prevedo o anonimato de todos os participantes, empregou-se o uso de pseudônimos formados pelas letras “DE” para as chefias de Divisão de Enfermagem, “GE” para gestores de enfermagem em níveis intermediários e operacionais. Para a sequência dos dados gerados pelas respostas ao instrumento foram utilizados números ordinais correspondentes aleatórios.

## Resultados

Este estudo contou com a participação de 44 enfermeiros (DE=19 e GE=25), distribuídos em 22 HUF/Ebserh, dos quais 66% (n=29) estão localizados em HUF de médio porte (200 a 399 leitos), 41% (n=18) na região Nordeste, 93% (n=41) são do gênero feminino, 48% (n=21) com idade entre 20 e 39 anos, 52% (n=23) estão formados em Enfermagem entre 06 e 15 anos, 45% (n=20) possuem especialização/residência, 55% (n=24) sem formação na área de gestão, 62% (n=27) atuam como enfermeiro de 06 a 15 anos, 32% (n=14) com tempo de experiência em gestão entre 01 a 05 anos, 77% (n=34) atuando na função como gestor há 05 anos, 77% (n=34) possuem apenas um vínculo, 73% (n=32) são celetistas e 66% (n=29) trabalham de 31 a 40 horas por semana. A análise completa das características profissionais dos participantes pode ser verificada no Apêndice I.

### Estratégias Pessoais

No processo de unitarização, codificou-se 105 fragmentos textuais (unidades de significados), dos quais 61 (58%) relacionados a “Estratégias Intrapessoais” e 44 (42%) sobre as “Estratégias Interpessoais”. A partir destes fragmentos, atribuiu-se 64 (58%) unidades de sentido relacionadas às “Estratégias Intrapessoais” e 47 (42%) sobre as “Estratégias Interpessoais”. As “Estratégias Intrapessoais” foram apontadas, em ambos os grupos de gestores de enfermagem, como a estratégia mais frequente para lidar com o processo de DM (DE=25 ou 54%; GE=39 ou 60%).

#### *Estratégias Intrapessoais*

As “Estratégias Intrapessoais” refletem os dispositivos individuais e estão relacionadas às práticas pessoais de conexão ou interação com o sujeito interno (o “eu”), envolvendo o acesso a um repertório interno de métodos e recursos de enfrentamentos, potencialmente relacionado ao processo inerente de desenvolvimento do agente moral. Esta subcategoria foi concebida por meio do estabelecimento de cinco elementos: “coragem”, “flexibilidade”, “racionalidade”, “práticas de reequilíbrio” e “distanciamento”. A partir das unidades foi possível, também,

apurar a frequência da declaração destes elementos nos relatos de 37 (84%) participantes, dos quais 21 DE e 16 GE, sendo que cada participante pode manifestar mais de um elemento (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência de manifestações dos elementos de Estratégias Intrapessoais a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.

Unidades de sentido	DE		GE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Flexibilidade	4	16	3	8	7	11
Distanciamento	2	8	5	13	7	11
Práticas de "reequilíbrio"	2	8	7	18	9	14
Coragem	4	16	8	21	12	19
Racionalidade	13	52	16	41	29	45
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor.

O elemento “Coragem” esteve presente em 19% das unidades de sentido extraídas dos relatos dos participantes da pesquisa. Esta questão fez referência a uma estratégia intrapessoal de RM quando o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh aponta que busca agir com convicção ética, determinação e persistência, defendendo aquilo que acredita ser o “correto”, dedicando todos os esforços (dar o melhor de si) diante de situações de DM.

[...] Tenho como princípio que o melhor jeito de se fazer algo é o jeito certo e não abro mão disso [...]. (DE31).

[...] Persisto naquilo que penso ser o correto, isso me deixa mais tranquilo comigo mesmo [...]. (DE26).

Assumir o posicionamento ético que acredito em todas as demais situações [...]. (GE43).

Primeiramente eu tento manter o controle e assimilar a situação, mas não abro mão da minha posição ética [...]. (GE5).

O elemento “Flexibilidade” esteve presente em 11% das unidades de sentido na subcategoria “Estratégias Intrapessoais”. Esta questão desponta como estratégia de RM quando o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh relata enfrentar o DM resignificando às suas experiências, com habilidade cognitiva, capacidade de adaptação e de superação dos problemas morais.

[...] no momento busco novas alternativas em outros setores dentro do próprio hospital, pois a mudança também me ajuda, no estabelecimento de novos vínculos, novos estudos, novos desafios e conhecimentos. (GE78).

Procuo acreditar que a situação de estresse e sofrimento, é um momento de adaptação do ser humano a um determinado período de transição, de mudanças, onde todos terão que encontrar uma melhor maneira de gerenciar e conduzir suas ações [...]. A princípio me retraio para entender o processo e depois buscar e descobrir ferramentas necessárias para enfrentamento das situações conflitantes [...]. (DE9).

[...] Mudar o olhar sob o problema pode gerar novas formas de justificar a decisão ainda em alinhamento aos nossos preceitos morais, ainda que saibamos que praticamos uma flexibilização, um redesenho, que ele se justifica como o possível ou causador de menor dano para o todo diante das situações reais postas, sobre as quais não temos controle completo. (DE18).

O elemento “Racionalidade” representou 45% das unidades de sentido encontradas nos relatos dos participantes, e se reporta às estratégias intrapessoais técnicas no uso de padrões objetivos para cultivar a RM. Nesse caso, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh lida com o processo de DM por meio de um comportamento metódico, analítico e tático, buscando o melhor momento para agir, sem um padrão definido (caráter situacional).

Depende da situação: algumas vezes recuo e aguardo o melhor momento para tentar resolver a questão com os envolvidos e/ou alta Gestão [...]. (GE38).

Parar e analisar o fato em si, livre de significados, entender o que ocasionou [...]. (GE52).

Mediação do conflito que gerou o sofrimento moral, face aos instrumentos e habilidades de gestão, buscando as informações necessárias para reduzir este sofrimento [...]. (DE3).

Quando há situação de sofrimento moral, eu procuro identificar as causas que levam a esse sofrimento, mostrando todos os pontos que foram levantados. Deixo registrado para a gestão superior, quais foram as medidas que foram adotadas e quais as que poderiam ter sido adotadas, mas não foram, em função desta situação [...]. (GE67).

[...] Reúno informações qualificáveis e quantificáveis acerca da situação [...]. (GE31).

[...] avaliar o contexto do sofrimento, buscar pontos de intervenção, monitorar o plano de intervenção. (DE15).

Ainda na perspectiva da racionalidade, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh acredita que pode cultivar a RM mediante o desenvolvimento de autocontrole, procurando respaldar e sustentar a sua conduta em bases teóricas e legais, bem como recorrendo à um portfólio de aprendizados, resultado de construções individuais históricas.

Como estratégia imediata eu me embaso teoricamente, tento utilizar argumentos científicos e experiências práticas anteriores para desenrolar a situação que está causando o sofrimento, bem como me respaldar ética e legalmente [...] passei a ser mais objetiva nas situações, compartilhando atividades e tentando não absorver tanto [...]. O amadurecimento na profissão e na vida também auxilia no trabalho dessas angústias, pois passei a respeitar mais a história e condutas tomadas ao longo do tempo [...]. (GE78).

Sempre tento reagir, a primeira reação é absorver o impacto e racionalizar a emoção. Assim, consigo analisar o contexto geral e pensar na melhor estratégia (ações) para esclarecer o problema. Às vezes, dependendo da situação e das pessoas envolvidas, minha primeira reação pode até “parecer intempestiva”, mas foi a que selecionei como adequada para o contexto, assim como, deixo de me manifestar no primeiro momento para observar melhor as pessoas e o desenrolar do problema. Como estratégia tardia, sempre reflito como reagi ao conflito, analiso o desfecho do problema e verifico se meu sofrimento foi amenizado pelas ações que tomei diante do problema. (DE11).

De maneira imediata tento me controlar e falar o mínimo possível, desta maneira acredito que também consigo evitar, muitas vezes, situações em que as pessoas envolvidas tentam estabelecer acordos forçados ou psicológicos [...]. (GE80).

[...] Eu gosto de estudar um pouco sobre ética e bioética, isso me ajuda a entender melhor as situações e a tratar melhor estes assuntos com as pessoas [...]. (DE26).

No primeiro momento é manter-se em equilíbrio [...] que a partir de então será apresentado um diagnóstico e assim traçadas as estratégias para resolução do problema. (DE7).

Procuro sempre agir de forma a preservar a legalidade, as melhores práticas e condutas. Ser técnica para mim é uma estratégia importante. Posso até "sofrer" um pouco, mas não abro espaço para discussões de problemas no pessoal (por exemplo, "fiquei magoada" não é algo que eu goste de dizer. Prefiro: "considero que a melhor conduta de sua parte teria sido..., assim poderíamos evitar..."), especialmente quando lido com pessoas cujas condutas costumam causar algum estresse moral em mim. Outra estratégia que adoto é deixar passar um tempo entre situações estressantes do momento e discutir o problema de maneira bem racional e técnica, como já disse antes. (DE25).

O elemento “Práticas de reequilíbrio” esteve presente em 14% das unidades de sentido obtidas nos dados da pesquisa, na subcategoria “Estratégias Intrapessoais”. O gestor de enfermagem do HUF/Ebserh relata que instituiu práticas reflexivas de autocontrole e de

autoconsciência (corpo, mente e espírito) em sua rotina como estratégia intrapessoal para promover a RM.

[...] Estratégias pessoais e regulares que eu adoto são: oração, práticas de exercício físico, massagens e terapia. Acho que me deixam mais conscientes do meu papel, pois minhas atitudes no ambiente de trabalho interferem na vida de outras pessoas. (GE11).

[...] acrescentei exercícios físicos e foco na família como objetivo maior de vida [...]. (GE78).

Procuo respirar profundamente, não absorver a situação de estresse, manter a calma, penso em soluções imediatas, analiso a situação vivenciada e como poderia evitar que novamente ocorresse, busco apoio espiritual com Deus (lendo a Bíblia e Orando), após o ocorrido dialogar sem o calor do estresse do momento. (GE7).

Ponderação, oração (por ser religiosa entendo como fator essencial para se manter o equilíbrio) e planejamento de ações que minimizem o impacto do fato causador do sofrimento. (DE19).

[...] Recentemente iniciei atividades físicas (pilates) e que vem me ajudando no dia a dia. (GE5).

[...] Também busco manter uma rotina de exercícios físicos, reservar tempo para lazer e contato com os amigos e família. (DE18).

O “Distanciamento” esteve presente em 11% das unidades de sentido atribuídas aos relatos dos participantes. Nesse caso, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh declara enfrentar o processo de DM mantendo-se em posição de afastamento e, até certo ponto, um pensamento omissivo, procurando distanciar-se do problema moral.

[...] E ao longo dos dias busco manter uma posição neutra, sem me expor a situações que possam ser usadas para qualquer tipo de chantagem contra mim mesma no momento de tomar qualquer decisão ou fazer qualquer tipo de enfrentamento [...]. (GE80).

[...] Algumas situações prefiro não confrontar e ficar na minha [...]. (GE82).

[...] Anterior a isso sempre procurei me afastar das pessoas ou situações em que era possível detectar infrações éticas ou possíveis desvios de conduta. Se não tenho apoio neste sentido me afasto, pois não pactuo com atitudes que considero inconsistentes ou incorretas. (DE31).

[...] Sempre procuro evitar embates que aumente qualquer sofrimento. (DE9).

### *Estratégias Interpessoais*

As “Estratégias Interpessoais” estão associadas às práticas relacionais de interação do agente interno com o externo (o “eu e o outro”). Esta subcategoria emergiu por meio da concepção de três elementos: “diálogo”, “envolver a equipe” e “rede de apoio”. A partir das unidades foi possível determinar a frequência da declaração destes elementos nos relatos de 33 (75%) participantes, dos quais 14 DE e 19 GE, sendo que os participantes podem ter manifestado mais de um elemento (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência de manifestações dos elementos de Estratégias Interpessoais a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.

Unidades de sentido	DE		GE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Envolver a equipe	4	19	3	12	7	15
Diálogo	5	24	10	38	15	32
Rede de apoio	12	57	13	50	25	53
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor.

O elemento “Diálogo” representou 32% das unidades de sentido encontradas nos relatos dos participantes. Nesta questão, como estratégia interpessoal para cultivar a RM, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh busca interagir com o outro por meio da discussão com os envolvidos, proporcionando momentos de escuta ativa e aplicando clareza e transparência na comunicação, aqui compreendida não pelo que se diz ou fala, mas sim como o outro entende.

[...] Eu busco conversar com as partes envolvidas, de forma separada, buscando ouvir os envolvidos, para tentarmos esclarecer a situação [...] além de comunicar aos envolvidos sobre as medidas adotadas e quais não foram e por quê, deixando ciência a todos da situação. (GE67).

Investigar os motivos relacionados à situação, promover o diálogo e construir estratégias para que o evento não se repita. (GE39).

[...] analiso a situação e penso em, caso houver possibilidade, retomar alguns pontos com os envolvidos, de modo que nada fique sub ou mal-entendido. (GE80).

Estabelecer relações dialógicas para apontar o enfrentamento e defender o aspecto ético, visando assegurar e garantir o valor humano. (DE23).

[...] Algumas situações eu procuro conversar com a pessoa de forma respeitosa. (GE82).

[...] Sempre procuro ser transparente em relação aos problemas que estão acontecendo e considero super importante ser clara, verdadeira e transparente. Saber que é assim que as pessoas me reconhecem é muito importante para mim. (DE25).

O elemento “Envolver a equipe” esteve presente em 15% das unidades de sentido e surge como prática de RM quando o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh busca inter-relacionar-se com a equipe para além do diálogo, com o propósito de conquistar o apoio e colaboração necessários para lidar com o processo de DM, unindo, mobilizando e promovendo o envolvimento das pessoas na solução do problema (moral), ou seja, é algo intencional e direcionado.

[...] Busco discutir com a equipe os problemas como forma de enfrentarmos juntos as situações éticas [...]. (DE26).

[...] na reunião da equipe abordo a situação, sem identificação da origem ou partes envolvidas, e junto a equipe busco alternativas para a resolução. (GE31).

Procuro acreditar que as coisas irão melhorar e procuro tentar mobilizar meus parceiros de trabalho para pensarmos em soluções que possam minimizar as dificuldades. (DE6).

[...] Depois eu busco alternativas para minimizar o impacto do problema. [...] Conversando com a equipe, tento tirar uma lição da situação [...]. (GE5).

[...] No que se refere à relação liderança e colaborador sempre procuro me colocar em uma situação de empatia e estabeleço uma relação de confiança com os colaboradores, buscando uma solução em conjunto para o problema vivenciado [...]. (DE12).

O elemento “Rede de Apoio” esteve presente em 53% das unidades de sentido contidas nos relatos dos participantes. Nesta questão, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh busca enfrentar o processo de DM na medida em que procura suporte/ajuda na sua rede de apoio disponível. Esses relacionamentos podem ser representados por laços de amizade, ocorrendo de maneira informal nesta rede, sem necessariamente envolver uma figura institucional (formal).

[...] além de conversar sobre a situação com alguém de minha confiança, não ligado à instituição [...]. (GE67).

[...] Costumo compartilhar os problemas com pessoas próximas que me ajudam a enxergar melhor as alternativas [...]. (GE5).

Procuro falar sobre o assunto com colegas de trabalho de confiança (da mesma linha hierárquica ou subordinados, dependendo da situação), ao compartilhar ouço seus pontos de vista, o que me faz ver os vários ângulos da situação e muitas vezes me sinto confortada [...]. (DE28).

Muito frequentemente divido a situação com algum colega de confiança, esperando encontrar uma empatia pela situação vivida [...] faço terapia com psicóloga quinzenalmente. (GE72).

Eu consulto uma pessoa mais experiente e que eu considero moralmente correta. Ou me reúno com pequenos grupos de confiança [...]. (GE11).

[...] devido a estas atitudes de maior envolvimento desenvolvi tardiamente ansiedade, insônia e cheguei a pensar em desistir da profissão algumas vezes. Para melhorar, busquei ajuda com uma psicóloga [...]. (GE78).

Eu procuro compartilhar este sofrimento com os colegas de confiança ou mesmo com os superiores. Isso me ajuda a entender melhor a situação e passar por ela. (DE3).

Buscar compartilhar com colegas de trabalho mais próximos e que são envolvidos também com o trabalho para não "carregar o fardo sozinho". A ajuda nesse momento é necessária, pois em muitos momentos acabamos levando os problemas para casa, atrapalhando a rotina familiar. (GE21).

Em situações imediatas, que fogem da minha capacidade de resolução, sempre procuro discutir com outros membros da equipe multiprofissional que já vivenciaram circunstâncias parecidas e possam me auxiliar na resolução [...]. (DE12).

Eu procuro conversar com a chefia imediata e compartilhar a angústia. Isso me proporciona um alívio imediato. Também me ajuda conversando com os meus colegas mais próximos de confiança. (DE2).

Por outro lado, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh também busca enfrentar o processo de DM recorrendo aos recursos disponíveis na sua rede de apoio institucional (formal). Neste caso, trata-se de uma interação entre indivíduo e instituição; obviamente, nesta perspectiva, representada e materializada por um sujeito formal.

[...] solicito um momento para expor para a chefia imediata e depois levo para as chefias superiores. [...] Sempre que possível, busco acessar o setor de Psicologia Organizacional para registro do fato e maiores orientações. (GE67).

Ultimamente tenho reclamado destas situações e o quanto nos deixam doentes e moralmente afetados. Demonstro claramente estas situações aos superiores. (DE1).

[...] Acredito que após uma situação de sofrimento moral, um gestor precisa ter abertura para trocar ideias com seu chefe, analisando assim o que de fato ocorreu, para que juntos determinem que as condutas sejam mantidas ou readequadas. (GE80).

Busco conversar abertamente com minha chefia imediata sobre o desconforto. Mesmo que ele me ofereça uma resposta que não resolve o problema, dizer do incômodo já é muito bom [...]. (DE18).

## **Estratégias Organizacionais**

De acordo com o *corpus* dos relatos, codificou-se 77 fragmentos no processo de unitarização, dos quais 41 (53%) relacionados a “Gestão Transformacional” e 36 (47%) sobre a “Gestão Intrínseca”. Nos fragmentos textuais codificados, as unidades de sentido relacionadas a “Gestão Transformacional” apresentaram uma frequência de 51% (n=46) e 49% (n=44) na “Gestão Intrínseca”.

### *Gestão Intrínseca*

A “Gestão Intrínseca” trata da reorientação da infraestrutura ética (a “estrutura”) e contemplou elementos inerentes a estrutura interna e responsabilidades adjacentes da gestão (aspectos basilares da organização). A partir do imaginário dos participantes, acerca da expectativa da instituição em colaborar para o desenvolvimento da RM, chegou-se a esta subcategoria como processo de abstração de três elementos, “Gerir em conformidade”, “Oferecer proteção psicológica” e “Promover a educação ética”.

As unidades de sentido permitiram apurar a frequência destes elementos nos relatos de 30 participantes (68%), dos quais 13 DE e 17 GE, sendo que os elementos podem ser citados mais de uma vez pelo mesmo participante (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência de manifestações dos elementos da Gestão Intrínseca a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.

Unidades de sentido	DE		GE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gerir em conformidade	5	26	5	20	10	23
Promover a educação ética	6	32	8	32	14	32
Oferecer proteção psicológica	8	42	12	48	20	45
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor.

O elemento “Gerir em conformidade” esteve presente em 23% das unidades de sentido extraídas dos relatos dos participantes da pesquisa. O gestor de enfermagem do HUF/Ebserh aponta que a instituição poderia contribuir para o cultivo da RM quando assumir as suas responsabilidades intrínsecas (estrutura normativa e diretiva/estratégica), atuando de forma ética, justa e transparente, em consonância com as práticas legais.

Com o exemplo de uma gestão sem desvios de conduta, transparente e correta, dentro dos princípios da legalidade e ética, torna muito mais fácil a difícil tarefa de cobrar essa conduta de todos, agindo com equidade. (DE31).

Pontuar e pactuar que a dinâmica global da instituição esteja pautada em uniformidade a todos, cobrar e punir na mesma proporção a todos e oferecer resoluções palpáveis é baseada em regras éticas [...]. (GE70).

Assumindo as responsabilidades inerentes aos cargos, sem a preocupação de atender desejos. Expondo as regras e atuar de acordo com elas [...]. (DE1).

[...] Cobranças igualitárias: vemos uma cobrança não igualitária entre diferentes classes, acredito que protocolos internos, dando mais respaldo e menos dependência. Bem como cobrança de cumprimento de prazos, regras e inclusive condutas para todas as categorias da equipe multidisciplinar. (GE78).

Primeiro deixando claras as regras de conduta de todos os servidores sendo chefias ou não, a fim de respaldar as chefias nas tomadas de decisão, inclusive com assessoria jurídica para as chefias [...]. (DE28).

[...] Padronizações das orientações entre os diversos setores, no sentido de aplicar a mesma conduta a todos [...]. (GE72).

O elemento “Oferecer proteção psicológica” esteve presente em 45% das unidades de sentido dos relatos associados a “Gestão Intrínseca”. O gestor de enfermagem do HUF/Ebserh acredita que a instituição poderia contribuir para a promoção da RM por meio da estruturação

e organização de seus recursos de apoio, com práticas voltadas à saúde mental (individual ou coletiva), especialmente com o apoio da psicologia clínica e da psicologia organizacional.

Através de [...] assistência psicológica aos profissionais que exercem cargos de gestão. (GE38).

[...] A empresa poderia ampliar o serviço de psicologia hospitalar, trazendo-a mais para perto dos gestores [...]. (GE67).

[...] Outra forma de contribuir é formar grupos de apoio com o envolvimento de psicólogos organizacionais, proporcionando um espaço de discussão e troca de experiências. (DE28).

Através da promoção de um trabalho desenvolvido pela gestão de pessoas, envolvendo Psicoterapias. Além de atenção a programas de melhorias da saúde do trabalhador e controle do absenteísmo, aliados a programas envolvendo a bioética. Estes poderiam contribuir para as melhorias das relações no trabalho. (GE11).

Disponibilizar mais psicólogos para atender aos profissionais, ter um setor de saúde do trabalhador mais atuante que pudesse promover dinâmicas ou oficinas sobre o tema. Com acompanhamento psicológico, com ações em grupo, durante o período laboral, trabalhando as angústias e dilemas éticos enfrentados no dia a dia. (GE22).

Estabelecer equipes de apoio trabalhando mais próximo as chefias de forma sistemática; ter mais psicólogos organizacionais [...]. (DE4).

Através de palestras motivacionais, rodas de conversas, todas com a participação da psicóloga organizacional. Se necessário atendimento individual com a psicóloga organizacional. (DE24).

O [...] está iniciando as estratégias para melhorar as situações de sofrimento moral nos colaboradores, atualmente o psicólogo que atua no [...] da instituição promove rodas de conversas nas divisões, setores e unidade a fim de identificar possíveis situações e dificuldades de relacionamento entre os colaboradores. Há também o atendimento individual aos colaboradores que necessitam de um atendimento mais direcionado. (DE12).

O elemento “Promover a educação ética” esteve presente em 32% das unidades de sentido nos relatos relacionados a “Gestão Intrínseca”. O gestor de enfermagem do HUF/Ebserh acredita que a instituição poderia favorecer o desenvolvimento da RM por meio da oferta de cursos sobre ética e RM, instrumentalizando líderes e liderados para mitigar as fontes geradoras e o próprio DM.

[...] além de investir em capacitação dos gestores para lidar com estes temas de sofrimento, ética e moralidade [...] Poderia ser abordado, primeiramente, com as chefias, os principais causadores de distresse moral e, por consequência, resiliência moral, para que os gestores fossem instrumentalizados a como agir diante destas situações [...] Poderia ser realizado um levantamento sobre os principais fatores que causam sofrimento moral, e a partir deles, instituir os gestores para como lidar com estas situações [...]. (GE67).

Com estratégias e cursos de liderança que enfoque esta questão, que esclareçam o real significado destes termos e como trabalhar com eles. (DE30).

Desenvolvendo atividades ou cursos *in loco* que envolvam situações já informadas (no próprio hospital ou em estudos) referindo formas de resolver tais conflitos. (GE43).

Acredito que capacitações sejam bem-vindas, no sentido de amparar/sustentar as condutas que devem ser tomadas [...]. (GE72).

Capacitações com troca de experiência, relatos de caso. (GE76).

### *Gestão transformacional*

A “Gestão Transformacional” trouxe à tona os elementos de interação do hospital (a “estrutura”) com o organismo vivo da instituição (o “eu e o outro”), referindo-se às dimensões relacionais com os agentes morais, modificando a sua estrutura moral, ressignificando as suas experiências e a forma inspiradora como lidam com as questões éticas. Nesse caso, esta subcategoria colaborativa emerge como uma possibilidade da instituição em produzir uma transformação orgânica na dinâmica das relações da gestão em enfermagem por meio do estabelecimento de “relações dialógicas”, da sensibilização política acerca do interesse coletivo (“encorajar a cooperação”), e da concessão de poder e autonomia aos gestores de enfermagem (“empoderar”) como propósito para apoiar o desenvolvimento da RM.

Nesta subcategoria, as unidades permitiram apurar a frequência destes elementos nos relatos de 31 (70%) participantes, dos quais 15 DE e 16 GE, sendo que os elementos podem incidir concomitantemente no mesmo participante (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência de manifestações dos elementos da Gestão transformacional a partir dos relatos dos enfermeiros participantes, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020.

Unidades de sentido	DE		GE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Encorajar a cooperação	4	19	3	12	7	15
Empoderar	2	10	5	20	7	15
Estabelecer relações dialógicas	15	71	17	68	32	70
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor.

O elemento “Estabelecer relações dialógicas” esteve presente em 70% das unidades extraídas dos relatos. O gestor de enfermagem do HUF/Ebserh espera que a instituição auxilie no desenvolvimento da RM adotando estratégias de aproximação com os gestores, estabelecendo um canal efetivo de comunicação (sintonizado e transparente) e de diálogo aberto, bem como instituindo dinâmicas e práticas de integração entre as lideranças para compartilhar experiências e soluções (rodas de conversas, por exemplo) acerca dos problemas (morais) vivenciados.

Ajustando os fluxos e conhecendo quais são os problemas éticos/morais mais prevalentes e que fatores que contribuem para isso [...] Poderiam ser ofertadas rodas de conversas com os problemas mais recorrentes na instituição, de forma que os colaboradores fossem instruídos através do diálogo, sobre como agir e como superar as experiências vivenciadas. Sugiro que o assunto seja abordado claramente, principalmente com os gestores, para que possam identificar as situações de sofrimento moral e auxiliar na retomada e resiliência [...]. (GE67).

[...] Clareza nas informações passadas, de preferência com registros, pois orientações verbais por diversas vezes colocam os gestores em situações difíceis. A comunicação e divulgação das normas, diretrizes da instituição, bem como de qualquer iniciativa que seja importante para a instituição, é fundamental para promover o fortalecimento dos gestores em suas relações de trabalho. (GE72).

Acredito que o simples diálogo com as esferas superiores e mais momentos de integração entre as diferentes lideranças poderia ser importante para auxiliar nesse processo. (DE6).

[...] Procurando fazer pesquisas de opinião e satisfação do funcionário direcionado ao ambiente de trabalho e sua relação com o próximo [...] Visitar os setores regularmente e interessar-se por suas dificuldades, procurando encontrar soluções para as mesmas; dialogar. (GE7).

Implantação de comissões de mediação de conflitos e oficinas de relacionamento interpessoais, com o envolvimento das chefias em discussões abertas sobre ética no ambiente de trabalho e o compromisso moral de todos [...]. (DE3).

Dialogando com os profissionais/rodas de conversas. Promover rodas de conversas nas equipes de trabalho, abordando assuntos diversos com as equipes com apoio da psicologia organizacional. (DE12).

A princípio, mantendo um canal de comunicação aberto, sincero e agregador com os profissionais, além de procurar desenvolver uma política interna de valorização e respeito mútuo. Entender que cada indivíduo tem um potencial a ser explorado, o qual deverá ser trabalhado de acordo com sua capacidade de desenvolvimento individualizada e posteriormente agregada ao processo coletivo. (DE9).

Chefias e gerentes deveriam sempre tentar manter o mesmo discurso [...] Além disso, penso que em uma linha hierárquica, um profissional deve sempre ser atendido pelo seu chefe imediato. O acesso facilitado ao chefe do seu próprio chefe muitas vezes mostra fragilidade na gestão, e que pode ser ainda pior quando o profissional que não consegue algo com seu chefe, consegue com o chefe do seu chefe. Acredito que após uma situação de sofrimento moral, um gestor precisa ter abertura para trocar ideias com seu chefe, analisando assim o que de fato ocorreu, para que juntos determinem que as condutas sejam mantidas ou readequadas. É necessário um apoio, um momento para a escuta e feedback, para que os gestores não desistam da sua função diante de uma situação de sofrimento moral [...]. (GE80).

Penso que os gestores deveriam reunir-se para discussões com esse foco. Conversar e perceber que outros colegas também se sentem impactados diante da tomada de decisão pelos mesmos conflitos ajuda a reduzir a angústia. (DE28).

Tendo setores com profissionais habilitados para resolver as questões. Proporcionar uma gestão que busque o diálogo e o respeito aos profissionais. (GE39).

O elemento “Encorajar a cooperação” esteve presente em 15% das unidades de sentidos nos relatos relacionados a “Gestão transformacional”. Como forma de cultivar a RM, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh acredita que a instituição poderia articular estratégias para nutrir o sentimento de cooperação entre os trabalhadores, gerando o comprometimento de todos com a coletividade e a corresponsabilidade solidária.

[...] Mais esclarecimentos aos colaboradores no sentido de respeito a hierarquia e principalmente lembrar que o objetivo principal da instituição é o trabalho e a assistência visando o coletivo e não as necessidades pessoais [...]. (GE70).

Implementação de práticas integrativas que levassem ao entendimento da equipe supervisionada quanto às situações de trabalho vivenciadas pelo supervisor. A equipe precisa ter ciência da complexidade do papel de um gestor, o interesse maior é que prevalece, e no final todos são corresponsáveis [...]. (GE31).

Estratégias que promovam a modificação pessoal utilizando atividades criativas, de reflexão através de encontros onde o coletivo fortaleça as relações interpessoais,

espaço de socialização e escuta, e intensificação do reconhecimento do valor humano. (DE23).

O elemento “Empoderar” esteve presente em 15% das unidades da “Gestão transformacional”. Para o cultivo da RM, o gestor de enfermagem do HUF/Ebserh pressupõe que a instituição deveria apoiá-lo, conferindo-lhe poder e autonomia e oferecendo o suporte necessário para a gestão de enfermagem.

Acredito que um empoderamento maior dos enfermeiros, irá melhorar bastante a situação, permitir o enfermeiro como uma real liderança, como gestor aliado, comprando as brigas junto, e não apenas colocando panos quentes, como em geral acontece. (GE68).

A enfermagem é a maior categoria do nosso hospital. O gestor precisa de apoio da alta cúpula, caso contrário as coisas ficam difíceis. Precisamos de espaço e voz na direção, ser respeitados, e termos alguma autonomia na tomada de decisão, claro bem fundamentados. O maior problema é quando o colegiado passa por cima de nossas decisões, sem consultar. Ou quando reprova algo já discutido entre os enfermeiros na gestão. (GE30).

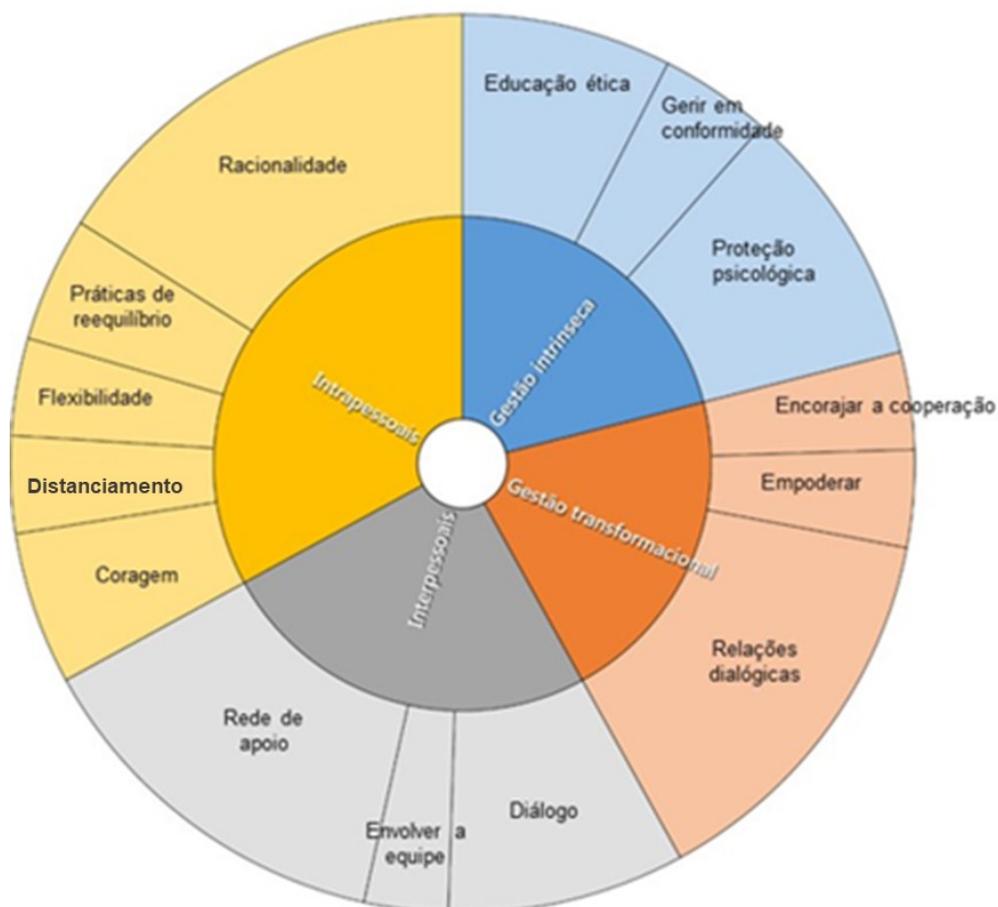
[...] Além disso, um gestor precisa estar bem informado, analisar as situações por mais de um ponto de vista e também ter o apoio das áreas de gestão de pessoas e recursos humanos, para que se sinta mais seguro diante dos enfrentamentos. (GE80).

[...] Ter autonomia para conduzir a equipe de enfermagem de forma bastante tranquila, humana, buscando praticar justiça e equidade, com voz nos colegiados, entre outros. (DE23).

## **Representação dos elementos da pesquisa**

O volume de *themes nodes*, emergido do *corpus* das entrevistas dos participantes (fontes primárias), pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Representação do volume de *themes nodes* da pesquisa, tipo Sunburst (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.



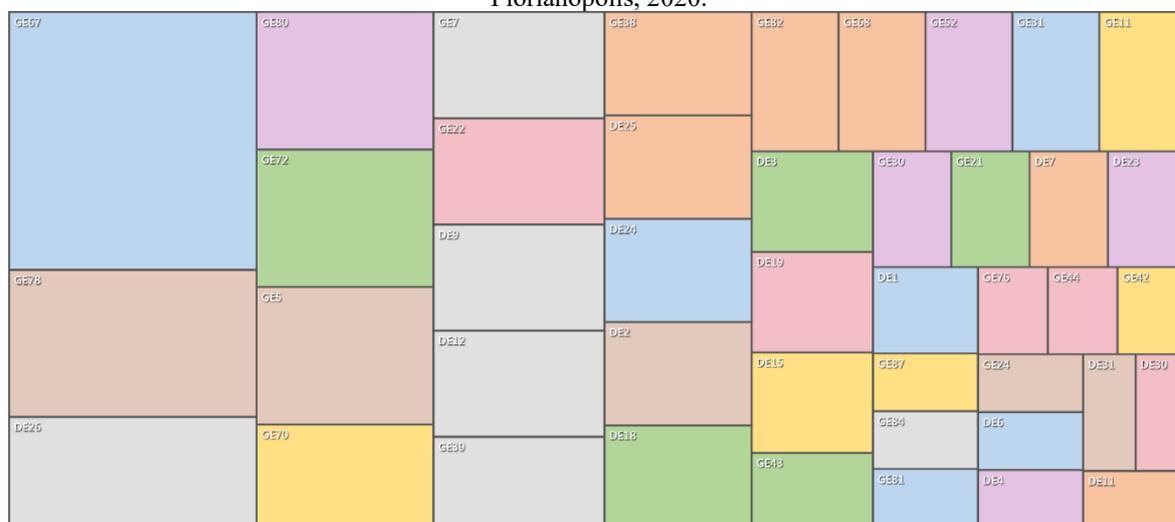
Fonte: o autor.

Desta forma, percebe-se que os gestores de enfermagem apontaram especialmente as “Estratégias Intrapessoais” como forma de enfrentar o processo de DM, notadamente o elemento “Racionalidade”. Dentre as “Estratégias Interpessoais”, destaca-se a unidade “Rede de apoio”.

A partir da concepção dos participantes, o estabelecimento de “Relações dialógicas”, como unidade da “Gestão transformacional”, apresentou-se como a principal estratégia organizacional para o desenvolvimento da RM. Na “Gestão intrínseca”, a oferta de “Proteção psicológica” apresentou maior destaque nos relatos.

O volume de *themes nodes* por participante pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Representação do volume de *themes nodes* da pesquisa por participante, tipo hierárquico (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.



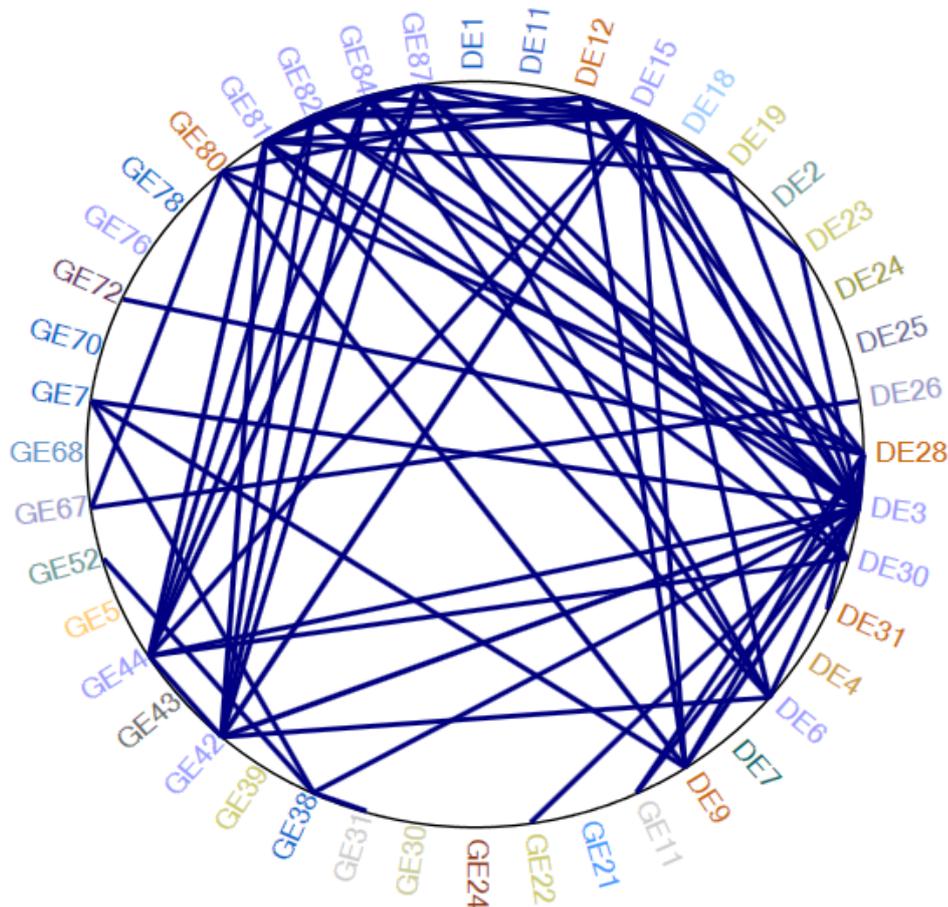
Fonte: o autor.

Nessa representação, é possível avaliar aqueles participantes que contribuíram com o maior e o menor número de trechos codificados. Os participantes G67, G78 e DE26 são entrevistados com o maior número de unidades atribuídas. Por outro lado, há um grupo grande de participantes com o menor volume de trechos codificados (GE81, GE84 e GE 87, por exemplo), representando a inserção de poucas contribuições relacionadas ao objeto de investigação.

Ainda, esse quadro aponta que há uma repetição de dados semelhantes, com conseqüente ausência de novos elementos, sendo que a coleta de maior quantidade de dados possivelmente não gera novas informações ou outras evidências.

A similaridade de trechos codificados por participante pode ser avaliada na Figura 3. Nesse gráfico, é possível observar a relação de conteúdos semelhantes com base no coeficiente da correlação de Pearson, onde a variação é de -1 (menos semelhante) a 1 (mais semelhante). As cores semelhantes entre os enfermeiros gestores (DE e GE) representam maior relação de conteúdos entre os pares de participantes.

Figura 3 – Representação da similaridade de trechos codificados por participante da pesquisa, correlação de Pearson, tipo Circular (Nvivo 11), Florianópolis, 2020.



Fonte: o autor.

Com base nos relatos dos participantes e de acordo com a correlação de Pearson, observa-se que há uma convergência entre os diferentes pares e os trechos codificados pelos participantes DE3, DE12 e DE28, especialmente por meio das “Estratégias Interpessoais” (Rede de Apoio) e da “Gestão Transformacional” (Estabelecer relações dialógicas). As similaridades de cores permitem constatar que os participantes GE possuem uma grande aproximação de conteúdos estruturados nos trechos codificados, notadamente em relação a “Gestão Transformacional” (Estabelecer relações dialógicas).

## Discussão

Os resultados apresentados mostram que os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh se apoiam em estratégias intrapessoais e interpessoais para lidar com o processo de DM. Como

estratégias organizacionais, consideram que a instituição deve (re)adequar a sua estrutura intrínseca e (re)estabelecer uma gestão pautada em relações éticas e transformacionais como forma de colaborar com o cultivo da RM.

Na prática essas potenciais estratégias promotoras da RM apontadas pelos enfermeiros refletem as alternativas singulares (pessoais) e sistêmicas (institucionais) que podem municiá-los no enfrentamento do DM e de suas principais fontes geradoras, geralmente relacionadas aos fatores intrínsecos e intra organizacionais, que dizem respeito aos indivíduos e suas relações, aos conflitos de interesses e de poder, a crise identitária, a violação da autonomia, aos recursos insuficientes, aos modelos de gestão coercitivos, as inseguranças no ambiente de cuidado, as condições de trabalho impróprias e ao clima ético precário (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012; OH; GASTMANS, 2015; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016; HILER *et al.*, 2018, RAMOS *et al.*, 2019).

As estratégias intrapessoais foram os recursos mais utilizados pelos enfermeiros gestores dos HUF e neste quesito estão associadas às abordagens individuais, cognitivas e comportamentais (RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016). Os componentes cognitivos dizem respeito aos padrões de pensamento, valores centrais ou crenças básicas e os elementos comportamentais se referem aos padrões de ação ou atividade (IACOVIELLO; CHARNEY, 2020).

Nessa cadeia de resposta adaptativa e de superação das adversidades e esgotamentos que envolvem o DM, entende-se que a resiliência vai muito além da qualidade ou da característica inata, mas surge como resultado de um processo dinâmico de desenvolvimento e aprendizado (KELLY *et al.* 2019; LYONS; SCHATZBERG, 2020). Desse modo, seria mais apropriado considerar que a resiliência não é um estado e sim uma condição pessoal (SILVA *et al.*, 2020).

Na perspectiva desta construção, o enfermeiro é confrontado com inúmeros e diferentes problemas morais, exigindo-lhe um posicionamento ético claro, coerente com o seu julgamento moral (RAMOS *et al.*, 2016). Nesse processo de deliberação, busca encontrar soluções concretas e cursos de ação prudentes, envolvendo uma análise que considera os aspectos subjetivos (intuitivos) da experiência profissional e objetivos (razão), da deontologia e fundamentos da ética como ciência (RAMOS *et al.*, 2020).

E dessa dicotomia, a racionalidade representou o maior destaque entre os elementos intrapessoais na modelagem da RM entre os enfermeiros gestores dos HUF, sustentados por uma postura analítica e objetiva. Assim, ao lidar com o DM, procuram adotar padrões teórico-legais e técnicas de gestão para subsidiar a deliberação perante um sistema amplamente normatizado, regulado e que confere muitas responsabilidades. Este dado é corroborado por um estudo de caso múltiplo, qualitativo, realizado com gestores de saúde de hospitais de ensino no país, que constatou um forte uso da racionalidade na tomada de decisão, especialmente quando articulam com o topo da organização, muitas vezes atribuídas a complexidade do ambiente hospitalar e as suas relações formais (FARACO; LAVARDA; GELBCKE, 2019).

Para assumir um posicionamento crítico nesse cenário de adversidades, o enfermeiro gestor do HUF assinala que procura atuar com determinação e na defesa daquilo que acredita ser o eticamente correto. Neste caso, entende-se que esta coragem moral deve se conectar à sensibilidade moral, um esforço combinado para encontrar a atitude correta a ser tomada. Se por um lado o desenvolvimento da competência e da percepção ética oferece subsídios para reconhecer os aspectos moralmente relevantes, por outro lado, as convicções e os valores morais devem impulsionar a capacidade para tomar as decisões éticas, de colocar os princípios em ação, mesmo diante de angústias e incertezas (LACHMAN, 2007; LÜTZÉN; EWALDSKVIST, 2013; RUSHTON, 2016b; 2017; ZHANG *et al.*, 2019).

Essa situação exige que o enfermeiro demonstre uma flexibilidade cognitiva, com capacidade de reavaliar a percepção e a experiência do sofrimento, reconhecendo o significado e a positividade em uma situação, bem como os aspectos negativos ou dolorosos, reformulando pensamentos e adaptando comportamentos (IACOVIELLO; CHARNEY, 2020). Essa ressignificação encontrada nos relatos dos participantes pode estimular um aprendizado transformacional, no qual os resilientes aprendem com as suas experiências e são capazes de mudar as suas respostas em eventos subsequentes, confrontando forças e limitações, reexaminando suposições, posições e justificativas, reconectando com propósito e realinhando-se com a sua estrutura moral norteadora (RUSHTON, 2016b).

Ao adotar práticas de reequilíbrio entre as forças cognitivas e comportamentais, o enfermeiro tende a fortalecer a sua integridade moral, aprimorando a sua atenção plena, a autorregulação, a inteligência emocional e a autoconsciência moral (diálogo interno). Realizar atividades físicas e práticas espirituais são exemplos de ações pessoais de autocuidado que

podem auxiliar no desenvolvimento de conexões harmoniosas e das capacidades internas para defender os princípios morais, transmitindo calma, bem-estar, firmeza e estabilidade em meio a circunstâncias desafiadoras (RUSHTON, 2016b; 2017; BARRATT, 2018; HELMERS; PALMER; GREENBERG, 2020; SALA DEFILIPPIS; CURTIS; GALLAGHER, 2020).

Manter crenças positivas sobre si mesmo e seu papel no mundo resulta em um pensamento adaptativo, com possibilidade de ajudar a prevenir o desenvolvimento da desesperança e assim encoraja a resiliência (IACOVIELLO; CHARNEY, 2020). Isso pode ser particularmente relevante quando está difícil encontrar um significado ou valor positivo na situação de DM, gerando uma perspectiva saudável que contribui para a RM.

Em outra estratégia intrapessoal, o enfermeiro gestor do HUF relata enfrentar o DM mantendo um certo afastamento do processo de DM, assumindo uma posição de distanciamento. Ainda que se tenha o entendimento de que no processo de enfrentamento adaptativo é indispensável alguma experiência com a adversidade, esta condição controversa pode refletir diferentes proposições, quais sejam: o indivíduo não mostra interesse sobre uma questão ética, adotando uma postura de indiferença moral (FALCÓ-PEGUEROLES; LLUCH-CANUT; GUÀRDIA-OLMOS, 2013); uma atitude de trabalho conformista, fechando os olhos aos possíveis conflitos ou dimensões éticas em prol de uma suposta harmonia (HUANG *et al.*, 2016); ou o enfermeiro se mantém na incerteza e assim opta por não deliberar mesmo estando diante do problema moral (RAMOS *et al.*, 2016).

Quanto às estratégias interpessoais, na perspectiva da ética relacional, destaca-se o elemento “Rede de apoio”, que oferece o suporte (formal e informal) ao enfermeiro gestor do HUF para lidar com o sofrimento. Trata-se de uma interação de reciprocidade, pautada pela empatia, cooperação, confiança e até mesmo de amizade. Essa capacidade de cultivar interconexões com os outros é um ponto crucial da RM (LÜTZÉN; EWALDS-KVIST, 2013). Ver a si mesmo como parte de uma comunidade moral maior fornece uma rede de segurança de apoio em resposta a situações moralmente angustiantes ou eticamente complexas. A presença de fortes conexões sociais aumenta o bem-estar físico e emocional, encoraja a agir conforme a consciência e até mesmo a se recuperar de situações angustiantes. Saber que você não está sozinho em sua luta para lidar com as complexidades éticas diminui a sensação de desespero e isolamento que muitas vezes acompanha o DM (RUSHTON, 2016a; IACOVIELLO; CHARNEY, 2020).

Esse dado coaduna-se com os resultados de um estudo qualitativo realizado com profissionais da saúde em um hospital pediátrico no Canadá, no qual identificou três categorias de estratégias para lidar com o sofrimento moral. A primeira está relacionada às ações ativas (pessoais), envolvendo o autocuidado e os esforços para se conseguir informações claras e comunicação adequada, necessárias para elucidar o curso de ação correto. As estratégias reflexivas, que dizem respeito aos recursos internos, cognitivos. E os suportes externos, que oferecem o acesso às estruturas formais e informais para apoiar o profissional e a construção de um ambiente de prática saudável (HELMERS; PALMER; GREENBERG, 2020).

A busca por clareza e transparência na comunicação também pode ser constatada nos relatos dos enfermeiros gestores dos HUF, representado pelo elemento interpessoal “Diálogo”. Os profissionais de saúde moralmente resilientes são capazes de falar com confiança e nitidez sobre as ameaças abertas e insidiosas à sua integridade. Dar voz às preocupações por meio de um diálogo eficiente e estimular a compreensão é torna-la eticamente clara, coerente e permite a ação. Proporcionar este momento de aproximação e de escuta ativa significa trazer à tona questões reflexivas que vão além dos protestos do “porquê estamos fazendo isso” e ajuda no enfrentamento do DM (RUSHTON, 2016a; TURNER; RUSHTON, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Nessa dimensão interacional, face à complexidade dos desafios éticos, o enfermeiro gestor do HUF busca envolver a equipe na solução do problema moral, em um processo intencional de co-criação (RUSHTON, 2016c; BARRATT, 2018). Esse tipo de enfrentamento adaptativo se propõe a preservar a integridade relacional e a responder as situações éticas com eficácia moral, pautado na comunhão de valores, na solidariedade moral e na concepção de responsabilidade profissional, alavancando a agência moral conscienciosa e a confiança na capacidade de reconhecer e superar as adversidades de uma forma eficaz e assertiva (HOLTZ; HEINZE; RUSHTON, 2018).

Desenvolver a própria RM como gestor é um aspecto importante na criação de uma cultura de prática ética e de preservação da integridade, mas fazer isso sozinho é insuficiente para apoiar as pessoas no meio de situações eticamente desafiadoras. Essa responsabilidade precisa ser individual e coletiva, mas também organizacional, é recíproco, e isso envolve grandes mudanças dentro das organizações (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015; RUSHTON, 2016c; 2017; KELLY *et al.* 2019; TURNER; RUSHTON, 2019).

Quanto às possibilidades colaborativas das organizações em apoiar o cultivo da RM nos ambientes e nas relações pessoais, sob o ponto de vista dos enfermeiros gestores dos HUF, torna-se necessário uma reorientação das suas estruturas de gestão intrínsecas, bem como devem envidar esforços para adotar um modelo de gestão transformacional. Nesse caso, a base para a infraestrutura de ética organizacional precisa alicerçar-se em uma notável conduta ética, na promoção da educação ética e na oferta dos recursos essenciais para a proteção psicológica dos profissionais. Já a dimensão relacional (organização-indivíduos) deve ocorrer por meio de uma prática dialógica e integradora, e de uma forte política de cooperação e empoderamento.

A cultura de prática ética requer o estabelecimento de normas e responsabilidades, alinhando os valores individuais e organizacionais e as prioridades para criar um ambiente onde os valores éticos são usados como referência, resultando no compromisso compartilhado com um cuidado de qualidade, seguro e eticamente fundamentado (RUSHTON, 2016c).

Ainda que pese a coexistência de vínculos celetistas e estatutários na maioria dos HUF/Ebserh, cabe destacar que os trabalhadores destas instituições são orientados por seu respectivo código de ética e de conduta profissional (BRASIL, 1994; 2020). Portanto, gerir em conformidade, incluindo a adesão às práticas de *compliance*, que significa agir de acordo com uma ordem ou um conjunto de regras (HOUAISS, [www.dicio.com.br/houaiss](http://www.dicio.com.br/houaiss)), deve ser considerado como um elemento estruturante da organização e condiz com um modelo que vislumbra a segurança, proteção, uniformidade e transparência nas relações internas e externas e pode apoiar a deliberação moral.

Esse clima ético na organização pode ser beneficiado pela educação ética, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades relacionais e de competências éticas, essenciais na moderação de conflitos éticos (RUSHTON, 2017; RUSHTON; SCHOONOVER-SHOFFNER; KENNEDY, 2017; KOSKENVUORI; NUMMINEN; SUHONEN, 2019). De fato, alguns estudos mais recentes sugerem que a educação ética, concebida por conteúdos, estrutura e métodos inovadores (cursos, seminários, *debriefings*, *rounds* e pareceres de comitês de ética, por exemplo) seria uma potente aliada para fortalecer a atenção plena e a base de conhecimento transformador da RM, influenciando a tomada de decisão ética, o raciocínio moral e a sensibilidade moral (MONTEVERDE, 2016; NORA *et al.*, 2016; RUSHTON; CALDWELL; KURTZ, 2016; YEOM; AHN; KIM, 2017; SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Embora os enfermeiros gestores dos HUF procurem preservar a saúde psicoemocional e desenvolver as habilidades relacionais por meio de estratégias pessoais (práticas de reequilíbrio e rede de apoio, por exemplo), constatou-se um forte anseio pela necessidade de reestruturação do serviço de psicologia organizacional como forma de apoiá-los, tanto individual como coletivamente. Com efeito, existe uma correlação significativa entre saúde psicológica e resiliência, ambos atuando como variáveis de proteção (GARCÍA-IZQUIERDO *et al.*, 2018).

Na estrutura de governança dos HUF vinculados à Ebserh, o serviço de psicologia organizacional geralmente fica subordinado à área de Divisão de Gestão de Pessoas, que por sua vez apresenta atribuições claras relacionadas a proteção e promoção da saúde e a implementação de programas de melhoria da qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2013). Desta forma, subentende-se pelos relatos dos enfermeiros a necessidade de revisão estrutural deste suporte psicológico no cotidiano, uma vez que está descrito na composição formal da organização, mas parece (ainda) demonstrar morosidade e lacunas na prática; ainda que haja algum indício desta aproximação tão almejada com os trabalhadores, com foco no sofrimento moral.

Em relação às estratégias transformacionais, a organização deve se esforçar em reorientar a estrutura moral dos enfermeiros gestores dos HUF, principalmente por intermédio de práticas dialógicas. Isso envolve o estabelecimento de uma política de abertura ao diálogo, com respeito às divergências de opinião e o livre pensar (dar voz e vez), estimular e oferecer espaços de integração, com métodos para cultivar a reflexão moral (SABIN, 2017; SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018). Além disso, torna-se essencial instituir uma interface de comunicação efetiva com os trabalhadores, que seja sincronizada e uniforme, clara e transparente, estruturada e universal, com o maior alcance possível para viabilizar as interações necessárias e a compreensão acerca das transformações ocorridas no ambiente (SCHUNKE; GIONGO, 2018).

A organização precisa preservar a autonomia dos enfermeiros na gestão, apoiá-los e empoderá-los na condução e tratamento das questões morais. Os gestores de enfermagem gerenciam o maior número de trabalhadores na instituição e como agentes moralmente sensíveis, pautados em padrões éticos, moderam os diferentes interesses e valores da estrutura e dos profissionais da enfermagem. Nessa complexa relação de reciprocidade, a restrição de

poder e o clima ético precário tendem a dificultar a tomada de decisão ética e assim aumentar o DM (MUSTO; RODNEY; VANDERHEIDE, 2015; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; AMIRI *et al.*, 2020; MAFFONI *et al.*, 2020).

O bem-estar moral exige que a organização potencialize o sentimento de cooperação e coletividade nas relações pessoais. E isso pode ir além dos deveres formais do indivíduo, são os comportamentos voluntários e de cidadania, que representam a base para o desenvolvimento de um clima ético e até mesmo da liderança ética (ALOUSTANI *et al.*, 2020). Esta solidariedade percebida pelos enfermeiros gestores dos HUF pode ajudar a minar os interesses individuais tendenciosos e a fortalecer as relações de respeito mútuo e de empatia, especialmente quando cada um reconhece os seus papéis e se percebe como parte integrante do processo de trabalho em enfermagem.

## **Conclusão**

Com este estudo foi possível identificar as estratégias de resiliência moral na gestão de enfermagem dos HUF. Para lidar com o DM, os enfermeiros gestores adotam as estratégias pessoais (intrapessoais e interpessoais) e apontam as estratégias organizacionais (gestão intrínseca e transformacional) como possibilidades colaborativas essenciais no cultivo da RM.

As estratégias intrapessoais foram os recursos mais utilizados pelos enfermeiros gestores dos HUF e podem estar relacionados a um processo de aprendizagem individual, envolvendo o uso da racionalidade, flexibilidade, práticas de reequilíbrio, coragem moral e até mesmo do distanciamento. Tratam-se de elementos que envolvem as habilidades cognitivas e comportamentais e se conectam com o uso de padrões objetivos, a ressignificação da rigidez moral, ao desenvolvimento da atenção plena e da consciência moral, a ação coerente com as convicções éticas e ao pensamento controverso de distanciamento das questões éticas quando lhe é exigido um posicionamento diante de um evento moral.

As estratégias interpessoais refletiram as práticas relacionais, representadas pelas conexões sociais das redes de apoio, pelo diálogo entre os pares e envolvimento da equipe como reflexão moral coletiva, pautadas por reciprocidade e confiança, escuta qualificada e compreensiva em um processo de co-criação, eficácia moral e solidariedade.

As organizações devem se alicerçar em estratégias de reorientação da sua infraestrutura ética e de transformação das relações com os agentes, voltadas para a construção de uma cultura de prática ética, o direcionamento dos recursos necessários para o desenvolvimento de competências e habilidades éticas, a estruturação de rede de proteção psicológica, bem como estabelecer uma relação dialógica despretensiosa e assertiva, conceder poder e autonomia ao enfermeiro gestor e estimular a solidariedade como exercício da cidadania.

Diante dessas estratégias de RM, percebeu-se que os enfermeiros não se limitaram apenas às formas de lidar com o DM propriamente dito, mas ao seu processo como um todo, desde o problema moral até o sofrimento em si, incluindo abordagens proativas e preventivas para reconhecer e gerenciar os gatilhos dos conflitos éticos e de situações moralmente angustiantes.

Este estudo fornece uma maior compreensão acerca das estratégias adaptativas individuais (pessoais) dos enfermeiros gestores dos HUF frente ao processo de DM. Ainda, apresenta as estratégias colaborativas organizacionais com os elementos que podem catalisar a construção de um ambiente de clima ético e, assim, contribuir para o cultivo da RM.

A maior intenção deste estudo foi compreender em profundidade e com retidão metodológica as experiências e percepções dos gestores de enfermagem dos HUF, que moldam as trajetórias de resiliência em direção a uma adaptação ativa que visa transpor barreiras no exercício de ser agente moral. Portanto, não há pretensões de generalizações e nem foi objeto de interesse abordar a RM a partir dos aspectos neurocognitivos (moleculares) ou até mesmo extra organizacionais, ainda que os limites não estejam tão claros.

A natureza dos estudos sobre a RM é relativamente recente e prevalece as visões de *experts*. Adota-se muitas bases teóricas de outras disciplinas e carece de uma estrutura própria, dificultando o cotejamento e aprofundamento dos dados encontrados, sendo uma das limitações deste estudo. Nesse caso, sugere-se outros estudos na área que possam enriquecer esta raiz de conhecimento, especialmente com os gestores de enfermagem que anseiam por instrumentos apoiadores do cotidiano.

A RM é um assunto ainda pouco reconhecido no ambiente de prática. Em alguns momentos, os próprios enfermeiros gestores dos HUF parecem se confundir com os conceitos, com forte alusão às práticas de RM voltadas apenas aos recursos humanos. Entende-se que todo

problema moral envolvendo as particularidades da gestão é sim um problema de gestão, mas o contrário nem sempre é verdadeiro.

Por fim, inspirado por esta trajetória e aliado a muitas lacunas sobre este conhecimento, fica um pouco mais claro definir o que não é objeto da RM. Assim, a RM não deve ser configurada como um simples relatório de autoajuda; e não diz respeito a inibir, resistir, evitar ou ignorar o DM, mas desenvolver e aplicar as melhores estratégias ativas para transitar pelo processo de DM com o menor prejuízo ou dano possível, com capacidade evoluída de (auto)recuperação.

## Referências

ALLISON-NAPOLITANO, E.; PESUT, D. J. **Bounce forward: the extraordinary resilience of nurse leadership**. Silver Spring: American Nurses Association, 2015.

ALOUSTANI, S.; ATASHZADEH-SHOORIDEH, F.; ZAGHERI-TAFRESHI, M.; NASIRI, M.; BARKHORDARI-SHARIFABAD, M.; SKERRETT, V. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. **BMC Nursing**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2020.

ALTAKER, K. W.; HOWIE-ESQUIVEL, J.; CATALDO, J. K. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 4, p. 295-302, 2018.

AMIRI, E.; EBRAHIMI, H.; NAMDAR ARESHTANAB, H.; VAHIDI, M.; ASGHARI JAFARABADI, M. The Relationship between Nurses' Moral Sensitivity and Patients' Satisfaction with the Care Received in the Medical Wards. **Journal of caring sciences**, v. 9, n. 2, p. 98-103, 2020.

ANA. American Nurses Association. **A call to action: exploring moral resilience toward a culture of ethical practice**. ANA, 2017. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4907b6/globalassets/docs/ana/ana-call-to-action--exploring-moral-resilience-final.pdf>. Acesso em: 05 out 2020.

BARRATT, C. Developing resilience: the role of nurses, healthcare teams and organisations. **Nursing Standard**, v. 33, n. 7, p. 43-49, 2018.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 1.171, de 22 de junho de 1994**. Aprova o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal. Brasília: Casa Civil, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1171.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1171.htm). Acesso em: 05 out 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Código de ética e conduta da Ebserh**: princípios éticos e compromissos de conduta. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/etica-e-integridade/sobre-etica-e-integridade/cee\\_codigo\\_de\\_etica\\_jun2020.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/etica-e-integridade/sobre-etica-e-integridade/cee_codigo_de_etica_jun2020.pdf). Acesso em: 05 out 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH**: diretrizes técnicas. v. 1, Brasília: Ministério da Educação, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

DAVIS, M.; BATCHELLER, J. Managing Moral Distress in the Workplace: creating a resiliency bundle. **Nurse leader**, 2020. In Press.

FALCÓ-PEGUEROLES, A.; LLUCH-CANUT, T.; GUÀRDIA-OLMOS, J. Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire - Critical Care Version. **BMC Medical Ethics**, v. 14, n. 22, 2013.

FARACO, M. M.; LAVARDA, R. A. B.; GELBCKE, F. L. Decision-making in teaching hospitals: between formalism and intuitive synthesis. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 4, p. 769-779, 2019.

GARCÍA-IZQUIERDO, M.; MESEGUER DE PEDRO, M.; RÍOS-RISQUEZ, M. I.; SÁNCHEZ, M. Resilience as a moderator of psychological health in situations of chronic stress (burnout) in a sample of hospital nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 50, n. 2, p. 228-236, 2018.

HAMRIC, A. B.; BORCHERS, C. T.; EPSTEIN, E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Primary Research**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.

HELMERS, A.; PALMER, K. D.; GREENBERG, R. A. Moral distress: developing strategies from experience. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 4, p. 1147-1156, 2020.

HILER, C. A.; HICKMAN JR, R. L.; REIMER, A. P.; WILSON, K. Distress in a US sample of critical care nurses. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 59–66, 2018.

HOLTZ, H.; HEINZE, K.; RUSHTON, C. Interprofessionals' definitions of moral resilience. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 3-4, p. 488-494, 2018.

HOUAISS. **Dicionário online de português**. Disponível em: [www.dicio.com.br/houaiss/](http://www.dicio.com.br/houaiss/). Acesso em: 19 nov 2020.

HUANG, F. F.; YANG, Q.; ZHANG, J.; KHOSHNOOD, K.; ZHANG, J. P. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 5, p. 507-522, 2016.

IACOVIELLO, B. M.; CHARNEY, D. S. Cognitive and behavioral components of resilience to stress. *In*: CHEN, A. **Stress resilience: molecular and behavioral aspects**. 1. ed. Cambridge: Academic Press; 2020.

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

KELLY, L. A.; GEE, P. M.; WESTON, M. J.; RYAN, H. A. Rethinking Resilience. **Nurse Leader**, v. 17, n. 5, p. 461-464, 2019.

KOSKENVUORI, J.; NUMMINEN, O.; SUHONEN, R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 327-345, 2019.

LACHMAN, V. D. Moral courage: a virtue in need of development? **Med Surg Nursing**, v. 16, n. 2, p. 131-133, 2007. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4af2ed/globalassets/docs/ana/ethics/moral-couragevirtue.pdf>. Acesso em: 04 out 2020.

LACHMAN, V. D. Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue. **Med Surg Nursing**, v. 25, n. 2, p. 121-124, 2016. Disponível em: [https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25\\_2016\\_1achman.pdf](https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25_2016_1achman.pdf). Acesso em: 04 out 2020.

LÜTZÉN, K.; EWALDS-KVIST, B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2013.

LYONS, D. M.; SCHATZBERG, A. F. Resilience as a process instead of a trait. *In*: CHEN, A. **Stress resilience: molecular and behavioral**. 1. ed. Academic Press; 2020.

MAFFONI, M.; SOMMOVIGO, V.; GIARDINI, A.; PAOLUCCI, S.; SETTI, I. Dealing with ethical issues in rehabilitation medicine: The relationship between managerial support and emotional exhaustion is mediated by moral distress and enhanced by positive affectivity and resilience. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 5, p. 1114-1125, 2020.

- MONTEVERDE, S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 1, p. 104-116, 2016.
- MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 3.ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.
- MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A.; VANDERHEIDE, R. Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 91-102, 2015.
- NORA, C. R. D.; DEODATO, S.; VIEIRA, M. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. P. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4500014, 2016.
- OH, Y.; GASTMANS, C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 15-31, 2015.
- OLIVEIRA, C. A.; OLIVEIRA, D. C. P.; CARDOSO, E. M.; ARAGÃO, E. S.; BITTENCOURT, M. N. Moral distress of nursing professionals of a Psychosocial Care Center. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 191-198, 2020.
- ORO, J.; GELBCKE, F. L.; SOUSA, V. A. F.; SCHERER, M. D. A. From prescribed work to the real work of nursing in in-patient care units of federal university hospitals. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 28, e20170508, 2019.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4460015, 2016.
- RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in nurses (MDSN-Br). **Journal of Nursing Measurement**, v. 27, n. 2, p. 335-357, 2019.
- RAMOS, F. R. S.; BREHMER, L. C. F.; DALMOLIN, G. L.; SILVEIRA, L. R.; SCHNEIDER, D. G.; VARGAS, M. A. O. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3332, 2020.
- RUSHTON, C. H.; BATCHELLER, J.; SCHROEDER, K.; DONOHUE, P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 412-420, 2015.

RUSHTON, C. H. Building moral resilience to neutralize moral distress. **American Nurse**, 2016a. Disponível em: <https://www.myamericannurse.com/building-moral-resilience-neutralize-moral-distress/>. Acesso em: 05 out 2020.

RUSHTON, C. H.; CALDWELL, M.; KURTZ, M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. **The American Journal of Nursing**, v. 116, n. 7, p. 40-49, 2016.

RUSHTON, C. H. Creating a culture of ethical practice in health care delivery systems. **The Hastings Center Report**, v. 46, Supl 1, S28-31, 2016c.

RUSHTON, C. H. Cultivating moral resilience: shifting the narrative from powerlessness to possibility. **American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, S. 11-15, 2017.

RUSHTON, C. H. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. **AACN Advanced Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 111-119, 2016b.

RUSHTON, C. H.; SCHOONOVER-SHOFFNER, K.; KENNEDY, M. S. A collaborative state of the science initiative: transforming moral distress into moral resilience in nursing. **The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, supl. 1, S2-S6, 2017.

SABIN, J. E. Using moral distress for organizational improvement. **The Journal of Clinical Ethics**, v. 28, n. 1, p. 33-36, 2017.

SALA DEFILIPPIS, T. M. L.; CURTIS, K.; GALLAGHER, A. Conceptualising moral resilience for nursing practice. **Nursing Inquiry**, v. 26, n. 3, e12291, 2019.

SALA DEFILIPPIS, T. M. L.; CURTIS, K.; GALLAGHER, A. Moral resilience through harmonised connectedness in intensive care nursing: a grounded theory study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 57, 102785, 2020.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1024-1032, 2015.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; PEITER, C. C.; ALVES, M. P.; LIMA, S. B. S.; BACKES, V. M. S. Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03300, 2017.

SANTOS, R.P.; GARROS, D.; CARNEVALE, F. Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 2, p. 226-232, 2018.

SCHUNKE, L. K.; GIONGO, C. R. Atravessamentos políticos: a cultura organizacional e o sofrimento moral no serviço público. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 18, n. 3, p. 449-456, 2018.

SILVA, S. M.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, F. J.; ALMEIDA, M. C. S.; SOARES, R. A. Q. Resilience factors in nursing workers in the hospital context. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03550, 2020.

TURNER, K.; RUSHTON, C. H. "Why are we doing this?" Creating new narratives to meet futility with integrity. **AACN Advanced Critical Care**, v. 30, n. 2, p. 198-203, 2019.

WOODS, M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. **International nursing review**, v. 67, n. 1, p. 68-75, 2020.

YEOM, H-A.; AHN, S-H.; KIM, S-J. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. **Nursing Ethics**, v. 24, n. 6, p. 644-652, 2017.

YOUNG, P. D.; RUSHTON, C. H. A concept analysis of moral resilience. **Nursing Outlook**, v. 65, n. 5, p. 579-587, 2017.

ZHANG, N.; LI, J.; XU, Z.; GONG, Z. A latent profile analysis of nurses' moral sensitivity. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 3, p. 855-867, 2019.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escolhas temáticas e metodológicas realizadas nesta tese refletem algumas motivações e inquietações pessoais, como enfermeiro e gestor, atualmente na liderança da área de apoio assistencial em um HUF. Mas afinal, por que desenvolver um estudo sobre sofrimento moral e resiliência moral? Qual o motivo de tratar desses assuntos com enfermeiros gestores, ainda mais em Hospitais Universitários Federais?

O sofrimento moral pode ser percebido como um fenômeno potencialmente vivenciado pelos enfermeiros nas suas diferentes práticas profissionais, contudo dificilmente o reconhecem como tal. O mesmo acontece com a resiliência moral, um termo mais recente que vem ganhando forma e conteúdo, mas ainda carece de compreensão acerca da sua relevância prática para o cotidiano. Nessa condição de “cegueira moral”, o enfermeiro será incapaz de discernir e agir de forma adequada sobre as situações éticas e de maneira inocente tenderá a relativizá-las ou até mesmo ignorá-las.

Os enfermeiros gestores precisam estar atentos às relações pessoais no trabalho e aos níveis de intervenções em saúde, que estão cada vez mais difíceis de gerenciar, e só intensificarão o risco de desenvolver o DM. Nesse caso, uma lente ética é extremamente necessária para orientar a gestão dos serviços de enfermagem e subsidiar a construção de um ambiente com relações éticas, pautada no desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais, considerando a complexidades e as especificidades dos hospitais universitários, onde coabitam as atividades de assistência, ensino e pesquisa.

Com base no caminho percorrido, considera-se que este estudo alcançou os objetivos propostos. Em relação ao primeiro objetivo de analisar a frequência e intensidade de DM vivenciado por gestores de enfermagem em Hospitais Universitários Federais, revelou um nível moderado de frequência e intensidade de DM entre os profissionais, corroborando com o pressuposto de que efetivamente estão expostos a situações desencadeadoras de DM, influenciado predominantemente pelas responsabilidades com os recursos humanos e suas relações, as condições de trabalho e a qualidade e segurança no cuidado.

Não há como negar que os gestores de enfermagem dos HUF estão inseridos em um cenário que os diferenciam da maioria de outros hospitais. Os HUF podem ser entendidos como verdadeiras “salas de aula” e um vasto campo para o desenvolvimento de pesquisas e

tecnologias. Cabe a esses gestores, naquilo que os compete, propiciar as condições mínimas (não só na enfermagem) para que ocorra essa integração com a assistência, que por sua vez é ininterrupta e fortemente normatizada. Na prática, isso está relacionado em prover os serviços com um quantitativo adequado de pessoal capacitado, um cuidado de qualidade e seguro, com as condições estruturais de trabalho satisfatórias. Além de possivelmente representar um grande desafio na concepção de um modelo que espelhe bons exemplos (afinal é um hospital-escola), tratam-se de aspectos fundamentais da gestão, sem as quais não há cuidado responsável e, portanto, nem ensino ou pesquisa.

Ademais, estão envolvidos em um novo modelo de gestão, concebido pela proposta política e organizacional da Ebserh, onde coexistem diferentes vínculos de trabalho na instituição e, conseqüentemente, formas de tratamento na condução de gestão das pessoas. Com base em processos internos, é possível constatar que a empresa vem investindo em mecanismos de controles internos, na reestruturação física e orçamentária dos hospitais, na implantação de programas da qualidade e na profissionalização da gestão, o que está gerando a necessidade de (re)adaptação e aprendizagem em todas as áreas, inclusive da enfermagem.

Ainda como parte da primeira análise, constatou-se que os enfermeiros do grupo GE sofrem mais que o DE diante de problemas morais, especialmente em relação aos fatores “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, “Defesa de valores e direitos” e “Infrações éticas”, assentindo com o fato de que o DM ocorre em níveis distintos, conforme a posição hierárquica na instituição.

Essa proposta de abordagem dos enfermeiros gestores em níveis de gestão não foi algo accidental. Vivenciando diferentes funções como gestor, constatei que os enfrentamentos e as responsabilidades mudam conforme se ascende (ou descende) na estrutura de governança, mas é no contato direto com as pessoas da linha de frente que se afloram os maiores desafios. E isso pode ser constatado entre os enfermeiros do grupo GE, responsáveis pelos processos finalísticos, que tratam da organização do cotidiano das equipes e demais recursos, somando-se as interfaces com a clínica, onde possivelmente surgem as maiores tensões relacionais (incluindo usuários e famílias) e de poder, com forte tendência da percepção subjetiva em (super)valorizar não só a intensidade, mas a frequência das situações éticas.

As fontes de DM parecem ser multicausais e polissistêmicas, isto é, possui muitas causas em diferentes sistemas, com possíveis imbricações socioculturais, políticas e até econômicas.

Na análise das associações entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de DM, constatou-se que o nível de DM se eleva com o porte do HUF, chegando em níveis elevados nos HUF de grande porte, podendo estar relacionado à complexidade das relações e as limitações na manutenção de um clima de prática ética.

A falta de formação em gestão demonstra a essencialidade das bases teóricas e da educação ética no desenvolvimento de competências. Os hospitais públicos geralmente são geridos por algum profissional da saúde, com notada inteligência clínica, mas que nem sempre possui formação específica para a gestão. Tal como o cuidado, a gestão também apresenta instrumentos tecnológicos e requer preparo, e nesse caso o gestor pode não apenas sofrer por conta de sua cegueira moral, mas pode gerar impedimentos e provocar o sofrimento nos outros.

A carga horária de trabalho semanal elevada esteve relacionada ao DM, com impactos diretos na prestação de um cuidado de qualidade e seguro. A enfermagem, dentre os profissionais da área da saúde em ambiente hospitalar, pode ser compreendida como aquela que dispense de maior energia física e psíquica, tendo em vista a característica do seu trabalho iminentemente manual e de sua proximidade com o paciente e família, bem como da sua interação com a equipe multidisciplinar, em caráter muitas vezes ininterrupto. Da mesma forma, é inegável que a enfermagem vem ao longo das últimas décadas lutando de forma legítima pelas 30 horas semanais, condições mínimas para a prestação de um cuidado mais seguro, mas que requer um maior engajamento político da categoria.

Quanto ao objetivo que visava identificar as estratégias de RM na gestão de enfermagem em Hospitais Universitários Federais, foi possível observar estratégias adaptativas pessoais (intrapessoais e interpessoais) e estratégias colaborativas organizacionais (gestão intrínseca e transformacional) identificadas pelos enfermeiros gestores como fundamentais para o cultivo da RM.

As estratégias intrapessoais ganharam maior destaque e envolveram elementos que traduzem o uso de padrões (racionalidade), a ressignificação (flexibilização), a atenção plena (práticas de reequilíbrio), as convicções éticas (coragem) e o pensamento omissivo (distanciamento). As interpessoais abordaram as práticas de conexões sociais de (auto)ajuda (rede de apoio), co-criação (envolver a equipe) e diálogo (escuta ativa). As organizações, por sua vez, precisam reorientar a sua infraestrutura ética (gerir em conformidade, promover a educação ética e oferecer os recursos necessários para a proteção psicológica) e gerar uma

transformação das relações com os agentes por meio de interações proativas e motivadoras (estabelecer relações dialógicas, empoderar e encorajar a cooperação).

A representação da dinâmica das interações entre os elementos das estratégias pessoais e organizacionais pode ser observada na Figura 3.

Figura 3 – Representação esquemática das dimensões relacionais entre os elementos das estratégias pessoais e organizacionais, Florianópolis, 2020.



Fonte: o autor.

A partir das estratégias pessoais, o agente moral busca as “Estratégias Intrapessoais” (o “eu”, no plano individual) para lidar com o processo de DM, interagindo com os demais agentes por meio de práticas relacionais, as “Estratégias Interpessoais” (o “eu e o outro”, no plano das relações coletivas). Desta forma, esperam que a instituição adote estratégias organizacionais para colaborar com o cultivo da RM, mediante a sua (re)estruturação interna (“Gestão Intrínseca, a “estrutura”) e o estabelecimento de interações transformacionais (“Gestão Transformacional”, relações entre o “eu, o outro e a estrutura”, no plano organizacional).

Diante disso, foi possível cumprir com o objetivo geral de analisar o DM entre os gestores de enfermagem e as estratégias de RM na gestão de enfermagem em Hospitais Universitários Federais e confirmar a tese de que os enfermeiros gestores estão expostos a

situações geradoras de DM, cuja intensidade e frequência variam de acordo com o nível hierárquico, levando-os a adotar estratégias adaptativas pessoais e a perceber a necessidade de estratégias colaborativas organizacionais para apoiar o cultivo da RM.

Na perspectiva da complementariedade, pode-se fazer algumas interlocuções empíricas entre os dados encontrados nas etapas quantitativa e qualitativa deste estudo, mesmo entendendo que as transversalidades destas relações podem apoiar inúmeras proposições.

O Fator “Equipe de trabalho” foi a principal situação desencadeadora de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF e trata de aspectos relacionados ao quanti-qualitativo de profissionais e de condições de sobrecarga de trabalho. O dimensionamento de pessoal da enfermagem é realizado com base em aspectos da “Racionalidade”, no uso de padrões objetivos, e sua responsabilidade é exigida por diferentes estruturas regulatórias. Esse dimensionamento possui impacto direto na carga de trabalho e na segurança do cuidado prestado, e sua avaliação meramente subjetiva abriria espaços para ampliar o conflito de interesses, incluindo econômico-financeiros. Então, o enfermeiro se respalda nestes parâmetros como fonte de racionalidade na deliberação, o que não implica em necessariamente resolver a situação.

As estratégias transformacionais poderiam apoiar a RM frente ao fator preditor de DM “Reconhecimento, poder e identidade profissional”, que se refere aos conflitos na relação com o usuário, demais profissionais e superiores hierárquicos, que geram desrespeito, pressão, desvalorização e ameaça ou perda de autonomia. Com isso, seria possível encorajar a cooperação e a solidariedade entre os envolvidos, ampliar o empoderamento do enfermeiro e efetivar uma relação de abertura ao diálogo e de respeito.

A reorientação da infraestrutura ética poderia contribuir para a construção de um clima ético (incluindo a educação ética) e ajudar o enfermeiro a lidar com o DM proveniente das “Infrações éticas” ou de situações que o impede de defender os valores pessoais e direitos dos usuários, e então se sente incapaz de advogar.

A “Rede de apoio” (elemento interpessoal) e a oferta de “Proteção psicológica” (elemento estrutural) podem ser compreendidas como estratégias que transversalizam todos os fatores preditores de DM, pois buscam apoiar o enfermeiro estabelecendo o suporte necessário para preservar a saúde psicoemocional e a construir conexões sociais de apoio, compartilhando as angústias.

Como contribuição prática, este estudo identifica a frequência e a intensidade de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF (DE e GE), os principais fatores preditores e as relações com as características sociodemográficas e laborais, bem como destaca as estratégias de RM, abordagens pessoais e organizacionais multifacetadas, como forma de ajudá-los a reconhecer e a lidar tecnicamente com o processo de DM e a subsidiar as organizações para o cultivo de um ambiente de prática ética, fortalecendo a aproximação necessária entre a gestão e a clínica, como práticas interdependentes e autoinfluciáveis.

Na perspectiva da contribuição teórica, supõe-se que os achados deste estudo possam encorpar a base de conhecimento sobre DM e RM, demonstrando o contexto de enfermeiros gestores em HUF, sugerindo novos elementos de RM (racionalidade e gerir em conformidade, por exemplo), e oferecendo conteúdos acadêmicos para subsidiar novos estudos, somado ao fato de que a MDSN-Br adotada aqui para medir o DM foi recentemente validada e está apta a ser aplicada em outros contextos.

Para a educação, espera-se que esta tese possa incentivar a vida acadêmica para desenvolver conteúdos que abordem a ética, o DM e a RM, em áreas de graduação e pós-graduação, e estimular as organizações a fornecerem as estruturas necessárias para discussões e reflexões éticas sobre como reconhecer o DM e quais as estratégias mais apropriadas a serem utilizadas para enfrentá-lo.

As principais limitações teóricas deste estudo estiveram relacionadas ao cotejamento com outros dados, nacionais e internacionais. Os estudos sobre DM não possuem um padrão de apresentação e competem por diferentes escalas, intervalos e adaptações, com prevalência de métodos quantitativos, realizados especialmente nas áreas clínicas, e seus resultados variados podem refletir as características dos participantes, das organizações e mesmo culturais. Já os estudos sobre RM são escassos e prevalecem as opiniões de especialistas, que tomam como base os conhecimentos de outras disciplinas.

As principais dificuldades práticas estiveram relacionadas ao acesso aos participantes e, principalmente, a morosidade e baixa taxa de retorno das respostas, que se deu via *online* (formulário eletrônico). Além disso, muitos hospitais coparticipantes permitiram a realização desta pesquisa somente após a aprovação no seu respectivo comitê de ética, gerando inúmeros retrabalhos.

Como possibilidades futuras, sugere-se que sejam realizados novos estudos com gestores de enfermagem para identificar o DM com o uso da MDSN-Br; avaliar a possibilidade de definir e padronizar os intervalos que auxiliem nas análises e unificação do índice de DM, pois um fator muito frequente não significa que possui a mesma intensidade para todos os episódios; verificar a pertinência da necessidade de desenvolvimento de um instrumento que contemple uma maior quantidade de situações geradoras de DM envolvendo a gestão em multiníveis na estrutura de governança, tratando, assim, um possível viés da escala MDSN-Br; abordar a RM com a utilização de outros métodos, incluindo a avaliação de eficácia da aplicação de um conjunto de estratégias simultâneas; e, verificar a possibilidade de desenvolvimento de um instrumentos de medida da RM que possa articular com as situações desencadeadoras de DM.

As descobertas teóricas observadas em torno do DM precisam influenciar em definitivo as práticas, com o envolvimento de profissionais, organizações, academias e até mesmo das estruturas macropolíticas. Não basta saber que o sofrimento existe e que há situações que o deflagram. Este avanço pode ocorrer mediante o aprofundamento teórico-prático acerca das estratégias de RM, em um processo de construção histórico-social, guiada pelo pensamento adaptativo que visa o bem-estar moral, levando em consideração uma comunhão de valores e de responsabilidades solidárias, individuais e organizacionais, direcionados ao equilíbrio das relações entre o desejo e a ação moral.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, R.; JUDKINS-COHN, T.; DEVELASCO, R.; FORGES, E.; LEE, R.; CLARK, L.; PROCUNIER, M. Moral distress among healthcare professionals at a health system. **JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation**, v. 15, n. 3, p. 111-118, 2013.

ALLISON-NAPOLITANO, E.; PESUT, D. J. **Bounce forward: the extraordinary resilience of nurse leadership**. Silver Spring: American Nurses Association, 2015.

AMESTOY, S. C.; BACKES, V. M. S.; TRINDADE, L. L.; ÁVILA, V. C.; OLIVEIRA, A. F. L.; SILVA, C. N. Compreensão dos enfermeiros sobre o exercício da liderança no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 475-482, 2014.

ANA. American Nurses Association. **A call to action: exploring moral resilience toward a culture of ethical practice**. ANA, 2017. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4907b6/globalassets/docs/ana/ana-call-to-action--exploring-moral-resilience-final.pdf>. Acesso em: 05 out 2020.

ANA. American Nurses Association. **Code of ethics for nurses with interpretative statements**. Maryland: ANA, 2015.

ARAGÃO, O. C.; TEÓFILO, J. K. S.; NETTOI, J. J. M.; SOARES, J. S. A.; GOYANNA, N. F.; CAVALCANTE, A. E. S. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p. 66-74, 2016.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

ATHOTA, V.S.; BUDHWAR, P.; MALIK, A. Influence of Personality Traits and Moral Values on Employee Well-Being, Resilience and Performance: a cross-national study. **Applied Psychology**, v.69, n.3, p.653-685, 2020.

BADEIA, M. **Ética e profissionais de saúde**. São Paulo: Santos; 1999.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; DALMOLIN, G. L.; TOMASCHEWSKI, J. G. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; ALMEIDA, A. S.; HIRSCH, C. D. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 563-572, 2014.

BARLEM, E.L.D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 5, p. 608-615, 2015.

BARROS, R. T. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais**, v. 2, n. 1, p. 252-280, 2013.

BARTH, P. O.; RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; RENNÓ, H. M. S.; BREHMER, L. C. F.; ROCHA, J. M. Generating situations of moral distress in primary care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 72, n. 1, p. 35-42, 2019.

BELANCIERI, M. F.; BELUCI, M. L.; SILVA, D. V. R.; GASPARELO, E. A. A resiliência em trabalhadores da área da Enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 227-233, 2010.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Casa Civil, 1986.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. **Exposição de Motivos Interministerial n. 00383, de 23 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Educação e da Cultura, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: diretrizes técnicas**. v. 1, Brasília: Ministério da Educação, 2013b.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Número de Servidores Ebserh**. Brasília, 2020. Relatório fornecido via sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão e-SIC.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil: CNES recursos físicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663). Acesso em: 05 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n. 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Relatório de auditoria anual de contas**. Unidade auditada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Relatório n. 201600312. Brasília: Secretaria Federal de Controle Interno, 2015b. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/Relat%C3%B3rio+CGU+-+Auditoria+Anual+de+Contas+2015.pdf/3df25786-bb35-40da-876c-970ea4110ad5>. Acesso em: 05 out 2020.

BROWNING, A. M. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. **American Journal of Critical Care**, v. 22, n. 2, p. 143-151, 2013.

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

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

CHARLES, S. T.; CARSTENSEN, L. L. Social and emotional aging. **Annual Review Psychology**, v. 61, p. 383-409, 2010.

CHOE, K.; KANG, Y.; PARK, Y. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n. 7, p. 1684-1693, 2015.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 729-735, 2012.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 05 out 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 564, de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília: COFEN, 2017.

CONFIES. Conselho Nacional das Fundações de Apoio às Instituições de Ensino Superior e de Pesquisa Científica e Tecnológica. **As fundações de apoio e as Instituições de Ensino Superior: uma relação que precisa ser entendida pela sociedade**. 2015. Disponível em:

<http://confies.org.br/institucional/as-fundacoes-de-apoio-e-as-instituicoes-de-ensino-superior-uma-relacao-que-precisa-ser-entendida-pela-sociedade>. Acesso em: 06 out 2020.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 8, n. 2, p. 76-82, 2003.

CORLEY, M. C.; ELSWICK, R. K.; GORMAN, M.; CLOR, T. Development and evaluation of a moral distress scale. **Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 2, p. 250-256, 2001.

CORLEY, M. C.; MINICK, P.; ELSWICK, R. K.; JACOBS, M. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v. 12, n. 4, p. 381-390, 2005.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, p. 636-650, 2002.

CORTINA, A.; MARTÍNEZ NAVARRO, E. M. **Ética**. São Paulo: Editora Loyola, 2005.

COSTA, T. **Gestão contemporânea: princípios, tendências e desafios**. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2018.

DALL'AGNOL, C. M.; MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; FALK, M. L. R.; RIBOLDI, C. O.; OLIVEIRA, A. P. Motivations, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1172-1178, 2013.

DAVIS, M.; BATCHELLER, J. Managing Moral Distress in the Workplace: creating a resiliency bundle. **Nurse Leader**, 2020. In Press.

DODEK, P. M.; WONG, H.; NORENA, H.; AYAS, N.; REYNOLDS, S. C.; KEENAN, S. P.; HAMRIC, U. M.; RODNEY, P.; STEWART, H.; ALDEN, L. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, n. 1, p. 178-182, 2016.

DRAGO, L. C.; RAMOS, F. R. S.; BREHMER, L. C. F.; SILVEIRA, L. R.; BRITO, M. J. M. Nurse managers' moral suffering in a university hospital. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado É Fundamental**, v. 12, p. 1074-1080, 2020.

DYO, M.; KALOWES, P.; DEVRIES, J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 36, p. 42-48, 2016.

DZHAMBOV, A. M.; GATSEVA, P. D.; TOKMAKOVA, M. P.; ZDRAVKOV, N. G.; VLADAVA, S. V.; GENCHEVA, D. G.; IVANOVA, N. G.; KARASTANEV, K. I.; VASILEVA, E. V.; DONCHEV, A. T. Association between community noise and adiposity in patients with cardiovascular disease. **Noise Health**, v. 19, n. 91, p. 270-277, 2017.

- EARVOLINO-RAMIREZ, M. Resilience: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 2, p. 73-82, 2007.
- EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330-342, 2009.
- GANZ, F. D.; WAGNER, N.; TOREN, O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distresse. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2015.
- GAUDINE, A. P.; BEATON, M. R. Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. **The Canadian Journal of Nursing Research**, v. 34, n. 2, p. 17-34, 2002.
- GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A. G.; TREVIZAN, M. A.; GUIDO, L. A. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 8 telas, 2011.
- HALCOMB, E.; HICKMAN, L. Mixed methods research. **Nursing Standard**, v. 29, n. 32, p. 41-47, 2015.
- HAMRIC, A. B.; BORCHERS, C. T.; EPSTEIN, E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Primary Research**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.
- HJEMDAL, O.; FRIBORG, O.; STILES, T. C.; ROSENVINGE, J. H.; MARTINUSSEN, M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 13, n. 3, p. 194-201, 2006.
- HOUAISS. **Dicionário online de português**. Disponível em: [www.dicio.com.br/houaiss/](http://www.dicio.com.br/houaiss/). Acesso em: 06 out 2020.
- HOWE, A.; SMAJDOR, A.; STÖCKL, A. Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. **Medical Education**, v. 46, n. 4, p. 349-356, 2012.
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- HURLEY, W. L.; DENEGAR, C. R.; HERTEL, J. **Research methods: a framework for evidence based clinical practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing**, v. 4, n. 4, p. 542-551, 1993.
- JAMETON, A. **Nursing practice: the ethical issues**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.

KAISER, R. B.; CRAIG, S. B.; OVERFIELD, D. V.; YARBOROUGH, P. Differences in managerial jobs at the bottom, middle, and top: a review of empirical research. **The Psychologist-Manager Journal**, v. 14, n. 2, p. 76-91, 2011.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **The social psychology of organizations**. 2. ed. New York: Wiley, 1978.

KATZ, R. L. Skills of an effective administrator. **Harvard Business Review**, 1974. Disponível em: <https://hbr.org/1974/09/skills-of-an-effective-administrator>. Acesso em: 04 out 2020.

KOSKENVUORI, J.; NUMMINEN, O.; SUHONEN, R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 327-345, 2019.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LACHMAN, V. D. Moral courage: a virtue in need of development? **Medsurg Nursing**, v. 16, n. 2, p. 131-133, 2007. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4af2ed/globalassets/docs/ana/ethics/moral-couragevirtue.pdf>. Acesso em: 04 out 2020.

LACHMAN, V. D. Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue. **Medsurg Nursing**, v. 25, n. 2, p. 121-124, 2016. Disponível em: [https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25\\_2016\\_1achman.pdf](https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/moralresilience25_2016_1achman.pdf). Acesso em: 04 out 2020.

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

LANZONI, G. M. M.; MAGALHÃES, A. L. P.; COSTA, V. T.; ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S. Becoming nursing manager in the nested and complex border of caring and management dimensions. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 322-332, 2015.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001.

LORENZETTI, J.; ORO, J.; MATOS, E.; GELBCKE, F. L. Organização do trabalho em enfermagem hospitalar: abordagem de revisão de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014.

LUSIGNANI, M.; GIANNÌ, M. L.; RE, L. G.; BUFFON, M. L. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 6, p. 477-485, 2016.

- LÜTZÉN, K.; EWALDS-KVIST, B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2013.
- MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília: Publix Editora, 2010.
- MARX, K. **O capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.
- MINTZBERG, H.; RAISINGHANI, D.; THÉORËT, A. The structure of unstructured decision processes. **Administrative Science Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 246–275, 1976. Disponível em: [www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2016/04/Mintzberg.pdf](http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2016/04/Mintzberg.pdf). Acesso em: 06 out 2020.
- MINTZBERG, H. **The structuring of organizations: a synthesis of research**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.
- MITTON, C.; PEACOCK, S.; STORCH, J.; SMITH, N.; CORNELISSEN, E. Moral distress among health system managers: exploratory research in two British Columbia health authorities. **Health Care Analysis**, v. 19, n. 1, p. 107-121, 2011.
- MONTEVERDE, S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 1, p. 104-116, 2016.
- MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 3.ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.
- MORORÓ, D. D.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L.; BRAZ DA SILVA, C. M.; MENEZES, R. M. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. **Nursing Philosophy**, v. 17, n. 2, p. 75-87, 2016.

- MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A.; VANDERHEIDE, R. Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 91-102, 2015.
- NASSAR, S. M.; WRONSCKI, V. R.; OHIRA, M.; WILGES, B.; MATEUS, G. P.; TENORIO, M. B. **SEstatNet: Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. 2015. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 06 out 2020.
- OH, Y.; GASTMANS, C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 15-31, 2015.
- OSHIO, A.; KANEKO, H.; NAGAMINE, S.; NAKAYA, M. Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. **Psychological Reports**, v. 93, n. 3 (pt 2), p. 1217-1222, 2003.
- PAULY, B. M.; VARCOE, C.; STORCH, J. Framing the issues: moral distress in health care. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2012.
- PAVLISH, C.; BROWN-SALTZMAN, K.; JAKEL, P.; FINE, A. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. **Oncology Nursing Forum**, v. 41, n. 2, p. 130-140, 2014.
- PAVLISH, C.; BROWN-SALTZMAN, K.; SO, L.; WONG, J. SUPPORT: an evidence-based model for leaders addressing moral distress. **The Journal of nursing administration**, v.46, n.6, p.313-320, 2016.
- PEN. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. **Instrução Normativa 01**. Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2016.
- PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. 2018. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2018. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/333328>. Acesso em: 05 out 2020.
- PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume; 2008.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

- RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4460015, 2016a.
- RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Construction of the Brazilian Scale of Moral Distress in nurses: a methodological study. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, e0990017, 2017.
- RAMOS, F. R. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M.; VARGAS, M. A.; SCHNEIDER, D. G.; BREHMER, L. C. F. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in nurses (MDSN-Br). **Journal of Nursing Measurement**, v. 27, n. 2, p. 335-357, 2019.
- RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; SCHNEIDER, A. M. M.; CABRAL, A. S.; REINALDO, J. S. Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-13, 2016c.
- RAMOS, F. R. S.; SILVA, C. C.; MONTENEGRO, L. C.; CAÇADOR, B. S.; BARLEM, E. L. D.; BRITO, M. J. M. Experiences of moral distress in nurses' daily work. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 83, p. 1-12, 2016b.
- ROBINSON, R.; STINSON, C. K. Moral distress: a qualitative study of emergency nurses. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 35, n. 4, p. 235–240, 2016.
- RODNEY, P.; BUCKLEY, B.; STREET, A.; SERRANO, E.; MARTIN, L. A. The moral climate of nursing practice: inquiry and action. *In*: STORCH, J.; RODNEY, P.; STARZOMSKI, R. **Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice**. 2. ed. Toronto: Pearson; 2012.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.
- RUSHTON, C. H.; BATCHELLER, J.; SCHROEDER, K.; DONOHUE, P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 412-420, 2015.
- RUSHTON, C. H. Building moral resilience to neutralize moral distress. **American Nurse**, 2016. Disponível em: <https://www.myamericannurse.com/building-moral-resilience-neutralize-moral-distress>. Disponível em: <https://www.myamericannurse.com/building-moral-resilience-neutralize-moral-distress/>. Acesso em: 05 out 2020.
- RUSHTON, C. H.; CALDWELL, M.; KURTZ, M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. **The American Journal of Nursing**, v. 116, n. 7, p. 40-49, 2016.
- RUSHTON, C. H. Cultivating moral resilience: shifting the narrative from powerlessness to possibility. **American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, S. 11-15, 2017.

RUSHTON, C. H.; SCHOONOVER-SHOFFNER, K.; KENNEDY, M. S. A collaborative state of the science initiative: transforming moral distress into moral resilience in nursing. **The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, supl. 1, S2-S6, 2017.

RUSSELL, A. C. Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 44, n. 1, p. 15-24, 2012.

SALA DEFILIPPIS, T. M. L.; CURTIS, K.; GALLAGHER, A. Conceptualising moral resilience for nursing practice. **Nursing Inquiry**, v. 26, n. 3, e12291, 2019.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1024-1032, 2015.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; PEITER, C. C.; ALVES, M. P.; LIMA, S. B. S.; BACKES, V. M. S. Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03300, 2017.

SANTOS, J. L. G.; PESTANA, A. L.; GUERREIRO, P.; MEIRELLES, B. S. H.; ERDMANN, A. L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

SANTOS, T. A.; SANTOS, H. S.; SAMPAIO, E. S.; MELO, C. M. M.; SOUZA, E. A.; PIRES, C. G. S. Intensity of nursing work in public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3267, 2020.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. Moral deliberation and nursing ethics cases: elements of a methodological proposal. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 6, p. 764-776, 2012.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; CHAVES, L. D. P.; SANTOS, F. C.; LEAL, L. A. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 51, e03206, 2017.

SMITH, B. W.; DALEN, J.; WIGGINS, K.; TOOLEY, E.; CHRISTOPHER, P.; BERNARD, J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. **International Journal of Behavioural Medicine**, v. 15, p. 194-200, 2008.

SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 631-637, 2016.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T.C.C.F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

THE KING'S FUND. **Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can.** Report from the King's Fund leadership review. London: The King's Fund, 2012.

Disponível em:

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf). Acesso em: 06 out 2020.

THOMAS, T. A.; MCCULLOUGH, L. B. Resuscitations that never end: originating from unresolved integrity-related moral distress. **JAMA Pediatrics**, v. 170, n. 6, p. 521-522, 2016.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Artmed: Porto Alegre, 2017.

TRAYNOR, M. **Critical resilience for nurses: an evidence-based guide to survival and change in the modern NHS**. Oxon: Routledge, 2017.

TROMBETTA, A. P. **Distresse moral dos enfermeiros em unidade de pronto atendimento e emergências**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

TROTOCHAUD, K.; COLEMAN, J. R.; KRAWIECKI, N.; MCCRACKEN, C. Moral distress in pediatric healthcare providers. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, n. 6, p. 908-914, 2015.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WALLIS, L. Moral distress in nursing. **The American Journal of Nursing**, v. 115, n. 3, p. 19-20, 2015.

WEBER, M. **The theory of social and economic organization**. New York: University Press, 1947.

WEINZIMMER, S.; MILLER, S. M.; ZIMMERMAN, J. L.; HOOKER, J.; ISIDRO, S.; BRUCE, C. R. Critical care nurses' moral distress in end-of-life decision making. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 4, n. 6, p. 6-12, 2014.

WOODS, M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. **International nursing review**, v. 67, n. 1, p. 68-75, 2020.

YOUNG, P. D.; RUSHTON, C. H. A concept analysis of moral resilience. **Nursing Outlook**, v. 65, n. 5, p. 579-587, 2017.

ZOLLI, A.; HEALY, A. M. **Resilience: why things bounce back**. New York: Free Press, 2012.

**APÊNDICE A – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, segundo a região, UF, Cidade, IFES, Número de Leitos e Porte Hospitalar, 2020**

<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>IFES</b>	<b>Hospital</b>	<b>Cnes</b>	<b>Nº de leitos existentes</b>	<b>Porte</b>
Norte	Amazonas	Manaus	Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas	2017644	102	Pequeno
Norte	Pará	Belém	Universidade Federal do Pará	Hospital Universitário Betinna Ferro de Souza	2694751	21	Pequeno
Norte	Pará	Belém	Universidade Federal do Pará	Hospital Universitário João de Barros Barreto	2332981	306	Médio
Norte	Tocantins	Araguaína	Universidade Federal do Tocantins	Hospital de Doenças Tropicais	3654826	54	Pequeno
Nordeste	Alagoas	Maceió	Universidade Federal de Alagoas	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	2006197	244	Médio
Nordeste	Bahia	Salvador	Universidade Federal da Bahia	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	0003816	276	Médio
Nordeste	Bahia	Salvador	Universidade Federal da Bahia	Maternidade Climério de Oliveira	0004731	66	Pequeno
Nordeste	Ceará	Fortaleza	Universidade Federal do Ceará	Hospital Universitário Walter Cantídio	2561492	201	Médio
Nordeste	Ceará	Fortaleza	Universidade Federal do Ceará	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	2481286	254	Médio
Nordeste	Maranhão	São Luís	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário	2726653	494	Grande
Nordeste	Paraíba	Campina Grande	Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro	2676060	160	Pequeno
Nordeste	Paraíba	Cajazeiras	Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Júlio Bandeira	2504502	37	Pequeno
Nordeste	Paraíba	João Pessoa	Universidade Federal da Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley	2400243	249	Médio
Nordeste	Pernambuco	Recife	Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas	0000396	444	Grande
Nordeste	Pernambuco	Petrolina	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	6042414	150	Pequeno
Nordeste	Piauí	Teresina	Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário	3285391	212	Médio

<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>IFES</b>	<b>Hospital</b>	<b>Cnes</b>	<b>Nº de leitos existentes</b>	<b>Porte</b>
Nordeste	Rio Grande do Norte	Santa Cruz	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Ana Bezerra	4014111	63	Pequeno
Nordeste	Rio Grande do Norte	Natal	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Onofre Lopes	2653982	244	Médio
Nordeste	Rio Grande do Norte	Natal	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Maternidade Escola Januário Cicco	2409208	128	Pequeno
Nordeste	Sergipe	Aracaju	Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário	0002534	145	Pequeno
Nordeste	Sergipe	Lagarto	Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário Mons João Batista de Carvalho Daltro	6568343	107	Pequeno
Centro-Oeste	Distrito Federal	Brasília	Universidade de Brasília	Hospital Universitário de Brasília	0010510	223	Médio
Centro-Oeste	Goiás	Goiânia	Universidade Federal de Goiás	Hospital das Clínicas	2338424	254	Médio
Centro-Oeste	Mato Grosso	Cuiabá	Universidade Federal de Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Müller	2655411	120	Pequeno
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Dourados	Universidade Federal da Grande Dourados	Hospital Universitário	2710935	181	Pequeno
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	0009709	211	Médio
Sudeste	Espírito Santo	Vitória	Universidade Federal do Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	4044916	264	Médio
Sudeste	Minas Gerais	Juiz de Fora	Universidade Federal de Juiz de Fora	Hospital Universitário de Juiz De Fora	2218798	154	Pequeno
Sudeste	Minas Gerais	Belo Horizonte	Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas	0027049	499	Grande
Sudeste	Minas Gerais	Uberlândia	Universidade Federal de Uberlândia	Hospital de Clínicas de Uberlândia	2146355	506	Grande
Sudeste	Minas Gerais	Uberaba	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital de Clínicas	2206595	302	Médio
Sudeste	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	2295415	223	Médio
Sudeste	Rio de Janeiro	Niterói	Universidade Federal Fluminense	Hospital Universitário Antônio Pedro	0012505	244	Médio

<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>IFES</b>	<b>Hospital</b>	<b>Cnes</b>	<b>Nº de leitos existentes</b>	<b>Porte</b>
Sudeste	São Paulo	São Carlos	Universidade Federal de São Carlos	Hospital Universitário Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci	5586348	77	Pequeno
Sul	Paraná	Curitiba	Universidade Federal do Paraná	Complexo Hospital de Clínicas	2384299	684	Grande
Sul	Paraná	Curitiba	Universidade Federal do Paraná	Maternidade Vitor do Amaral	2640244	53	Pequeno
Sul	Rio Grande do Sul	Pelotas	Universidade Federal de Pelotas	Hospital Escola	2252694	209	Médio
Sul	Rio Grande do Sul	Rio Grande	Universidade Federal do Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	2707675	236	Médio
Sul	Rio Grande do Sul	Santa Maria	Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria	2244306	380	Médio
Sul	Santa Catarina	Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago	3157245	228	Médio
<b>Total</b>						<b>9005</b>	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Dados janeiro 2020 (BRASIL, 2008).

**APÊNDICE B – Quantitativo de empregados/servidores da Rede Ebserh, junho de 2020**

<b>Hospital</b>	<b>Descrição</b>	<b>Regime Jurídico Único (ativos)</b>	<b>Ebserh</b>	<b>Fundacionais</b>	<b>Total</b>	<b>N leitos (*)</b>	<b>Relação profissionais/leitos</b>
HC-UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	1083	603	0	1686	254	6,6
HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília	667	1426	0	2093	223	9,4
HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Müller	389	437	0	826	120	6,9
HUMAP-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	644	940	0	1584	211	7,5
HU-UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados	461	675	0	1136	181	6,3
CH-UFC	Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Ceará (Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand)	1251	1920	0	3171	455	7,0
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	1339	1002	0	2341	444	5,3
HUAB-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra	84	375	0	459	63	7,3
HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro	484	468	0	952	160	6,0
HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira	3	284	0	287	37	7,8
HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto	410	646	0	1056	107	9,9
HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley	910	1182	0	2092	249	8,4
HUOL-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes	599	1244	0	1843	244	7,6
HUPAA-UFAL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	584	803	0	1387	244	5,7
HUPES-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	875	1536	0	2411	276	8,7
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	1179	1929	0	3108	494	6,3
HU-UFPI	Hospital Universitário do Piauí	67	1227	0	1294	212	6,1

<b>Hospital</b>	<b>Descrição</b>	<b>Regime Jurídico Único (ativos)</b>	<b>Ebserh</b>	<b>Fundacionais</b>	<b>Total</b>	<b>N leitos (*)</b>	<b>Relação profissionais/leitos</b>
HU-UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	373	1172	0	1545	145	10,7
HU-UNIVASF	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	152	690	0	842	150	5,6
MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira	223	590	0	813	66	12,3
MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco	253	572	0	825	128	6,4
CHU-UFPA	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (Hospital Universitário Betinna Ferro de Souza e Hospital Universitário João de Barros Barreto)	867	841	0	1708	327	5,2
HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais	0	256	0	256	54	4,7
HUGV-UFAM	Hospital Universitário Getúlio Vargas	540	409	0	949	102	9,3
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	1469	1724	0	3193	499	6,4
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	883	1024	0	1907	302	6,3
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	1321	0	1370	2691	506	5,3
HUAP-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro	1276	440	0	1716	244	7,0
HUCAM-UFES	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	770	1019	0	1789	264	6,8
HUGG-UNIRIO	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	853	503	0	1356	223	6,1
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	367	1033	0	1400	154	9,1
HU-UFSCAR	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos	0	316	0	316	77	4,1
CHC-UFPR	Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral)	1821	1596	25	3442	737	4,7
HE-UFPEl	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	307	837	0	1144	209	5,5

<b>Hospital</b>	<b>Descrição</b>	<b>Regime Jurídico Único (ativos)</b>	<b>Ebserh</b>	<b>Fundacionais</b>	<b>Total</b>	<b>N leitos (*)</b>	<b>Relação profissionais/leitos</b>
HU-FURG	Hospital Universitário Doutor Miguel Riet Corrêa Junior	437	668	0	1105	236	4,7
HUSC-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	1231	544	0	1775	228	7,8
HUSM-UFSC	Hospital Universitário de Santa Maria	1053	869	0	1922	380	5,1
<b>Total Geral</b>		<b>25.225</b>	<b>31.800</b>	<b>1.395</b>	<b>58.420</b>	<b>9005</b>	<b>6,5</b>

(\*) Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil: consulta estabelecimento. Dados janeiro de 2020 (BRASIL, 2008)

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-Sede (BRASIL, 2020)

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**  
**Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade / Florianópolis/SC CEP**  
**88040-900**  
**Tel: + 55 (48) 3721-4910 | Fax: +55 (48) 3721-9921**  
**Contato: ppgen@contato.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sou discente, em nível de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa intitulada “Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais universitários federais”, que tem como finalidade analisar o comportamento do distresse moral em diferentes níveis de gestão em enfermagem e as estratégias de resiliência moral em gestores de enfermagem em hospitais universitários federais sob a gestão da Ebserh.

Na primeira fase do estudo, a sua participação está relacionada a responder um instrumento estruturado com perguntas fechadas (tempo estimado: 20 minutos). Caso for selecionado para a segunda fase, a sua participação estará relacionada a responder um instrumento estruturado com três perguntas abertas (tempo estimado: 20 minutos):

- a) Fase 1 (Perguntas fechadas):** aborda o processo de distresse moral (também traduzido como angústia ou sofrimento moral): reconhecido como uma experiência ou situação em que você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho, ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais. Assim, diante da **Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (RAMOS *et al.*, 2019)**, você se deparará com questões indicando as situações preditoras de sofrimento moral em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente).

**Caso aceite em participar do estudo, solicitamos, se possível, um prazo máximo de 30 dias para a devolução do instrumento preenchido.**

- b) Fase 2 (Perguntas abertas):** aborda as estratégias de resiliência moral (mecanismos de proteção e estratégias de enfrentamento diante do sofrimento moral). Neste caso, você será convidado a contribuir com as suas percepções, experiências e vivências decorrentes da sua função atual, como gestor em enfermagem na instituição.

**Caso for selecionado (sorteado) para participar da segunda fase do estudo, solicitamos, se possível, um prazo máximo de 30 dias para a devolução do instrumento preenchido.**

Durante todo o seu desenvolvimento, a pesquisa obedecerá aos aspectos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ao participar deste estudo você permitirá que o pesquisador utilize as informações para finalidades estritamente científicas e acadêmicas, estando assegurado a manutenção do sigilo e da sua privacidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive garantindo o seu anonimato (individual e institucional) de forma permanente, embora sempre haja o risco de quebra de sigilo involuntária e não intencional. A sua participação é voluntária. Você tem a plena liberdade de se recusar a participar ou a retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Esta pesquisa não realiza intervenção ou modificação intencional nas dimensões fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes. Porém, em caso de desconfortos e ou constrangimentos (físico, moral, intelectual, cultural, social ou espiritual) relacionados ao processo de coleta de dados ou dos resultados gerados, e que venha a ser constatado algum dano pessoal, poderá entrar em contato com os pesquisadores para então providenciar o suporte necessário nas instituições de origem ou mesmo em outras unidades de saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e as orientadoras terão conhecimento dos dados. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos. Ainda, ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto e nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação, mas os pesquisadores asseguram seu direito a ressarcimento caso haja despesas comprovadamente decorrentes da pesquisa e direito a indenização, de acordo com a legislação, em virtude de dano originado pela pesquisa. Como benefícios indiretos, esperamos que este estudo possa contribuir no (re)conhecimento do impacto do distresse moral entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos hospitais universitários, bem como identificar as suas estratégias de enfrentamentos, no intuito de instrumentalizá-los e auxiliá-los no desenvolvimento de boas práticas de gestão em enfermagem, na promoção de uma consciência moral resiliente, na construção e preservação de um clima ético e de relações de trabalho e sócio humanas mais saudáveis.

Gostaríamos de contar com a sua participação e desde já agradecemos a sua atenção.

Pesquisadores:

Enf<sup>o</sup> Michel Maximiano Faraco.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Francine Lima Gelbcke,

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Cavalcanti de Farias Brehmer

Em caso de necessidade contate o pesquisador: no fone/whatsapp (48) 9 9905-6236 ou e-mail [michelfaraco@yahoo.com.br]. Endereço: Avenida Luiz Boitex Piazza, nº3330, Cachoeira do Bom Jesus, Florianópolis, SC, Brasil. Cep 88056-000.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094 ou cep.propesq@contato.ufsc.br

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu....., fui esclarecido sobre a pesquisa: “Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais universitários federais”. Além disso li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação na pesquisa e eu, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, voluntariamente concordo em participar das duas etapas do estudo como respondente.

**Favor preencher o seu nome completo e retornar para este e-mail (michelfaraco@yahoo.com.br). Isso caracterizará seu livre manifesto e concordância em participar deste estudo.**

**Atenção: Os dados coletados nesta pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador principal por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador fará o descarte dos dados de acordo com a legislação vigente. Portanto, sugerimos que mantenha consigo uma via deste TCLE por até 5 (cinco) anos.**

**APÊNDICE D – Resiliência Moral: instrumento de coleta de dados qualitativos**

<b>Hospital Universitário:</b>
<b>Nome:</b>
<p><b>DISTRESSE MORAL</b> (também traduzido como angústia ou sofrimento moral) é uma experiência ou situação em que você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho. Ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais (JAMETON, 1984; CORLEY, 2002).</p> <p>O sofrimento moral pode mobilizar algumas estratégias de enfrentamentos, que são passíveis de serem alcançadas através do cultivo da <b>RESILIÊNCIA MORAL</b>, definida como:</p> <p>A capacidade e a vontade de uma pessoa sustentar, restaurar ou potencializar sua integridade em resposta à uma complexidade moral, aos problemas, aflições ou adversidades de natureza ético-moral. Pode ser entendida também como uma capacidade de se recuperar depois de uma situação moralmente angustiante (LACHMAN, 2016; RUSHTON, 2016; SALA DEFILIPPIS; CURTIS; GALLAGHER, 2019).</p> <p>Diante da situação apresentada, responda:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Quando você vivencia uma situação de sofrimento moral, quais as suas estratégias adotadas para minimizar este sofrimento?</li><li>2) Como a sua instituição poderia contribuir para o desenvolvimento da resiliência moral nos ambientes e nas relações de trabalho?</li></ol>

## APÊNDICE E – Solicitação de autorização da instituição

### **De: Michel Maximiano Faraco**

Enfermeiro, discente, em nível de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **Para: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)**

Solicito a Vossa Senhoria autorização para realizar uma pesquisa intitulada “Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais universitários federais”, que tem como finalidade analisar o distresse moral em diferentes níveis de gestão em enfermagem e as estratégias de resiliência moral em gestores de enfermagem em hospitais universitários federais sob a gestão da Ebserh. Trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, com delineamento transversal e exploratório-descritivo, respectivamente.

Na primeira fase do estudo, a participação dos gestores de enfermagem está em responder um questionário *online* (tempo estimado: 20 minutos). Caso selecionado para a segunda fase, o gestor será convidado a responder um instrumento estruturado *online* com três perguntas abertas (tempo estimado: 20 minutos):

- a) Fase 1 (etapa quantitativa):** aborda o processo de distresse moral (também traduzido como angústia ou sofrimento moral): reconhecida como uma experiência ou situação em que se sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e acredita-se que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho, ou seja, não se consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais. Assim, diante da **Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros ou MDSN-Br** (RAMOS *et al.*, 2019), o gestor se deparará com questões indicando as situações preditoras de sofrimento moral em uma dupla Escala Likert de 0 a 6, para frequência e intensidade (0 = nunca, até 6 = muito frequente; e 0 = nenhum, até 06 = muito intenso; respectivamente).
- b) Fase 2 (etapa qualitativa):** aborda as estratégias de resiliência moral (mecanismos de proteção e estratégias de enfrentamento frente ao sofrimento moral). Neste caso, o gestor será convidado a contribuir com as suas percepções, experiências e vivências decorrentes da sua função atual, como gestor em enfermagem na instituição.

Os instrumentos de coleta de dados encontram-se disponíveis no Projeto em anexo (p.55 e 58). Um quadro-resumo da estratégia metodológica é apresentada na p.64.

Esperamos que este estudo possa contribuir no (re)conhecimento do impacto do distresse moral entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos hospitais universitários, bem como identificar as suas estratégias de enfrentamentos, no intuito de instrumentalizá-los e auxiliá-los no desenvolvimento de boas práticas de gestão em enfermagem, na promoção de uma consciência moral resiliente, na construção e preservação de um clima ético e de relações sócio humanas mais saudáveis.

Durante todo o seu desenvolvimento, a pesquisa obedecerá aos aspectos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ao autorizar a realização desta pesquisa o hospital ou a Sede não terá nenhum benefício direto, bem como

nenhum tipo de despesa pela sua contribuição. Os custos deste projeto serão subsidiados pelos próprios pesquisadores e não requer qualquer tipo de recurso da instituição.

O pesquisador assume o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, obtidos com os dados do hospital, à GEP, ao dirigente da instituição ou ao representante por ele designado, bem como se responsabiliza em entregar à Gerência de Ensino e Pesquisa, uma cópia do Parecer de Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, antes do efetivo início do projeto.

Além do Projeto, encontra-se em anexo a Declaração de autorização em formato editável. Caso a autorização seja concedida, favor completar com as informações nominais específicas, imprimir, assinar e retornar escaneado para este e-mail ou mesmo via whatsapp em formato de imagem (foto).

Atenciosamente,

Pesquisadores:

Enf<sup>o</sup> Michel Maximiano Faraco.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup> Francine Lima Gelbcke,

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Cavalcanti de Farias Brehmer

Em caso de necessidade contate o pesquisador responsável: no fone/whatsapp (48) 9 9905-6236 ou e-mail [michelfaraco@yahoo.com.br]. Endereço: Avenida Luiz Boitex Piazza, nº3330, Cachoeira do Bom Jesus, Florianópolis, SC, Brasil. Cep 88056-000.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094 ou cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE [FAVOR DESCRIVER]  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
[ENDEREÇO FAVOR DESCRIVER]  
[TELEFONE FAVOR DESCRIVER]

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais universitários federais” e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEPSH da Universidade Federal de Santa Catarina.

[CIDADE:    /    /2019.]

---

[NOME E ASSINATURA]  
Gerente de Ensino e Pesquisa

**APÊNDICE F – Dados do parecer consubstanciado de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das instituições coparticipantes**

<b>CEP/INSTITUIÇÃO</b>	<b>Parecer (Aprovados)</b>	<b>CAAE</b>
Complexo Hospital das Clínicas/UFPR (incluindo a MVFA)	3.980.215 Vs4	15320119.6.3013.0096
UFTM - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - HC/UFTM	3.776.312 Vs3	15320119.6.3028.8667
UFPEL - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	3.664.188 Vs1	15320119.6.3024.5317
UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD-MS	3.655.351 Vs1	15320119.6.3001.5160
UFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA	3.824.004 Vs2	15320119.6.3014.5086
UFRN - Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - HUOL/UFRN	3.616.978 Vs1	15320119.6.3036.5292
UFPB - Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba	3.707.463 Vs3	15320119.6.3032.5183
Universidade Federal de Minas Gerais/HC-UFMG	3.615.926 Vs1	15320119.6.3017.5149
UFG - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	3.650.254 Vs1	15320119.6.3019.5078
UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos	3.570.148 Vs1	15320119.6.3034.5504
Universidade Federal de Alagoas	3.692.327 Vs1	15320119.6.3004.5013

**APÊNDICE G** – Análise descritiva dos itens da MDSN-Br e seus fatores entre os grupos de enfermeiros gestores, HUF/Ebserh, set-mai, 2020

Variáveis	DE		GE		Geral	
	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade
	Média (DP)					
<b>Fator 1: Reconhecimento, poder e identidade profissional</b>						
14 Sentir-se discriminado por/em relação a outros profissionais	1,63 (1,70)	1,81 (1,97)	2,84 (1,85)	3,20 (2,06)	2,53 (1,88)	2,85 (2,12)
15 Sentir-se desvalorizado em relação a outros profissionais	1,56 (1,64)	1,97 (2,09)	2,96 (1,83)	3,37 (1,92)	2,60 (1,88)	3,02 (2,05)
16 Executar ações que não são inerentes à sua função	2,97 (1,99)	3,00 (2,34)	3,32 (1,80)	3,65 (1,88)	3,23 (1,85)	3,48 (2,02)
34 Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem	2,53 (1,98)	3,25 (2,31)	3,48 (1,76)	4,06 (1,82)	3,24 (1,86)	3,86 (1,98)
35 Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde	3,31 (1,55)	3,50 (1,87)	3,84 (1,48)	4,32 (1,53)	3,71 (1,51)	4,11 (1,66)
36 Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	3,41 (1,93)	3,63 (2,04)	4,00 (1,70)	4,23 (1,69)	3,85 (1,78)	4,08 (1,80)
37 Reconhecer situações de ofensa ao profissional	2,28 (1,46)	3,00 (1,98)	3,20 (1,79)	3,73 (1,91)	2,97 (1,75)	3,55 (1,95)
38 Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional	1,88 (1,60)	2,59 (2,11)	3,04 (1,93)	3,51 (1,94)	2,75 (1,91)	3,28 (2,02)
40 Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos	1,19 (1,26)	1,72 (2,00)	2,69 (1,95)	3,32 (2,15)	2,31 (1,91)	2,91 (2,22)
41 Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos	1,81 (1,47)	2,47 (1,98)	2,87 (1,88)	3,53 (2,07)	2,60 (1,84)	3,26 (2,09)
43 Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir	1,47 (1,63)	2,00 (2,03)	3,33 (1,77)	3,94 (1,85)	2,86 (1,91)	3,44 (2,07)
<b>Fator 2: Cuidado seguro e qualificado</b>						
23 Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	3,41 (1,93)	3,84 (1,90)	3,89 (1,71)	4,17 (1,74)	3,77 (1,77)	4,09 (1,78)
24 Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado	2,88 (1,68)	3,56 (2,08)	3,47 (1,84)	3,87 (1,76)	3,32 (1,81)	3,79 (1,84)
25 Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	3,38 (1,72)	3,97 (1,89)	3,70 (1,58)	4,13 (1,64)	3,62 (1,61)	4,09 (1,70)
26 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais	3,75 (1,57)	4,09 (1,65)	4,06 (1,49)	4,33 (1,53)	3,98 (1,51)	4,27 (1,56)
27 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do atendimento	2,47 (1,80)	3,06 (2,21)	3,01 (1,66)	3,53 (1,76)	2,87 (1,71)	3,41 (1,89)

Variáveis	DE		GE		Geral		
	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
28	Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	3,16 (1,35)	3,59 (1,66)	3,66 (1,51)	3,98 (1,45)	3,53 (1,48)	3,88 (1,51)
29	Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas	2,81 (1,65)	3,44 (1,98)	3,21 (1,69)	3,74 (1,76)	3,11 (1,68)	3,67 (1,82)
30	Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional	2,69 (1,62)	3,44 (1,83)	3,62 (1,56)	4,00 (1,65)	3,38 (1,62)	3,86 (1,71)
31	Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente	2,97 (1,56)	3,78 (1,86)	3,59 (1,60)	4,15 (1,73)	3,43 (1,60)	4,06 (1,76)
32	Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do familiar/acompanhante	2,69 (1,40)	3,47 (1,68)	3,29 (1,66)	3,68 (1,67)	3,13 (1,62)	3,63 (1,67)
33	Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores	3,47 (1,61)	4,09 (1,87)	3,80 (1,42)	4,29 (1,46)	3,71 (1,47)	4,24 (1,57)
<b>Fator 3: Defesa de valores e direitos</b>							
39	Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes	1,50 (1,52)	1,81 (1,94)	2,87 (1,90)	3,27 (1,98)	2,52 (1,90)	2,90 (2,06)
42	Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição	0,28 (0,77)	0,84 (1,71)	2,48 (2,20)	3,05 (2,30)	1,92 (2,16)	2,49 (2,36)
44	Sentir-se impotente para defender autonomia do paciente	1,34 (1,36)	1,94 (1,97)	3,16 (1,69)	3,66 (1,74)	2,70 (1,79)	3,22 (1,94)
45	Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário	1,28 (1,30)	2,50 (2,33)	2,65 (1,86)	3,45 (2,01)	2,30 (1,83)	3,21 (2,13)
46	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade	1,44 (1,34)	2,41 (2,05)	2,91 (1,83)	3,53 (1,92)	2,54 (1,83)	3,25 (2,00)
47	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo	0,81 (1,06)	1,63 (2,00)	2,63 (2,01)	3,28 (2,04)	2,17 (1,97)	2,86 (2,15)
48	Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação	1,19 (1,23)	1,88 (2,03)	2,95 (1,87)	3,47 (1,85)	2,50 (1,89)	3,06 (2,01)
49	Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social	0,72 (0,99)	1,53 (1,95)	2,47 (1,82)	3,13 (2,01)	2,02 (1,81)	2,72 (2,10)
<b>Fator 4: Condições de trabalho</b>							
8	Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes	3,09 (1,77)	3,25 (1,88)	3,55 (1,66)	3,76 (1,78)	3,44 (1,69)	3,63 (1,81)
9	Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados	2,53 (1,44)	3,06 (1,63)	3,22 (1,61)	3,46 (1,64)	3,05 (1,59)	3,36 (1,64)

Variáveis	DE		GE		Geral	
	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade	Frequência	Intensidade
	Média (DP)					
10 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes	2,97 (1,64)	3,28 (1,85)	3,44 (1,71)	3,68 (1,80)	3,32 (1,70)	3,58 (1,81)
11 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados	2,41 (1,34)	2,84 (1,61)	3,22 (1,63)	3,46 (1,70)	3,02 (1,59)	3,30 (1,69)
12 Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente	3,75 (1,74)	3,72 (1,82)	4,03 (1,73)	4,26 (1,65)	3,96 (1,73)	4,12 (1,70)
13 Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada	3,59 (1,92)	3,59 (1,98)	4,00 (1,73)	4,24 (1,60)	3,90 (1,78)	4,08 (1,72)
<b>Fator 5: Infrações éticas</b>						
17 Vivenciar a omissão por parte do médico	2,09 (1,69)	2,84 (2,13)	3,28 (1,62)	3,91 (1,70)	2,98 (1,71)	3,64 (1,87)
18 Vivenciar a imprudência por parte do médico	1,53 (1,29)	2,41 (2,23)	3,11 (1,63)	3,73 (1,79)	2,71 (1,69)	3,40 (1,99)
19 Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro	2,25 (1,68)	3,13 (2,25)	3,12 (1,70)	3,82 (1,86)	2,90 (1,73)	3,64 (1,98)
20 Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro	1,94 (1,52)	3,19 (2,25)	2,94 (1,72)	3,56 (1,87)	2,68 (1,72)	3,47 (1,97)
21 Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias	1,94 (1,44)	2,59 (1,92)	2,90 (1,63)	3,55 (1,70)	2,66 (1,64)	3,31 (1,80)
22 Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias	1,63 (1,21)	2,41 (1,90)	2,78 (1,69)	3,46 (1,76)	2,48 (1,66)	3,19 (1,84)
<b>Fator 6: Equipe de trabalho</b>						
1 Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	4,38 (1,52)	4,16 (1,65)	4,29 (1,53)	4,35 (1,44)	4,31 (1,52)	4,30 (1,49)
2 Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta	3,97 (1,77)	3,56 (1,78)	3,80 (1,64)	3,80 (1,64)	3,84 (1,67)	3,74 (1,67)
3 Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	4,31 (1,67)	4,16 (1,78)	4,28 (1,43)	4,31 (1,44)	4,29 (1,49)	4,27 (1,53)
4 Trabalhar com médicos despreparados	3,00 (1,52)	3,50 (1,83)	3,51 (1,55)	3,90 (1,64)	3,38 (1,55)	3,80 (1,69)
5 Trabalhar com enfermeiros despreparados	3,38 (1,56)	3,84 (1,94)	3,69 (1,50)	4,06 (1,58)	3,61 (1,51)	4,01 (1,67)
6 Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	3,53 (1,67)	3,97 (1,80)	3,49 (1,60)	3,80 (1,66)	3,50 (1,61)	3,84 (1,69)
7 Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados	3,09 (1,55)	3,25 (1,83)	3,44 (1,54)	3,67 (1,53)	3,35 (1,55)	3,56 (1,62)

Fonte: o autor.

**APÊNDICE H** – Tabelas de interações entre grupo e variáveis sociodemográficas e laborais representando as médias dos fatores de distresse moral para intensidade, HUF/Ebserh, dez-mar, 2020

**Fator 1: Reconhecimento, poder e identidade profissional**

Variáveis		Enfermeiros Gestores		Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
		DE	GE				
		média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]			
Porte do HUF	Pequeno	2,31 [1,62; 3,00]	2,91 [2,48; 3,34]	2,61 [2,20; 3,02]	0,000	0,001	0,380
	Médio	2,71 [1,97; 3,46]	4,05 [3,63; 4,46]	3,38 [2,95; 3,81]			
	Grande	3,57 [2,23; 4,91]	5,06 [4,32; 5,81]	4,32 [3,55; 5,08]			
	Total	2,86 [2,30; 3,42]	4,01 [3,69; 4,32]				
Região	Norte	2,20 [0,79; 3,62]	2,74 [1,88; 3,59]	2,47 [1,64; 3,30]	0,037	0,027	0,150
	Nordeste	2,47 [1,72; 3,23]	3,57 [3,11; 4,03]	3,02 [2,58; 3,47]			
	Sudeste	3,38 [2,30; 4,45]	4,51 [3,84; 5,18]	3,94 [3,31; 4,58]			
	Sul	1,73 [0,46; 3,00]	4,02 [3,38; 4,65]	2,87 [2,16; 3,58]			
	Centro-Oeste	4,23 [2,22; 6,23]	3,13 [2,06; 4,20]	3,68 [2,54; 4,82]			
	Total	2,80 [2,19; 3,41]	3,59 [3,25; 3,94]				
Idade	20 - 39	3,79 [2,61; 4,97]	3,70 [3,34; 4,05]	3,74 [3,13; 4,36]	0,036	0,099	0,257
	40 - 49	3,39 [2,36; 4,41]	3,88 [3,26; 4,49]	3,63 [3,03; 4,23]			
	50 ou +	1,91 [1,23; 2,59]	3,35 [2,17; 4,53]	2,63 [1,95; 3,31]			
	Total	3,03 [2,46; 3,60]	3,64 [3,18; 4,10]				
Sexo	Masculino	4,00 [2,29; 5,71]	3,34 [2,22; 4,45]	3,67 [2,65; 4,69]	0,309	0,582	0,078
	Feminino	2,49 [1,94; 3,04]	3,75 [3,43; 4,06]	3,12 [2,80; 3,43]			
	Total	3,24 [2,35; 4,14]	3,54 [2,96; 4,12]				
Tempo de Formação	até 10 anos	2,45 [-0,50; 5,41]	3,77 [3,26; 4,28]	3,11 [1,61; 4,61]	0,307	0,145	0,194
	11 - 15 anos	3,68 [2,48; 4,89]	3,71 [3,22; 4,21]	3,70 [3,05; 4,35]			
	16 - 20 anos	3,64 [2,16; 5,11]	3,53 [2,68; 4,38]	3,58 [2,73; 4,44]			
	>20 anos	2,15 [1,50; 2,79]	3,75 [2,90; 4,60]	2,95 [2,41; 3,48]			
	Total	2,98 [2,09; 3,87]	3,69 [3,34; 4,04]				
Formação complementar	Especialização/Residência	2,55 [1,72; 3,39]	3,60 [3,16; 4,04]	3,08 [2,60; 3,55]	0,750	0,001	0,770
	Mestrado	2,94 [1,88; 4,01]	3,78 [3,28; 4,28]	3,36 [2,78; 3,95]			
	Doutorado/Pós-doutorado	2,50 [1,59; 3,40]	3,95 [3,09; 4,82]	3,23 [2,60; 3,85]			

Variáveis		Enfermeiros Gestores		Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
		DE	GE				
		média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]			
Formação na área de gestão	Total	2,66 [2,12; 3,21]	3,78 [3,41; 4,14]				
	Sim	2,43 [1,81; 3,04]	3,19 [2,69; 3,68]	2,81 [2,41; 3,20]	0,022	0,009	0,789
	Não	3,08 [2,17; 4,00]	4,02 [3,64; 4,39]	3,55 [3,05; 4,04]			
Tempo de Atuação	Total	2,75 [2,20; 3,31]	3,60 [3,29; 3,91]				
	até 10 anos	1,33 [0,01; 2,65]	3,77 [3,29; 4,25]	2,55 [1,85; 3,25]	0,112	0,000	0,086
	11 - 15 anos	3,24 [2,20; 4,28]	3,79 [3,30; 4,28]	3,52 [2,94; 4,09]			
	>= 16 anos	2,72 [2,04; 3,39]	3,47 [2,81; 4,13]	3,09 [2,62; 3,57]			
Tempo de experiência em gestão	Total	2,43 [1,82; 3,03]	3,68 [3,36; 3,99]				
	< 5 anos	3,36 [1,89; 4,83]	3,71 [3,33; 4,08]	3,53 [2,78; 4,29]	0,147	0,028	0,366
	6 - 10 anos	2,46 [1,53; 3,39]	3,74 [3,04; 4,43]	3,10 [2,52; 3,68]			
	11 a 15 anos	3,89 [2,69; 5,09]	3,89 [2,85; 4,93]	3,89 [3,10; 4,68]			
	>=16 anos	1,89 [1,05; 2,74]	3,53 [2,33; 4,73]	2,71 [1,98; 3,45]			
Tempo de experiência na Função	Total	2,90 [2,33; 3,47]	3,71 [3,27; 4,16]				
	<1 ano	2,45 [0,76; 4,15]	2,93 [2,27; 3,58]	2,69 [1,78; 3,60]	0,629	0,003	0,540
	1 a 5 anos	2,79 [2,08; 3,50]	3,88 [3,50; 4,27]	3,34 [2,93; 3,74]			
	6 a 10 anos	2,26 [1,06; 3,46]	4,37 [3,44; 5,30]	3,32 [2,56; 4,07]			
	>=11 anos	2,64 [1,44; 3,83]	3,65 [2,45; 4,85]	3,14 [2,30; 3,99]			
Número de vínculos	Total	2,53 [1,91; 3,16]	3,71 [3,28; 4,13]				
	1 vínculo	2,47 [1,88; 3,07]	3,77 [3,42; 4,12]	3,12 [2,78; 3,47]	0,501	0,027	0,201
	2 ou 3 vínculos	3,19 [2,07; 4,32]	3,55 [2,93; 4,17]	3,37 [2,73; 4,01]			
Tipo de vínculo	Total	2,83 [2,20; 3,47]	3,66 [3,30; 4,01]				
	Estatutária	2,65 [2,13; 3,17]	4,40 [4,00; 4,81]	3,53 [3,20; 3,86]	0,059	0,004	0,145
	Celetista	2,48 [1,10; 3,85]	3,06 [2,66; 3,45]	2,77 [2,05; 3,48]			
Carga horária de trabalho semanal	Total	2,56 [1,83; 3,30]	3,73 [3,45; 4,01]				
	até 40 horas	2,51 [1,79; 3,22]	3,58 [3,24; 3,92]	3,04 [2,65; 3,44]	0,160	0,000	0,541
	>=40 horas	2,77 [2,01; 3,53]	4,24 [3,57; 4,92]	3,51 [3,00; 4,02]			
	Total	2,64 [2,12; 3,16]	3,91 [3,53; 4,29]				

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

**Fator 2 - Cuidado seguro e qualificado**

Variáveis		Enfermeiros Gestores		Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
		DE	GE				
		média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]			
Porte do HUF	Pequeno	3,08 [2,44; 3,73]	3,28 [2,88; 3,69]	3,18 [2,80; 3,56]	0,000	0,265	0,872
	Médio	4,08 [3,38; 4,77]	4,29 [3,90; 4,67]	4,18 [3,79; 4,58]			
	Grande	4,52 [3,27; 5,77]	5,13 [4,44; 5,83]	4,83 [4,11; 5,54]			
	Total	3,89 [3,37; 4,42]	4,24 [3,94; 4,53]				
Região	Norte	3,52 [2,19; 4,85]	2,85 [2,05; 3,65]	3,19 [2,41; 3,96]	0,240	0,987	0,163
	Nordeste	3,52 [2,81; 4,23]	3,90 [3,47; 4,33]	3,71 [3,29; 4,13]			
	Sudeste	3,99 [2,98; 4,99]	4,55 [3,92; 5,17]	4,27 [3,67; 4,86]			
	Sul	3,24 [2,05; 4,43]	4,48 [3,89; 5,08]	3,86 [3,19; 4,52]			
	Centro-Oeste	4,95 [3,07; 6,84]	3,42 [2,41; 4,42]	4,19 [3,12; 5,25]			
	Total	3,84 [3,27; 4,42]	3,84 [3,52; 4,16]				
Idade	20 – 39	4,06 [2,92; 5,20]	3,95 [3,60; 4,29]	4,00 [3,41; 4,60]	0,532	0,655	0,821
	40 – 49	4,01 [3,03; 5,00]	4,15 [3,56; 4,75]	4,08 [3,51; 4,66]			
	50 ou +	3,38 [2,73; 4,04]	3,83 [2,70; 4,97]	3,61 [2,95; 4,27]			
	Total	3,82 [3,27; 4,37]	3,98 [3,54; 4,42]				
Sexo	Masculino	4,21 [2,62; 5,80]	3,17 [2,13; 4,21]	3,69 [2,74; 4,64]	0,777	0,551	0,142
	Feminino	3,61 [3,10; 4,12]	4,05 [3,76; 4,35]	3,83 [3,54; 4,13]			
Tempo de Formação	até 10 anos	3,09 [0,27; 5,92]	3,95 [3,46; 4,43]	3,52 [2,09; 4,95]	0,838	0,477	0,957
	11 - 15 anos	3,97 [2,82; 5,12]	4,06 [3,59; 4,53]	4,01 [3,39; 4,64]			
	16 - 20 anos	3,95 [2,54; 5,37]	4,01 [3,19; 4,82]	3,98 [3,17; 4,80]			
	>20 anos	3,55 [2,94; 4,17]	3,88 [3,06; 4,69]	3,72 [3,21; 4,23]			
	Total	3,64 [2,79; 4,50]	3,97 [3,64; 4,31]				
Formação complementar	Especialização/Residência	3,95 [3,19; 4,72]	3,87 [3,46; 4,27]	3,91 [3,48; 4,34]	0,366	0,277	0,245
	Mestrado	4,11 [3,14; 5,09]	4,11 [3,65; 4,57]	4,11 [3,57; 4,65]			
	Doutorado/Pós-doutorado	3,01 [2,18; 3,84]	4,09 [3,29; 4,89]	3,55 [2,97; 4,13]			
	Total	3,69 [3,19; 4,19]	4,02 [3,69; 4,36]				
Formação na área de gestão	Sim	3,38 [2,80; 3,96]	3,67 [3,20; 4,14]	3,53 [3,15; 3,90]	0,020	0,792	0,484
	Não	4,30 [3,44; 5,16]	4,17 [3,82; 4,52]	4,23 [3,77; 4,70]			
	Total	3,84 [3,32; 4,36]	3,92 [3,63; 4,21]				
Tempo de Atuação	até 10 anos	2,29 [1,07; 3,51]	3,97 [3,52; 4,41]	3,13 [2,48; 3,78]	0,124	0,048	0,041
	11 - 15 anos	3,59 [2,63; 4,55]	4,15 [3,69; 4,60]	3,87 [3,34; 4,40]			

Variáveis	Enfermeiros Gestores			Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
	DE	GE					
	média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]				
Tempo de experiência em gestão	>= 16 anos	4,06 [3,44; 4,69]	3,74 [3,13; 4,35]	3,90 [3,47; 4,34]	0,081	0,643	0,156
	Total	3,31 [2,76; 3,87]	3,95 [3,66; 4,25]				
	< 5 anos	3,80 [2,44; 5,15]	3,97 [3,62; 4,31]	3,88 [3,18; 4,58]			
	6 - 10 anos	2,95 [2,10; 3,81]	4,03 [3,38; 4,67]	3,49 [2,95; 4,03]			
	11 a 15 anos	5,18 [4,07; 6,29]	4,15 [3,19; 5,11]	4,66 [3,93; 5,40]			
Tempo de experiência na Função	>=16 anos	3,46 [2,68; 4,25]	3,88 [2,77; 4,99]	3,67 [2,99; 4,35]	0,964	0,367	0,077
	Total	3,85 [3,32; 4,37]	4,00 [3,60; 4,41]				
	<1 ano	4,30 [2,74; 5,86]	3,25 [2,65; 3,85]	3,78 [2,94; 4,61]			
	1 a 5 anos	3,78 [3,13; 4,44]	4,12 [3,77; 4,48]	3,95 [3,58; 4,32]			
	6 a 10 anos	2,88 [1,78; 3,98]	4,68 [3,83; 5,54]	3,78 [3,08; 4,48]			
Número de vínculos	>=11 anos	3,82 [2,71; 4,92]	4,00 [2,90; 5,10]	3,91 [3,13; 4,69]	0,549	0,297	0,850
	Total	3,70 [3,12; 4,27]	4,01 [3,62; 4,40]				
	1 vínculo	3,73 [3,17; 4,28]	4,02 [3,69; 4,35]	3,88 [3,55; 4,20]			
Tipo de vínculo	2 ou 3 vínculos	3,45 [2,40; 4,51]	3,88 [3,30; 4,46]	3,67 [3,07; 4,27]	0,243	0,455	0,140
	Total	3,59 [3,00; 4,19]	3,95 [3,62; 4,29]				
	Estatutária	3,65 [3,15; 4,15]	4,51 [4,12; 4,90]	4,08 [3,76; 4,40]			
Carga horária de trabalho semanal	Celetista	3,77 [2,45; 5,09]	3,49 [3,11; 3,87]	3,63 [2,94; 4,32]	0,028	0,102	0,973
	Total	3,71 [3,01; 4,42]	4,00 [3,73; 4,27]				
	até 40 horas	3,35 [2,69; 4,01]	3,85 [3,54; 4,17]	3,60 [3,23; 3,97]			
	>=40 horas	4,03 [3,33; 4,73]	4,52 [3,89; 5,14]	4,27 [3,80; 4,74]			
	Total	3,69 [3,21; 4,17]	4,19 [3,84; 4,54]				

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

## Fator 3 - Defesa de valores e direitos

Variáveis		Enfermeiros Gestores			P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
		DE	GE	Total			
		média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]			
Porte do HUF	Pequeno	1,10 [0,39; 1,81]	2,22 [1,78; 2,66]	1,66 [1,24; 2,08]	0,000	0,000	0,481
	Médio	2,13 [1,36; 2,89]	3,97 [3,55; 4,39]	3,05 [2,61; 3,48]			
	Grande	3,50 [2,13; 4,87]	4,77 [4,01; 5,53]	4,13 [3,35; 4,92]			
	Total	2,24 [1,67; 2,82]	3,65 [3,33; 3,98]				
Região	Norte	0,97 [-0,59; 2,53]	2,02 [1,08; 2,96]	1,50 [0,59; 2,40]	0,019	0,001	0,639
	Nordeste	1,65 [0,82; 2,48]	3,10 [2,59; 3,60]	2,38 [1,89; 2,86]			
	Sudeste	2,64 [1,47; 3,82]	4,13 [3,40; 4,87]	3,39 [2,69; 4,08]			
	Sul	1,65 [0,26; 3,04]	4,13 [3,44; 4,83]	2,89 [2,11; 3,67]			
	Centro-Oeste	2,19 [-0,01; 4,39]	2,61 [1,43; 3,78]	2,40 [1,15; 3,65]			
	Total	1,82 [1,15; 2,49]	3,20 [2,82; 3,57]				
Idade	20 – 39	2,46 [1,12; 3,79]	3,40 [3,00; 3,80]	2,93 [2,23; 3,63]	0,152	0,009	0,528
	40 – 49	2,72 [1,56; 3,87]	3,32 [2,62; 4,02]	3,02 [2,34; 3,69]			
	50 ou +	1,20 [0,43; 1,97]	2,96 [1,62; 4,29]	2,08 [1,31; 2,85]			
	Total	2,13 [1,48; 2,77]	3,23 [2,71; 3,75]				
Sexo	Masculino	3,33 [1,45; 5,21]	2,46 [1,23; 3,70]	2,90 [1,77; 4,02]	0,550	0,452	0,029
	Feminino	1,66 [1,05; 2,26]	3,43 [3,08; 3,77]	2,54 [2,19; 2,89]			
	Total	2,50 [1,51; 3,48]	2,94 [2,30; 3,58]				
Tempo de Formação	até 10 anos	0,25 [-3,06; 3,56]	3,44 [2,88; 4,01]	1,85 [0,17; 3,53]	0,290	0,007	0,423
	11 - 15 anos	2,46 [1,11; 3,81]	3,40 [2,85; 3,95]	2,93 [2,20; 3,66]			
	16 - 20 anos	2,97 [1,31; 4,62]	3,24 [2,28; 4,20]	3,10 [2,15; 4,06]			
	>20 anos	1,49 [0,77; 2,21]	3,07 [2,12; 4,03]	2,28 [1,68; 2,88]			
	Total	1,79 [0,79; 2,79]	3,29 [2,90; 3,68]				
Formação complementar	Especialização/Residência	1,72 [0,80; 2,64]	3,32 [2,83; 3,81]	2,52 [2,00; 3,04]	0,708	0,000	0,447
	Mestrado	2,41 [1,23; 3,58]	3,31 [2,75; 3,86]	2,86 [2,21; 3,51]			
	Doutorado/Pós-doutorado	1,50 [0,50; 2,50]	3,61 [2,65; 4,58]	2,56 [1,86; 3,25]			
	Total	1,88 [1,28; 2,48]	3,41 [3,01; 3,82]				
Formação na área de gestão	Sim	1,56 [0,89; 2,24]	2,62 [2,08; 3,16]	2,09 [1,66; 2,52]	0,006	0,001	0,626
	Não	2,38 [1,38; 3,37]	3,77 [3,36; 4,18]	3,07 [2,53; 3,61]			
	Total	1,97 [1,37; 2,57]	3,19 [2,86; 3,53]				
Tempo de Atuação	até 10 anos	0,75 [-0,73; 2,23]	3,47 [2,94; 4,01]	2,11 [1,33; 2,90]	0,450	0,000	0,206

Variáveis	Enfermeiros Gestores			Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
	DE		GE				
	média [IC95%]		média [IC95%]				
Tempo de experiência em gestão	11 - 15 anos	2,11 [0,94; 3,28]	3,42 [2,87; 3,97]	2,76 [2,12; 3,41]	0,335	0,003	0,673
	>= 16 anos	1,97 [1,22; 2,73]	3,01 [2,27; 3,75]	2,49 [1,96; 3,02]			
	Total	1,61 [0,93; 2,29]	3,30 [2,95; 3,66]				
	< 5 anos	2,09 [0,43; 3,75]	3,42 [3,00; 3,84]	2,76 [1,90; 3,61]			
	6 - 10 anos	1,46 [0,41; 2,51]	3,37 [2,59; 4,15]	2,42 [1,76; 3,07]			
	11 a 15 anos	2,50 [1,14; 3,86]	3,61 [2,44; 4,78]	3,05 [2,16; 3,95]			
	>=16 anos	1,68 [0,72; 2,64]	2,29 [0,94; 3,65]	1,98 [1,15; 2,81]			
Tempo de experiência na Função	Total	1,93 [1,29; 2,58]	3,17 [2,67; 3,67]		0,555	0,000	0,454
	<1 ano	1,33 [-0,55; 3,22]	2,59 [1,86; 3,32]	1,96 [0,95; 2,97]			
	1 a 5 anos	1,99 [1,19; 2,78]	3,51 [3,08; 3,94]	2,75 [2,30; 3,20]			
	6 a 10 anos	1,33 [0,00; 2,67]	4,16 [3,13; 5,19]	2,75 [1,90; 3,59]			
	>=11 anos	2,06 [0,73; 3,40]	3,04 [1,71; 4,37]	2,55 [1,61; 3,49]			
	Total	1,68 [0,98; 2,37]	3,33 [2,85; 3,80]				
Número de vínculos	1 vínculo	1,72 [1,05; 2,38]	3,38 [2,99; 3,78]	2,55 [2,16; 2,94]	0,679	0,001	0,477
	2 ou 3 vínculos	2,18 [0,92; 3,43]	3,26 [2,57; 3,95]	2,72 [2,00; 3,44]			
	Total	1,95 [1,24; 2,66]	3,32 [2,92; 3,72]				
Tipo de vínculo	Estatutária	1,83 [1,25; 2,42]	4,07 [3,61; 4,52]	2,95 [2,58; 3,32]	0,096	0,001	0,155
	Celetista	1,72 [0,17; 3,27]	2,67 [2,23; 3,12]	2,20 [1,39; 3,00]			
	Total	1,77 [0,95; 2,60]	3,37 [3,05; 3,69]				
Carga horária de trabalho semanal	até 40 horas	1,27 [0,49; 2,05]	3,19 [2,82; 3,57]	2,23 [1,80; 2,67]	0,007	0,000	0,607
	>=40 horas	2,43 [1,60; 3,27]	3,99 [3,25; 4,73]	3,21 [2,65; 3,77]			
	Total	1,85 [1,28; 2,42]	3,59 [3,18; 4,00]				

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

**Fator 4 - Condições de trabalho**

Variáveis	Enfermeiros Gestores			Total	PVariável	PGrupo	PInteração
	DE		GE				
	média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]				
Porte do HUF	Pequeno	2,98 [2,28; 3,67]	3,15 [2,72; 3,58]	3,06 [2,66; 3,47]	0,002	0,062	0,546
	Médio	3,44 [2,69; 4,18]	4,03 [3,61; 4,44]	3,73 [3,31; 4,16]			
	Grande	4,00 [2,66; 5,34]	5,08 [4,33; 5,82]	4,54 [3,77; 5,31]			
	Total	3,47 [2,91; 4,03]	4,08 [3,77; 4,40]				
Região	Norte	3,13 [1,68; 4,57]	3,18 [2,31; 4,05]	3,15 [2,31; 3,99]	0,345	0,371	0,780
	Nordeste	3,11 [2,34; 3,88]	3,75 [3,29; 4,22]	3,43 [2,98; 3,88]			
	Sudeste	3,86 [2,77; 4,95]	4,42 [3,74; 5,10]	4,14 [3,49; 4,78]			
	Sul	2,97 [1,68; 4,26]	3,95 [3,31; 4,59]	3,46 [2,74; 4,18]			
	Centro-Oeste	3,75 [1,71; 5,79]	3,12 [2,03; 4,21]	3,43 [2,28; 4,59]			
	Total	3,36 [2,74; 3,98]	3,68 [3,34; 4,03]				
Idade	20 – 39	3,97 [2,79; 5,15]	3,71 [3,35; 4,07]	3,84 [3,22; 4,46]	0,814	0,207	0,282
	40 – 49	3,56 [2,54; 4,59]	4,01 [3,39; 4,62]	3,79 [3,19; 4,38]			
	50 ou +	2,94 [2,26; 3,63]	4,17 [2,98; 5,35]	3,56 [2,87; 4,24]			
	Total	3,49 [2,92; 4,06]	3,96 [3,50; 4,42]				
Sexo	Masculino	4,67 [3,00; 6,33]	3,69 [2,60; 4,78]	4,18 [3,19; 5,17]	0,188	0,770	0,120
	Feminino	3,15 [2,61; 3,68]	3,82 [3,51; 4,13]	3,48 [3,18; 3,79]			
	Total	3,91 [3,04; 4,78]	3,75 [3,19; 4,32]				
Tempo de Formação	até 10 anos	2,83 [-0,07; 5,74]	3,82 [3,33; 4,32]	3,33 [1,86; 4,80]	0,379	0,463	0,376
	11 - 15 anos	4,31 [3,12; 5,49]	3,76 [3,28; 4,25]	4,03 [3,39; 4,67]			
	16 - 20 anos	3,83 [2,38; 5,29]	3,92 [3,08; 4,75]	3,88 [3,04; 4,71]			
	>20 anos	2,92 [2,29; 3,55]	3,79 [2,95; 4,63]	3,36 [2,83; 3,88]			
	Total	3,47 [2,59; 4,35]	3,82 [3,48; 4,17]				
Formação complementar	Especialização/Residência	3,59 [2,79; 4,39]	3,76 [3,33; 4,19]	3,68 [3,22; 4,13]	0,315	0,132	0,491
	Mestrado	3,67 [2,64; 4,69]	3,90 [3,42; 4,39]	3,78 [3,22; 4,35]			
	Doutorado/Pós-doutorado	2,67 [1,79; 3,54]	3,71 [2,87; 4,55]	3,19 [2,58; 3,79]			
	Total	3,31 [2,78; 3,83]	3,79 [3,44; 4,14]				
Formação na área de gestão	Sim	3,05 [2,44; 3,65]	3,33 [2,84; 3,81]	3,19 [2,80; 3,57]	0,015	0,397	0,954
	Não	3,83 [2,94; 4,73]	4,08 [3,72; 4,44]	3,96 [3,48; 4,44]			
	Total	3,44 [2,90; 3,98]	3,70 [3,40; 4,01]				
Tempo de Atuação	até 10 anos	2,23 [0,94; 3,53]	3,77 [3,30; 4,24]	3,00 [2,31; 3,69]	0,175	0,051	0,257
	11 - 15 anos	3,75 [2,73; 4,77]	3,94 [3,46; 4,42]	3,84 [3,28; 4,41]			

Variáveis	Enfermeiros Gestores			Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
	DE	GE					
	média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]				
Tempo de experiência em gestão	>= 16 anos	3,38 [2,71; 4,04]	3,65 [3,00; 4,30]	3,51 [3,05; 3,98]	0,183	0,579	0,640
	Total	3,12 [2,53; 3,71]	3,79 [3,47; 4,10]				
	< 5 anos	3,88 [2,43; 5,32]	3,82 [3,46; 4,19]	3,85 [3,10; 4,59]			
	6 - 10 anos	3,08 [2,17; 4,00]	3,98 [3,30; 4,66]	3,53 [2,96; 4,10]			
	11 a 15 anos	4,08 [2,90; 5,26]	3,94 [2,91; 4,96]	4,01 [3,23; 4,79]			
Tempo de experiência na Função	>=16 anos	2,88 [2,04; 3,71]	2,97 [1,79; 4,15]	2,92 [2,20; 3,65]	0,261	0,329	0,095
	Total	3,48 [2,92; 4,04]	3,68 [3,24; 4,11]				
	<1 ano	4,72 [3,09; 6,35]	3,26 [2,63; 3,89]	3,99 [3,12; 4,86]			
	1 a 5 anos	3,12 [2,43; 3,80]	3,83 [3,46; 4,20]	3,48 [3,09; 3,87]			
	6 a 10 anos	3,53 [2,37; 4,68]	4,80 [3,91; 5,69]	4,16 [3,43; 4,89]			
Número de vínculos	>=11 anos	2,83 [1,68; 3,99]	3,75 [2,60; 4,90]	3,29 [2,48; 4,11]	0,656	0,345	0,376
	Total	3,55 [2,95; 4,15]	3,91 [3,50; 4,32]				
	1 vínculo	3,19 [2,61; 3,77]	3,85 [3,50; 4,19]	3,52 [3,18; 3,85]			
Tipo de vínculo	2 ou 3 vínculos	3,67 [2,57; 4,76]	3,69 [3,08; 4,29]	3,68 [3,05; 4,30]	0,560	0,458	0,034
	Total	3,43 [2,81; 4,05]	3,77 [3,42; 4,12]				
	Estatutária	3,21 [2,69; 3,73]	4,36 [3,96; 4,77]	3,79 [3,46; 4,12]			
Carga horária de trabalho semanal	Celetista	3,83 [2,46; 5,21]	3,28 [2,88; 3,67]	3,56 [2,84; 4,27]	0,277	0,062	0,946
	Total	3,52 [2,79; 4,26]	3,82 [3,54; 4,10]				
	até 40 horas	3,12 [2,41; 3,82]	3,74 [3,41; 4,08]	3,43 [3,04; 3,82]			
	>=40 horas	3,49 [2,74; 4,24]	4,07 [3,41; 4,74]	3,78 [3,28; 4,28]			
	Total	3,30 [2,79; 3,82]	3,91 [3,53; 4,28]				

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

**Fator 5 - Infrações éticas**

Variáveis	Enfermeiros Gestores		Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>	
	DE	GE					
	média [IC95%]	média [IC95%]					
Porte do HUF	Pequeno	2,09 [1,29; 2,88]	2,89 [2,40; 3,39]	2,49 [2,02; 2,96]	0,000	0,022	0,990
	Médio	3,15 [2,30; 4,01]	4,00 [3,53; 4,48]	3,58 [3,09; 4,07]			
	Grande	4,00 [2,46; 5,54]	4,95 [4,10; 5,80]	4,47 [3,59; 5,35]			
	Total	3,08 [2,44; 3,72]	3,95 [3,58; 4,31]				
Região	Norte	1,38 [-0,22; 2,97]	2,45 [1,50; 3,41]	1,91 [0,99; 2,84]	0,004	0,169	0,454
	Nordeste	2,39 [1,54; 3,24]	3,50 [2,99; 4,02]	2,95 [2,45; 3,45]			
	Sudeste	3,57 [2,37; 4,77]	4,44 [3,69; 5,19]	4,00 [3,29; 4,71]			
	Sul	2,90 [1,48; 4,32]	4,06 [3,35; 4,77]	3,48 [2,68; 4,27]			
	Centro-Oeste	4,92 [2,67; 7,17]	3,45 [2,25; 4,66]	4,18 [2,91; 5,46]			
Idade	Total	3,03 [2,34; 3,72]	3,58 [3,20; 3,97]				
	20 – 39	3,86 [2,56; 5,16]	3,72 [3,33; 4,11]	3,79 [3,11; 4,47]	0,002	0,718	0,474
	40 – 49	4,10 [2,98; 5,23]	3,82 [3,14; 4,50]	3,96 [3,31; 4,62]			
	50 ou +	1,80 [1,05; 2,55]	2,67 [1,37; 3,96]	2,23 [1,48; 2,98]			
	Total	3,25 [2,63; 3,88]	3,40 [2,90; 3,91]				
Sexo	Masculino	5,11 [3,23; 6,99]	2,90 [1,67; 4,14]	4,01 [2,88; 5,13]	0,141	0,408	0,005
	Feminino	2,52 [1,91; 3,12]	3,74 [3,39; 4,09]	3,13 [2,78; 3,48]			
	Total	3,81 [2,82; 4,80]	3,32 [2,68; 3,96]				
Tempo de Formação	até 10 anos	2,83 [-0,41; 6,08]	3,64 [3,09; 4,20]	3,24 [1,59; 4,88]	0,028	0,694	0,133
	11 - 15 anos	4,08 [2,76; 5,41]	3,90 [3,36; 4,44]	3,99 [3,28; 4,71]			
	16 - 20 anos	4,50 [2,88; 6,12]	3,39 [2,45; 4,33]	3,94 [3,01; 4,88]			
	>20 anos	2,05 [1,34; 2,76]	3,38 [2,44; 4,31]	2,71 [2,12; 3,30]			
	Total	3,37 [2,38; 4,35]	3,58 [3,19; 3,96]				
Formação complementar	Especialização/Residência	2,47 [1,54; 3,41]	3,75 [3,25; 4,24]	3,11 [2,58; 3,64]	0,692	0,012	0,664
	Mestrado	2,96 [1,76; 4,15]	3,46 [2,90; 4,03]	3,21 [2,55; 3,87]			
	Doutorado/Pós-doutorado	2,95 [1,94; 3,97]	4,03 [3,05; 5,00]	3,49 [2,79; 4,20]			
	Total	2,80 [2,19; 3,40]	3,75 [3,34; 4,16]				
Formação na área de gestão	Sim	2,64 [1,94; 3,33]	3,06 [2,50; 3,62]	2,85 [2,40; 3,30]	0,064	0,053	0,441
	Não	3,03 [2,00; 4,07]	4,02 [3,60; 4,44]	3,53 [2,97; 4,09]			
	Total	2,83 [2,21; 3,46]	3,54 [3,19; 3,89]				
Tempo de Atuação	até 10 anos	2,37 [0,87; 3,86]	3,64 [3,10; 4,19]	3,01 [2,21; 3,80]	0,168	0,038	0,745
	11 - 15 anos	3,38 [2,19; 4,56]	3,98 [3,42; 4,54]	3,68 [3,03; 4,33]			

Variáveis	Enfermeiros Gestores			Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
	DE	GE					
	média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]				
Tempo de experiência em gestão	>= 16 anos	2,61 [1,84; 3,37]	3,18 [2,43; 3,92]	2,89 [2,36; 3,43]	0,008	0,637	0,073
	Total	2,78 [2,10; 3,47]	3,60 [3,24; 3,96]				
	< 5 anos	4,38 [2,77; 5,98]	3,75 [3,35; 4,16]	4,06 [3,24; 4,89]			
	6 - 10 anos	2,40 [1,39; 3,41]	3,95 [3,20; 4,71]	3,18 [2,55; 3,81]			
	11 a 15 anos	4,19 [2,89; 5,50]	3,29 [2,16; 4,42]	3,74 [2,88; 4,61]			
Tempo de experiência na Função	>=16 anos	1,81 [0,88; 2,73]	2,53 [1,22; 3,83]	2,17 [1,37; 2,97]	0,796	0,108	0,102
	Total	3,19 [2,57; 3,81]	3,38 [2,90; 3,86]				
	<1 ano	3,61 [1,70; 5,52]	3,06 [2,32; 3,80]	3,33 [2,31; 4,36]			
	1 a 5 anos	2,86 [2,06; 3,66]	3,86 [3,43; 4,30]	3,36 [2,91; 3,82]			
	6 a 10 anos	1,89 [0,54; 3,24]	4,33 [3,29; 5,38]	3,11 [2,26; 3,96]			
Número de vínculos	>=11 anos	2,92 [1,57; 4,27]	2,81 [1,46; 4,15]	2,86 [1,91; 3,82]	0,997	0,023	0,833
	Total	2,82 [2,12; 3,52]	3,51 [3,04; 3,99]				
	1 vínculo	2,78 [2,11; 3,45]	3,65 [3,25; 4,05]	3,22 [2,82; 3,61]			
Tipo de vínculo	2 ou 3 vínculos	2,69 [1,42; 3,97]	3,74 [3,04; 4,44]	3,21 [2,49; 3,94]	0,353	0,594	0,004
	Total	2,74 [2,01; 3,46]	3,70 [3,29; 4,10]				
	Estatutária	2,54 [1,93; 3,14]	4,15 [3,67; 4,62]	3,34 [2,96; 3,73]			
Carga horária de trabalho semanal	Celetista	4,33 [2,72; 5,94]	3,22 [2,75; 3,68]	3,78 [2,94; 4,61]	0,011	0,005	0,254
	Total	3,43 [2,57; 4,29]	3,68 [3,35; 4,02]				
	até 40 horas	2,13 [1,33; 2,92]	3,57 [3,19; 3,95]	2,85 [2,41; 3,29]			
	>=40 horas	3,48 [2,63; 4,33]	4,09 [3,33; 4,84]	3,78 [3,22; 4,35]			
	Total	2,80 [2,22; 3,38]	3,83 [3,41; 4,25]				

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

## Fator 6 - Equipes de trabalho

Variáveis		Enfermeiros Gestores		Total	P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>
		DE	GE				
		média [IC95%]	média [IC95%]				
Porte do HUF	Pequeno	3,48 [2,90; 4,06]	3,52 [3,16; 3,88]	3,50 [3,16; 3,84]	0,002	0,329	0,766
	Médio	3,89 [3,27; 4,51]	4,06 [3,71; 4,41]	3,98 [3,62; 4,33]			
	Grande	4,54 [3,41; 5,66]	5,12 [4,50; 5,75]	4,83 [4,18; 5,47]			
	Total	3,97 [3,50; 4,44]	4,24 [3,97; 4,50]				
Região	Norte	2,46 [1,29; 3,63]	3,27 [2,57; 3,98]	2,87 [2,19; 3,55]	0,018	0,736	0,664
	Nordeste	3,80 [3,17; 4,42]	4,01 [3,63; 4,39]	3,90 [3,54; 4,27]			
	Sudeste	4,27 [3,38; 5,15]	4,52 [3,97; 5,08]	4,39 [3,87; 4,92]			
	Sul	3,83 [2,78; 4,87]	4,04 [3,52; 4,57]	3,94 [3,35; 4,52]			
	Centro-Oeste	4,43 [2,77; 6,08]	3,43 [2,54; 4,31]	3,93 [2,99; 4,87]			
	Total	3,76 [3,25; 4,26]	3,86 [3,57; 4,14]				
Idade	20 – 39	4,48 [3,50; 5,45]	4,05 [3,76; 4,35]	4,26 [3,76; 4,77]	0,058	0,486	0,848
	40 – 49	4,18 [3,33; 5,02]	3,95 [3,44; 4,46]	4,06 [3,57; 4,56]			
	50 ou +	3,37 [2,80; 3,93]	3,38 [2,41; 4,36]	3,37 [2,81; 3,94]			
	Total	4,01 [3,54; 4,48]	3,79 [3,41; 4,17]				
Sexo	Masculino	4,86 [3,48; 6,23]	3,22 [2,33; 4,12]	4,04 [3,22; 4,86]	0,670	0,152	0,022
	Feminino	3,67 [3,22; 4,11]	4,05 [3,79; 4,30]	3,86 [3,60; 4,11]			
	Total	4,26 [3,54; 4,98]	3,64 [3,17; 4,10]				
Tempo de Formação	até 10 anos	3,29 [0,91; 5,67]	3,99 [3,58; 4,40]	3,64 [2,43; 4,84]	0,087	0,814	0,317
	11 - 15 anos	4,67 [3,70; 5,64]	4,16 [3,77; 4,56]	4,41 [3,89; 4,94]			
	16 - 20 anos	4,61 [3,42; 5,80]	3,68 [2,99; 4,37]	4,14 [3,46; 4,83]			
	>20 anos	3,39 [2,87; 3,91]	3,75 [3,06; 4,44]	3,57 [3,14; 4,00]			
	Total	3,99 [3,27; 4,71]	3,89 [3,61; 4,18]				
Formação complementar	Especialização/Residência	4,00 [3,33; 4,67]	3,98 [3,62; 4,34]	3,99 [3,61; 4,37]	0,638	0,405	0,391
	Mestrado	4,04 [3,18; 4,89]	3,95 [3,55; 4,36]	3,99 [3,52; 4,47]			
	Doutorado/Pós-doutorado	3,32 [2,59; 4,06]	4,10 [3,39; 4,80]	3,71 [3,20; 4,22]			
	Total	3,79 [3,35; 4,22]	4,01 [3,71; 4,30]				
Formação na área de gestão	Sim	3,69 [3,20; 4,19]	3,46 [3,06; 3,86]	3,58 [3,26; 3,90]	0,037	0,863	0,276
	Não	3,96 [3,22; 4,69]	4,28 [3,98; 4,58]	4,12 [3,72; 4,52]			
	Total	3,83 [3,38; 4,27]	3,87 [3,62; 4,12]				
Tempo de Atuação	até 10 anos	2,77 [1,71; 3,83]	3,93 [3,55; 4,31]	3,35 [2,79; 3,91]	0,071	0,233	0,089

Variáveis	Enfermeiros Gestores			P <sub>Variável</sub>	P <sub>Grupo</sub>	P <sub>Interação</sub>			
	DE	GE	Total						
	média [IC95%]	média [IC95%]	média [IC95%]						
Tempo de experiência em gestão	11 - 15 anos	4,09 [3,25; 4,92]	4,29 [3,89; 4,68]	4,19 [3,73; 4,65]	0,264	0,653	0,019		
	>= 16 anos	3,91 [3,37; 4,45]	3,55 [3,02; 4,08]	3,73 [3,35; 4,11]					
	Total	3,59 [3,11; 4,07]	3,92 [3,67; 4,18]						
	< 5 anos	4,50 [3,32; 5,68]	3,97 [3,67; 4,27]	4,23 [3,63; 4,84]					
	6 - 10 anos	3,20 [2,46; 3,94]	4,35 [3,79; 4,90]	3,77 [3,31; 4,24]					
	11 a 15 anos	4,83 [3,87; 5,79]	3,61 [2,78; 4,44]	4,22 [3,58; 4,86]					
	>=16 anos	3,49 [2,81; 4,17]	3,57 [2,61; 4,53]	3,53 [2,94; 4,12]					
Tempo de experiência na Função	Total	4,01 [3,55; 4,46]	3,87 [3,52; 4,23]						
	<1 ano	4,67 [3,29; 6,04]	3,46 [2,93; 4,00]	4,07 [3,33; 4,80]	0,898	0,980	0,111		
	1 a 5 anos	3,77 [3,19; 4,35]	4,14 [3,82; 4,45]	3,95 [3,63; 4,28]					
	6 a 10 anos	3,29 [2,31; 4,26]	4,37 [3,62; 5,13]	3,83 [3,21; 4,44]					
	>=11 anos	3,83 [2,86; 4,81]	3,62 [2,64; 4,59]	3,73 [3,04; 4,42]					
	Total	3,89 [3,38; 4,40]	3,90 [3,55; 4,24]						
	1 vínculo	3,81 [3,32; 4,29]	4,01 [3,72; 4,29]	3,91 [3,62; 4,19]				0,717	0,460
2 ou 3 vínculos	3,67 [2,75; 4,59]	3,92 [3,41; 4,43]	3,80 [3,27; 4,32]						
Total	3,74 [3,22; 4,26]	3,96 [3,67; 4,25]							
Tipo de vínculo	Estatutária	3,71 [3,27; 4,15]	4,36 [4,01; 4,70]	4,03 [3,75; 4,31]	0,782	0,970	0,063		
	Celetista	4,25 [3,08; 5,42]	3,63 [3,29; 3,97]	3,94 [3,33; 4,55]					
	Total	3,98 [3,35; 4,61]	3,99 [3,75; 4,23]						
Carga horária de trabalho semanal	até 40 horas	3,34 [2,77; 3,91]	3,86 [3,59; 4,13]	3,60 [3,28; 3,91]	0,004	0,170	0,518		
	>=40 horas	4,28 [3,67; 4,88]	4,47 [3,93; 5,00]	4,37 [3,97; 4,78]					
	Total	3,81 [3,39; 4,22]	4,16 [3,86; 4,47]						

\*ANOVA (2-way)

Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

**APÊNDICE I – Características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros gestores (etapa qualitativa), n=44, HUF/Ebserh, dez/2019-mar/2020**

Variáveis	DE		GE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Porte do HUF*</b>						
Pequeno	8	42	4	16	12	27
Médio	9	47	20	80	29	66
Grande	2	11	1	4	3	7
<b>Região</b>						
Norte	4	21	2	8	6	14
Nordeste	7	37	11	44	18	41
Sudeste	4	21	1	4	5	11
Sul	3	16	11	44	14	32
Centro-oeste	1	5	0	0	1	2
<b>Idade</b>						
20 a 39 anos	3	16	18	72	21	48
40 a 49 anos	5	26	4	16	9	20
50 anos ou mais	11	58	3	12	14	32
<b>Gênero</b>						
Feminino	18	95	23	92	41	93
Masculino	1	5	2	8	3	7
<b>Tempo de formação em enfermagem</b>						
01 a 05 anos	0	0	1	4	1	2
06 a 10 anos	1	5	10	40	11	25
11 a 15 anos	3	16	9	36	12	27
16 a 20 anos	2	11	1	4	3	7
20 anos ou mais	13	68	4	16	17	39
<b>Formação complementar</b>						
Especialização/Residência	6	32	14	56	20	45
Mestrado	5	26	8	32	13	30
Doutorado	7	37	3	12	10	23
Pós-doutorado	1	5	0	0	1	2
<b>Formação na área de Gestão</b>						
Sim	12	63	8	32	20	45
Não	7	37	17	68	24	55
<b>Tempo de Atuação como Enfermeiro no HUF</b>						
01 a 05 anos	1	5	1	4	2	5
06 a 10 anos	3	16	11	44	14	32
11 a 15 anos	5	26	8	32	13	30
16 a 20 anos	1	5	1	4	2	5
20 anos ou mais	9	47	4	16	13	30
<b>Tempo de experiência em Gestão</b>						
Menos 01 ano	0	0	4	16	4	9
01 a 05 anos	2	11	12	48	14	32
06 a 10 anos	7	37	5	20	12	27
11 a 15 anos	4	21	3	12	7	16
16 a 20 anos	4	21	1	4	5	11
20 anos ou mais	2	11	0	0	2	5

Variáveis	DE		GE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tempo de experiência na Função (como gestor)</b>						
Menos 01 ano	1	5	6	24	7	16
01 a 05 anos	12	63	15	60	27	61
06 a 10 anos	3	16	2	8	5	11
11 a 15 anos	2	11	1	4	3	7
16 a 20 anos	0	0	1	4	1	2
20 anos ou mais	1	5	0	0	1	2
<b>Número de vínculos</b>						
Um	16	84	18	72	34	77
Dois	3	16	7	28	10	23
<b>Tipo de vínculo com o HUF</b>						
Estatutário	2	11	10	40	12	27
Celetista	17	89	15	60	32	73
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>						
Até 20 horas	0	0	1	4	1	2
21 a 30 horas	0	0	4	16	4	9
31 a 40 horas	13	68	16	64	29	66
40 horas ou mais	6	32	4	16	10	23

\* Porte do HUF: pequeno (até 199 leitos), médio (200 a 399 leitos) e grande (acima de 400 leitos).

Fonte: o autor.

## ANEXO A – Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros

<b>A</b>	<b>Hospital Universitário [IDhuf]:</b>													
<b>B</b>	<b>Porte huf/ebserh [Port]:</b> ( ) Pequeno [1] ( ) Médio [2] ( ) Grande [3] <b>Preenchido pelo Pesquisador</b>													
<b>C</b>	<b>Região [reg]:</b> ( ) Norte [1] ( ) Nordeste [2] ( ) Sudeste [3] ( ) Sul [4] ( ) Centro-oeste [5] <b>Preenchido pelo Pesquisador</b>													
<b>D</b>	<b>Idade [idat]:</b> ( ) 20 a 29 anos [1] ( ) 30 a 39 anos [2] ( ) 40 a 49 anos [3] ( ) 50 anos ou mais [4]													
<b>E</b>	<b>Sexo [sex]:</b> ( ) Masculino [1] ( ) Feminino [2]													
<b>F</b>	<b>Tempo de formação [tform]:</b> ( ) Menos de 1 ano [1] ( ) entre 1 a 5 anos [2] ( ) entre 6 a 10 anos [3] ( ) entre 11 a 15 anos [4] ( ) entre 16 a 20 anos [5] ( ) mais que 20 anos [6]													
<b>G</b>	<b>Formação complementar [formC]:</b> ( ) Especialização/Residência [1] ( ) Mestrado [2] ( ) Doutorado [3] ( ) Pós-doutorado [4]													
<b>H</b>	<b>Formação na área de gestão [fgest]:</b> ( ) Sim [1] ( ) Não [2]													
<b>I</b>	<b>Tempo de Atuação [tatuat]:</b> ( ) Menos de 1 ano [1] ( ) entre 1 a 5 anos [2] ( ) entre 6 a 10 anos [3] ( ) entre 11 a 15 anos [4] ( ) entre 16 a 20 anos [5] ( ) mais que 20 anos [6]													
<b>J</b>	<b>Tempo de experiência em gestão [tgest]:</b> ( ) Menos de 1 ano [1] ( ) entre 1 a 5 anos [2] ( ) entre 6 a 10 anos [3] ( ) entre 11 a 15 anos [4] ( ) entre 16 a 20 anos [5] ( ) mais que 20 anos [6]													
<b>K</b>	<b>Tempo de experiência na Função [tfunc]:</b> ( ) Menos de 1 ano [1] ( ) entre 1 a 5 anos [2] ( ) entre 6 a 10 anos [3] ( ) entre 11 a 15 anos [4] ( ) entre 16 a 20 anos [5] ( ) mais que 20 anos [6]													
<b>L</b>	<b>Número de vínculos [nvinc]:</b> ( ) 1 [1] ( ) 2 [2] ( ) 3 ou mais [3]													
<b>M</b>	<b>Tipo de vínculo [tpvinc]:</b> ( ) Estatutário [1] ( ) Celetista [2]													
<b>N</b>	<b>Função [func]:</b> ( ) Chefia de Divisão de Enfermagem [1] ( ) Chefia de Unidade em Enfermagem, qualquer área OU ( ) Chefia de Serviço de Enfermagem (base operacional, qualquer área [2]													
<b>O</b>	<b>Carga horária de trabalho semanal [chtrab]:</b> ( ) Até 20 horas [1] ( ) Entre 21 a 30 horas [2] ( ) Entre 31 a 40 horas [3] ( ) Mais de 40 horas [4]													
<p><b>Considere a seguinte definição (JAMETON, 1984; CORLEY, 2002):</b> Distresse moral (também traduzido como angústia ou sofrimento moral) é uma experiência ou situação em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e</li> <li>✓ Você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho,</li> <li>✓ Ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais.</li> </ul> <p><b>Agora:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considere as situações apresentadas no quadro abaixo.</li> <li>2. Elas estão presentes no local de seu trabalho principal? (<b>Utilize como referência a sua função atual como gestor para responder este instrumento</b>).</li> <li>3. Indique se as situações estão presentes no seu trabalho e se elas são causas de sofrimento moral para você:</li> </ol> <p>a) Na primeira escala à direita assinale a <b>frequência</b> em que a situação ocorre, numa progressão de 0 = nunca, até 6 = muito frequente;</p> <p>b) Na segunda escala à direita assinale a <b>intensidade</b> do distresse, sofrimento/angustia moral que você vivencia na situação, numa progressão de 0 = nenhum, até 06 = muito intenso.</p>														
<b>P</b>	<b>SITUAÇÕES</b>	<b>Frequência</b>						<b>Intensidade</b>						
		Nunca até muito frequente						Nenhum até muito intenso						
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda													
<b>2</b>	Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta													
<b>3</b>	Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho													
<b>4</b>	Trabalhar com médicos despreparados													





## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Distresse e resiliência moral em gestores de enfermagem no contexto dos hospitais universitários federais

**Pesquisador:** Francine Lima Gelbcke

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15320119.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.549.474

#### Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado de Michel Maximiano Faraco do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, orientada por Francine Lima Gelbcke. Estudo prospectivo, com previsão de 118 participantes. Critérios de inclusão: Os enfermeiros ocupantes de cargos de chefia ou na função de liderança em Enfermagem atuantes nos HUF/Ebserh devem apresentar as características: a) Enfermeiro nomeado (ou interinamente) na função de chefia da DE. b) Enfermeiro nomeado (ou interinamente) na função de chefia de Unidade em qualquer área da Enfermagem. c) Enfermeiro na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem do HUF/Ebserh. Critérios de exclusão: Chefias de outras categorias profissionais que assumem a liderança em Enfermagem interinamente ou acumulam funções, mesmo que temporariamente. Os participantes serão submetidos a: questionários, entrevistas semi-estruturadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o distresse moral em diferentes níveis de gestão em enfermagem e as estratégias de resiliência moral adotadas por gestores de enfermagem em hospitais universitários federais sob a gestão da Ebserh.

Objetivos específicos:

a) Identificar a frequência e intensidade de distresse moral vivenciado por gestores de enfermagem

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.549.474

em hospitais universitários federais vinculados à Ebserh.

b) Analisar as associações das condições sociodemográficas e laborais com os fatores preditores de distresse moral em gestores de enfermagem em hospitais universitários federais vinculados à Ebserh.

c) Identificar as estratégias de resiliência moral frente ao distresse moral em gestores de enfermagem em hospitais universitários federais ligados à Ebserh.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Análise adequada dos riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto já avaliado e aprovado por este comitê.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Inclusão de novas Declarações de Anuência de Instituições (em adição às anteriores) onde será realizada a pesquisa.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_141450_2_É1.pdf	13/08/2019 21:35:37		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	13/08/2019 21:26:22	Francine Lima Gelbcke	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	04/06/2019 20:55:55	Francine Lima Gelbcke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacoesUm.pdf	04/06/2019 20:55:34	Francine Lima Gelbcke	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/06/2019 20:54:43	Francine Lima Gelbcke	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.549.474

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodeTese.pdf	04/06/2019 20:54:27	Francine Lima Gelbcke	Aceito
---	-------------------	------------------------	--------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br