








Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em gestores de enfermagem de hospitais universitários federais*

Moral distress-associated sociodemographic and occupational aspects in nursing managers at federal university hospitals

Aspectos sociodemográficos y laborales asociados al distrés moral en gestores de enfermería de hospitales universitarios federales

Como citar este artigo:

Faraco MM, Gelbcke FL, Brehmer LCF, Ramos FRS, Schneider DG. Moral distress-associated sociodemographic and occupational aspects in nursing managers at federal university hospitals. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210447. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0447en>

-  Michel Maximiano Faraco¹
-  Francine Lima Gelbcke^{2,3}
-  Laura Cavalcanti de Farias Brehmer²
-  Flávia Regina Souza Ramos²
-  Dulcinéia Ghizoni Schneider²

*Extraído da Tese “Distresse e resiliência moral na gestão de enfermagem no contexto de hospitais universitários federais”, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Modalidade Profissional, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between sociodemographic and occupational characteristics and the predictors of Moral Distress in nursing managers of Federal University Hospitals. **Method:** Cross-sectional study carried out with 126 nurses. Data were collected online between September 2019 and May 2020 applying the Brazilian Scale of Moral Distress in Nurses. The variables were analyzed using descriptive and bivariate statistics to compare the instrument mean responses in relation to sociodemographic and occupational characteristics (hospital size, region, age, gender, training and experience variables, employment relationships, and workload). **Results:** The highest levels of Moral Distress were experienced by nurses in large hospitals, with statistical significance among civil servants with job stability who have no management training, with less time of professional experience and with the highest weekly workload, with emphasis on predictive factors of “safe and qualified care”, “work conditions” and “work team”. **Conclusion:** Based on the above, it is understood that studies of this nature allow the generation of adaptive strategies to reduce the impacts of Moral Distress.

DESCRIPTORS

Hospitals, University; Health Manager; Stress, Psychological; Ethics, Nursing.

Autor correspondente:

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário Reitor João
David Ferreira Lima, s/n°, Centro de
Ciências da Saúde, Bloco I, Sala 480
88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil
laura.brehmer@ufsc.br

Recebido: 14/10/2021
Aprovado: 14/03/2022

INTRODUÇÃO

O Distresse Moral (DM) é um fenômeno descrito em experiências de profissionais da saúde, especialmente em enfermeiros, em inúmeros ambientes de saúde, múltiplos níveis organizacionais e papéis profissionais. Expressa-se por manifestações físicas e emocionais, oriundas de um processo de reconhecimento e percepção de situações moralmente conflituosas, e da consciência sobre a ação moralmente correta que, por impedimentos institucionais ou sociais, não é efetivada, ameaçando os valores fundamentais e a integridade moral^(1,2).

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, para agir conforme seu julgamento moral⁽¹⁾. No plano organizacional, o DM pode comprometer a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e levar a um aumento da rotatividade de pessoal^(3,4). Na assistência e na gestão, os enfermeiros vivenciam dificuldades com excesso de cargas de trabalho e autonomia reduzida para gerenciá-las, o que configuram fatores de risco para Distresse Moral^(5,6).

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, à fragmentação do cuidado e à estrutura física inadequada, gerando a necessidade de 'renormatizações' na organização do processo de trabalho da enfermagem^(7,8).

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. Os profissionais precisam desenvolver diferentes habilidades a fim de exercer a agência moral em resposta ao DM, com capacidade de compreender objetivos e responsabilidades, reconhecer situações críticas e agir quando a ação ética é necessária⁽²⁾.

A extensão em que uma situação leva ao DM parece não estar claramente elucidada. Observam-se, ainda, poucos estudos nacionais e internacionais acerca de associações entre o fenômeno e variáveis sociodemográficas e laborais, por exemplo. Predominam estudos transversais e diferentes instrumentos de medidas adaptados e validados para contextos particulares, sejam de ambientes de práticas ou demográficos^(3,5,6,8). Com isso, percebe-se a necessidade de estudos que visem minimizar estas lacunas, além de aprofundamento em outras alternativas metodológicas. Os enfermeiros gestores possuem 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.

Nesse sentido, este estudo tem como finalidade analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de DM em gestores de enfermagem de HUF vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh. Pretende-se subsidiar os gestores de enfermagem na busca da compreensão reflexiva do agente moral, bem como proporcionar um panorama das melhores possibilidades de enfrentamentos do DM, tendo como base o perfil profissional.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, não-probabilístico, por conveniência.

CENÁRIO E POPULAÇÃO

Foi realizado em 30 Hospitais Universitários Federais vinculados à Ebserh. Na estrutura de governança, a Divisão de Enfermagem (DE) é o nível mais elevado dos Serviços de Enfermagem, sendo que há uma Divisão por hospital. Nas demais linhas hierárquicas, encontram-se os Gestores de Enfermagem (GE), em chefias ou lideranças de Unidades. Participaram Enfermeiros nomeados em cargo de chefia (ou interino) ou na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem.

AMOSTRA

O tamanho da amostra total calculado, por Tamanho de Efeito, foi de 118 participantes (DE = 30 e GE = 88), com o apoio do 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).

O processo de recrutamento das DE foi apoiado pelas Gerências de Ensino e Pesquisas das instituições e ou por contato direto, via e-mail, telefone ou aplicativo de mensagens, enquanto as DE apoiaram o recrutamento dos GE. 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.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2019 e maio de 2020. Os dados foram coletados via *online* (formulário eletrônico), aplicando-se a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (MDSN-Br)⁽⁹⁾. Essa escala tem 49 questões indicando as situações preditoras de DM em uma dupla Escala *Likert* de 0 a 6, para medir 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: baixo (0–1,99), moderado (2,00–3,99) e alto (4,00–6,00)⁽¹⁰⁾. Nesse estudo, o MSDN-Br apresentou um nível de confiabilidade satisfatório, com alfa de *Cronbach* de 0,976 e entre 0,950 e 0,852 para os fatores.

As variáveis sociodemográficas e laborais para o objetivo deste estudo foram: porte do hospital, região, idade, sexo, tempo de formação, formação complementar, formação na área de gestão, tempo de atuação, tempo de experiência na gestão, tempo de experiência na função, número de vínculos, tipo de vínculo, função e carga horária semanal.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O DM Geral (DMG) foi calculado em dois momentos: o escore de frequência e o escore de intensidade são multiplicados (F×I) para cada uma das 49 questões (cada item variando de

0 a 36); – pontuação DMG obtida pela soma da pontuação “Fxl”, resultando em uma escala de 0 a 1.764 (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, utilizaram-se como parâmetros os 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 foram tabulados em planilha eletrônica e analisados 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 e avaliar o efeito das características sociodemográficas e laborais, adotando nível de significância de 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Instituição proponente, sob Parecer 3.549.474, no ano de 2019, atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inexistindo qualquer conflito de interesses. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os participantes apresentaram as seguintes características predominantes: feminino (n = 116; 92,1%), com idade entre 20 e 39 anos (n = 72; 57,1%), formação entre 11 a 15 anos (n = 42; 33,3%); atuando como enfermeiro 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%); estatutário (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 com 200 a 399 leitos (n = 55; 43,7%), da região Nordeste (n = 52; 41,3%).

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 com maior idade. Não houve diferenças significativas entre as médias de DM em relação ao sexo. Em relação à Região do Brasil, localização do HUF, somente o fator F4 (Condições de trabalho) não foi significativo (p = 0,062). A maior média de DM apresentou-se na região Sudeste e a menor na região Norte. A variável “Porte do HUF” apresentou significância estatística em todos os fatores, sendo que quanto maior o porte do hospital, maior é o DM vivenciado pelos gestores. Os gestores com menor tempo de formação

apresentaram uma média maior de DM quando comparado com aqueles com mais de 20 anos 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 média superior de DM quando comparados com aqueles que possuem mais de 16 anos de atuação. Resultado similar foi observado quanto ao tempo de experiência em gestão, de diferenças significativas dos fatores F1, F3 e F5, que se apresentam entre as médias, com maiores intensidades de DM em gestores com menor experiência quando comparadas com aquelas dos com mais de 16 anos de gestão. 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. Quanto 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 ao celetista. Os gestores de enfermagem que trabalham mais de 40 horas por semana apresentaram maiores médias de DM, especialmente nos fatores F2 e F6, com significância. 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 na função de gestor, sem formação na área de gestão e trabalhando mais de 40 horas por semana (Tabela 1).

DISCUSSÃO

As causas do DM na enfermagem são variadas e surgem como resultado de relações recíprocas entre os indivíduos e organizações, onde pessoas e sistemas estão conectados⁽¹¹⁾. Serviços de atenção à saúde, como os hospitais, vêm sendo estudados como sistemas complexos e ambientes pluralísticos, nos quais poder, legitimidade e autoridade são difundidos entre gestores, profissionais clínicos, órgãos de regulamentação, entre outras partes, de modo que processos de governança multinível se tornam objeto de pesquisa e experiências de gestão⁽¹²⁾. Também a liderança pode ser abordada como um processo multinível, presente na organização como um todo, e não como atributo individual; ou seja, um processo socialmente construído no cotidiano, que inclui comunicação, influência, adaptação, aprendizagem, poder e resistência⁽¹³⁾.

O clima ético institucional precário, caracterizado por representações do tipo menor apoio administrativo, menos colaboração, menos recursos, e o DM, geram insatisfação no trabalho e aumento da rotatividade dos enfermeiros⁽¹⁴⁾. Os estudos quantitativos realizados sobre DM retratam as características dos participantes com especial foco nas áreas de atuação hospitalar, unidades de cuidados complexos, hemato-oncologia, centro obstétrico, ou clínicas cirúrgicas, adultas ou pediátricas⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. No presente estudo, os HUF de grande porte apresentaram os maiores escores de DM com significância. Apesar de a literatura não corroborar estes achados, algumas investigações, em hospitais de grande porte, abordam temáticas como estresse⁽¹⁹⁾ ou recursos mentais e capacidade laboral de trabalhadores de enfermagem⁽²⁰⁾.

A variável ausência de formação em gestão como preditor de elevada intensidade de DM nas situações relacionadas

Tabela 1 – Análise do 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	Σ F*1
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Porte do HUF								
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)
P**		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Região								
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)
P**		0,008	0,006	0,009	0,062	0,001	0,006	0,001
Idade								
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)
P**		0,002	0,296	0,004	0,560	<0,001	0,075	0,006
Sexo								
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)
P*		0,827	0,323	0,295	0,563	0,473	0,465	0,739
Tempo de formação								
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)
P**		0,024	0,577	0,016	0,510	0,001	0,073	0,031
Formação complementar								
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)
P**		0,221	0,052	0,637	0,131	0,850	0,701	0,219
Formação na área de gestão								
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)
P*		<0,001	0,019	<0,001	0,006	0,001	0,008	<0,001

continua...

...continuação

Variáveis	n	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Σ F*1
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Tempo de atuação								
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)
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)
P**		0,180	0,488	0,135	0,747	0,034	0,148	0,171
Tempo de experiência em gestão								
<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)
P**		0,039	0,299	0,023	0,184	0,003	0,454	0,046
Tempo de experiência na função								
<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)
P**		0,245	0,341	0,561	0,361	0,254	0,330	0,304
Número de vínculos								
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)
P*		0,981	0,842	0,959	0,916	0,618	0,831	0,991
Tipo de vínculo								
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)
P*		0,006	0,001	0,054	0,022	0,128	0,017	0,002
Carga horária de trabalho semanal								
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)
P*		0,33	0,01	0,213	0,625	0,082	0,002	0,049

*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.

ao “Cuidado seguro e qualificado”, “Condições de trabalho” e “Equipe de trabalho” caracteriza-se como importante resultado deste estudo. 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. Também a sensibilidade moral é tomada como indispensável para que

um problema moral seja visível e tornado objeto de reflexão ética^(1,21). Apesar da necessidade de estudos que aprofundem a relação entre DM e sensibilidade moral, existe pesquisa que não constatou tal relação entre enfermeiros⁽²²⁾.

Sobre o tema, as variáveis subjetivas são inúmeras 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 à aplicação do conhecimento ético na prática⁽²³⁻²⁴⁾.

Desenvolver a competência técnica e ética deve ser alvo da formação em gestão, de modo a agregar o conhecimento tácito da gestão à prática vivencial, assumindo a corresponsabilidade da formação pela incorporação de uma agenda de educação ética, que dê suporte ao exercício da agência moral, que previne e enfrenta o DM^(2,25).

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⁽⁸⁾. 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⁽²⁶⁾.

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 maioria dos HUF/Ebserh, destaca-se a coexistência de dois tipos de vínculos, estatutários e celetistas, regidos por leis e regras diversas, sendo que essas últimas formas de contrato ocorrem a partir de 2013. Em estudos internacionais, essa realidade é singular e de difícil aderência. 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”, à “Defesa de valores e direitos” e às “Equipes de trabalho”⁽²⁷⁾.

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”. Essa experiência pode ser sinônimo de autoconfiança, gerada ao longo da prática e que, possivelmente, orienta a tomada de decisão, apoiada pela intuição, conhecimento, comunicação, uso de padrões (regulatórios), suporte e colaboração de colegas experientes⁽²⁸⁾.

Os enfermeiros mais experientes podem apresentar um maior grau de sensibilidade ética⁽⁴⁾, 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. Por outro lado, um maior tempo de experiência pode levar o enfermeiro a expor-se a contínuos problemas morais, acumulando resíduos (morais) de sentimentos de angústia e até mesmo gerando um desgaste da sensibilidade moral (“dessensibilização”) e acomodação ao DM⁽²⁷⁾.

De fato, existem entendimentos e descobertas conflitantes sobre a relação entre o tempo de experiência, a sensibilidade e a

intensidade do DM. Há estudo que corrobora com este achado, destacando que o maior tempo de prática do enfermeiro reduz o sofrimento⁽¹⁹⁾; há pesquisa que refuta essa associação⁽²⁹⁾.

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 essa 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 e, na medida em que comprometem a qualidade do cuidado, produzem constrangimento e insatisfação do profissional⁽¹⁹⁾.

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 outro estudo⁽¹⁸⁾, mas, contrapostos, em partes, por outros^(27,29). No que concerne a essas associações, não há uma clareza teórico-prática, sendo recomendadas outras investigações empíricas. Destaca-se a existência de maior tendência nos HUF à construção de formação complementar mais elevada, bem como mais possibilidades de inserção profissional em áreas de ensino e atividades de pesquisa, pelas características de sua natureza institucional.

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.

Como limites do estudo, considera-se importante registrar que seus resultados não podem ser generalizados e refletem realidades 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.

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”. Esse 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 presente nos HUF, reforçando a luta histórica da enfermagem pela regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre as características sociodemográficas e laborais e os fatores preditores de Distresse Moral em gestores de enfermagem de Hospitais Universitários Federais. **Método:** Estudo transversal realizado com 126 enfermeiros. Os dados foram coletados entre os meses de setembro de 2019 e maio de 2020, via online, aplicando-se a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros. As variáveis foram analisadas por estatística descritiva e bivariada para comparar as médias de respostas do instrumento em relação às características sociodemográficas e laborais (porte do hospital, região, idade, sexo, variáveis de formação e experiências, vínculos e carga horária). **Resultados:** Os níveis mais elevados de Distresse Moral foram vivenciados por enfermeiros em hospitais de grande porte, 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 “cuidado seguro e qualificado”, “condições de trabalho” e “equipe de trabalho”. **Conclusão:** A partir do exposto, entende-se que estudos dessa natureza permitem gerar estratégias adaptativas para reduzir os impactos do Distresse Moral.

DESCRITORES

Hospitais Universitários; Gestor de Saúde; Estresse psicológico; Ética em enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y laborales y los factores predictores de Distrés Moral en gestores de enfermería de Hospitales Universitarios Federales. **Método:** Estudio transversal realizado con 126 enfermeros. Los datos fueron recolectados entre los meses de septiembre de 2019 y mayo de 2020, a través de la red, se aplicó la Escala Brasileña de Distrés Moral en Enfermeros. Las variables fueron analizadas por estadística descriptiva y bivariada para comparar las medias de respuestas del instrumento en relación a las características sociodemográficas y laborales (porte del hospital, región, edad, sexo, variables de formación y experiencias, vínculos y carga horaria). **Resultados:** Los niveles más elevados de Distrés Moral fueron vivenciados por enfermeros en hospitales de gran porte, con significancia estadística entre los funcionarios públicos con estabilidad, sin formación en gestión, con menos tiempo de experiencia profesional y con la carga horaria más extensa de trabajo semanal, con énfasis en los factores predictores de “cuidado seguro y cualificado”, “condiciones de trabajo” y “equipo de trabajo”. **Conclusión:** Así siendo, se entiende que estudios con este abordaje permiten generar estrategias adaptativas para reducir los impactos del Distrés Moral.

DESCRIPTORES

Hospitales Universitários; Gestor de Salud; Estrés Psicológico; Ética em enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Ramos FRS, Barlen ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2016;25(2):e4460015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
- Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MS. A collaborative state of the science initiative: transforming moral distress into moral resilience in nursing. *American Journal of Nursing*. 2017;117(2 Suppl 1):S2-S6. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000512203.08844.1d>
- Caram CS, Brito MJM, Peter E. Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. *Enfermagem em Foco*. 2018;9(1):31-5. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1868>
- Moreira DA, Ferraz CMLC, Costa IP, Amaral JM, Lima TT, Brito MJM. Professional practice of nurses and influences on moral sensitivity. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41:e20190080. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190080>
- Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Moral distress in nurses: a description of the risks for professionals. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2018;27(4):e4020017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>
- Ramos FRS, Barth PO, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Vargas MA, Schneider DG. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e035578. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018020703578>
- Oro J, Gelbcke FL, Sousa VAF, Scherer MDA. From prescribed work to the real work of nursing in in-patient care units of federal university hospitals. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2019;28:e20170508. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0508>
- Drago LC, Ramos FRS, Brehmer LCF, Silveira LR, Brito MJM. Nurse managers' moral suffering in a university hospital. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2020;12:1074-80. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7776>
- Ramos FRS, Barlen ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in nurses (MDSN-Br). *J Nurs Meas*. 2019;27(2):335-57. DOI: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.335>
- Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016;36:42-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.003>

11. Rodney PA. What we know about moral distress. *American Journal of Nursing*. 2017;117(2):S7-S10. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000512204.85973.04>
12. Touati N, Maillet L, Paquette MA, Denis JL, Rodríguez C. Understanding Multilevel Governance Processes through Complexity Theory: An Empirical Case Study of the Quebec Health-Care System. *International Journal of Public Administration*. 2018;42(3):205-17. DOI: <https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>
13. Belrhiti Z, Giralt NA, Marchal B. Complex leadership in healthcare: a scoping review. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018;7(12):1073-84. DOI: <https://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2018.75>
14. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10(2):113-24. DOI: <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>
15. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):552-70. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733016664975>
16. Fruet IMA, Dalmolin GL, Barlem ELD, Silva RM, Andolhe R. Applicability of the adapted moral distress scale in the context of nursing in hemato-oncology services. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e63060. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63060>
17. Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NPC, Tomaszewski-Barlem JG. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2019;28:e20180052. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0052>
18. Almutairi AF, Salam M, Adlan AA, Alturki AS. Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:107-15. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147%2FPRBM.S191037>
19. Rodrigues DDM, Aquino RL, Antunes DE, Costa MM, Oliveira PC, Aragão AS. 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*. 2019;23:e-1260. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190108>
20. Santos TA, Santos HS, Sampaio ES, Melo CMM, Souza EA, Pires CGS. Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3267. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>
21. Ramos FRS, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Silveira LR, Schneider DG, Vargas MAO. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3332. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>
22. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral sensitivity and moral distress in critical care unit nurses. *Medical Ethics Journal*. 2017;10(38):19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.21859/mej-103819>
23. Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics*. 2016;23(5):507-22. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733015574925>
24. Zhang N, Li J, Xu Z, Gong Z. A latent profile analysis of nurses' moral sensitivity. *Nurs ethics*. 2019;27(3):855-67. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F0969733019876298>
25. Monteverde S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. *Nurs Ethics*. 2016;23(1):104-16. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733014557140>
26. Ferreira VHS, Teixeira VM, Giacomini MA, Alves LR, Gleriano JS, Chaves LDP. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180291. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>
27. Ramos FRS, Barth PO, Brito MJM, Caram C, Silveira LR, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Caçador B. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019;32(4):406-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900056>
28. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(5-6):917-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>
29. Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, Lifeng C, Congcong S. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. *Nurs Ethics*. 2018;25(4):470-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733016658792>

EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos

Apoio financeiro

Este estudo foi financiado pelo Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.



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