



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ISSN: 1982-0194

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

Faraco, Michel Maximiano; Gelbcke, Francine Lima; Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias;
Ramos, Flávia Regina Souza; Barlem, Edison Luiz Devos; Dalmolin, Graziele de Lima
Distresse moral vivenciado por gestores enfermeiros no contexto de hospitais universitários federais
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 35, eAPE039013534, 2022
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO013534>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307070269087>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Distresse moral vivenciado por gestores enfermeiros no contexto de hospitais universitários federais

Moral distress experienced by nurse managers in the context of federal university hospitals

Distrés moral vivenciado por gestores enfermeros en el contexto de hospitales universitarios federales

Michel Maximiano Faraco¹  <https://orcid.org/0000-0003-0669-9257>

Francine Lima Gelbcke¹  <https://orcid.org/0000-0003-3742-5814>

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹  <https://orcid.org/0000-0001-9965-8811>

Flávia Regina Souza Ramos¹  <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

Edison Luiz Devos Barlem²  <https://orcid.org/0000-0001-6239-8657>

Grazielle de Lima Dalmolin³  <https://orcid.org/0000-0003-0985-5788>

Resumo

Objetivo: Analisar a frequência e a intensidade de distresse moral em gestores de enfermagem de Hospitais Universitários Federais.

Métodos: Estudo transversal desenvolvido com gestores de enfermagem atuantes em diferentes níveis hierárquicos de Hospitais Universitários Federais por meio da aplicação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros e questionário sociodemográfico e laboral. Para análise utilizou-se a estatística descritiva, teste de qui-quadrado e teste t para amostras independentes.

Resultados: Participaram do estudo 126 enfermeiros gestores, 32 do segmento estratégico e 94 do operacional. Um nível moderado de frequência e intensidade de distresse moral foi observado, com médias de 3,07(DP=1,21) e 3,55(DP=1,35), respectivamente. As maiores médias estiveram relacionadas aos fatores Equipe de trabalho, Cuidado seguro e qualificado e Condições de trabalho. Na comparação de grupos, o gestor operacional apresentou os maiores níveis de frequência e intensidade, com médias de 3,33(DP=1,20) e 3,76(DP=1,26), respectivamente.

Conclusão: Constatou-se que o distresse moral em enfermeiros gestores de hospitais universitários federais se encontra em nível moderado de frequência e intensidade, sendo que os enfermeiros do grupo Gestor de Enfermagem, apresentaram o maior escore de Distresse moral quando comparado ao grupo chefe de Divisão de Enfermagem.

Abstract

Objective: To analyze the frequency and intensity of moral distress in nursing managers of Federal University Hospitals.

Methods: Cross-sectional study conducted with nursing managers working at different hierarchical levels of Federal University Hospitals through the application of the Brazilian Scale of Moral Distress in Nurses and a sociodemographic and working questionnaire. For analysis, we used descriptive statistics, chi-square test and t test for independent samples.

Results: 126 nurse managers participated in the study, 32 from the strategic segment and 94 from the operational one. We have observed a moderate level of frequency and intensity of moral distress, mean 3.07(SD=1.21) and 3.55(SD=1.35), respectively. The greatest means were related to the factors Work team, Safe and qualified care and Working conditions. When comparing groups, the operational manager had the highest levels of frequency and intensity, mean 3.33 (SD=1.20) and 3.76 (SD=1.26), respectively.

Como citar:
Faraco MM, Gelbcke FL, Brehmer LC, Ramos FR, Barlem EL, Dalmolin GL. Distresse moral vivenciado por gestores enfermeiros no contexto de hospitais universitários federais. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE039013534.

DOI
<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0013534>



Descriptores

Angústia psicológica; Hospitais universitários; Gestores de saúde; Moral; Enfermeiros e enfermeiras

Keywords

Psychological distress; Hospitals, university; Health manager; Morale; Nurses

Descriptores

Distrés moral; Hospitales universitarios; Gestor de salud; Moral; Enfermeras y enfermeros

Submetido

26 de Maio de 2021

Aceito

25 de Agosto de 2021

Autor correspondente

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº, 88040-900, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Sala 480, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: laura.brehmer@ufsc.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pazzetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: We have found that moral distress in managing nurses of federal university hospitals is at a moderate level of frequency and intensity, and nurses in the Nursing Manager group had the highest Moral Distress score when compared to the head group of the Nursing Division.

Resumen

Objetivo: Analizar la frecuencia y la intensidad del distrés moral en gestores de enfermería de Hospitales Universitarios Federales.

Métodos: Estudio transversal desarrollado con gestores de enfermería que actúan en distintos niveles jerárquicos de Hospitales Universitarios Federales por medio de la aplicación de la Escala Brasileña de Distrés Moral para Enfermeros y el cuestionario sociodemográfico y laboral. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva, prueba chi-cuadrado y prueba t para muestras independientes.

Resultados: Participaron del estudio 126 enfermeros gestores, 32 del sector estratégico y 94 del operativo. Se observó un nivel moderado de frecuencia e intensidad de distrés moral, con promedios de 3,07(DP=1,21) y de 3,55(DP=1,35), respectivamente. Los mayores promedios estuvieron relacionados con los factores Equipo de trabajo, Cuidado seguro y calificado y Condiciones de trabajo. En la comparación de grupos, el gestor operativo presentó los mayores niveles de frecuencia y de intensidad, con promedios de 3,33(DP=1,20) y de 3,76 (DP=1,26), respectivamente.

Conclusión: Se verificó que el distrés moral de enfermeros gestores de hospitales universitarios federales se encuentra en un nivel moderado de frecuencia y de intensidad y los enfermeros del grupo Gestor de Enfermería presentaron la mayor puntuación de Distrés moral cuando comparado con el grupo jefe de la División de Enfermería.

Introdução

O conceito de Distresse Moral (DM) descreve a experiência de enfermeiros frente a situações que os impedem de agir conforme seu próprio julgamento moral, ou seja, o sofrimento por não seguir o curso correto de ação devido a barreiras de diferentes ordens (pessoais, organizacionais e sistêmicas), inibindo o exercício da agência moral. Este construto foi expandindo-se ao longo das últimas décadas, incorporando novas nuances conceituais, cenários de aplicação e diferentes profissionais.⁽¹⁻³⁾

O DM, fenômeno relatado inicialmente na prática clínica, vem sendo estudado em vários campos de atuação da enfermagem. 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.⁽⁴⁾ É nesse quadro que estes profissionais podem encontrar alguma diferença entre o trabalho real e o prescrito na organização do trabalho da enfermagem, relacionada à divisão do trabalho, conflitos de equipe, déficit de pessoal, infraestrutura inadequada, ritmo intenso de trabalho ou a falta de autonomia e a fragmentação do cuidado.^(5,6)

Quando os diversos interesses organizacionais estão em dissonância com a vontade individual e a consciência ética, podem emergir sensações de fragilidade, esgotamento e angústia, potencializando a percepção de que a integridade pessoal foi comprometida.⁽⁷⁾

Desafios ético-morais precisam ser analisados em suas especificidades profissionais e institucio-

nais, razão pela qual se destacam os gestores de enfermagem dos Hospitais Universitários Federais (HUF). Estes, desempenham papel estratégico na qualidade do cuidado e nas atividades de ensino e pesquisa, características essenciais dessas organizações. Sob uma nova estrutura de governança e concepção política de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), gerenciam o maior contingente de profissionais da saúde, assegurando a manutenção contínua da prática sócio-humanista e de padrões éticos, além de mediarem conflitos de interesses e valores institucionais e profissionais.

Devido às preocupações com custos, métricas externas e expectativas organizacionais, gestores podem se sentir 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 a prática clínica como um todo.⁽⁸⁾

Diante do entendimento de que os aspectos éticos e o DM se tornaram parte do ambiente hospitalar, suscita-se a importância do debate sobre este assunto. A avaliação da intensidade e frequência do DM entre os diferentes níveis de gestão em enfermagem nos HUF permite torná-lo sensível e perceptível em face das particularidades dos desafios diários e do novo modelo de governança proposto pela Ebserh. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar a frequência e a intensidade de distresse moral entre os gestores de enfermagem em HUF vinculados à Ebserh.

Métodos

Estudo transversal desenvolvido em Hospitais Universitário Federais sob a gestão da Ebserh. A rede de HUF vinculados a Ebserh é constituída por 40 (quarenta) hospitais. A coleta de dados ocorreu em 30 (trinta) HUF/Ebserh que aceitaram participar do estudo tendo sido realizada no período de dezembro/2019 a maio/2020.

Conforme modelo hierárquico da gestão Ebserh, a chefia da Divisão de Enfermagem (DE) é estabelecida como o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem, havendo uma chefia DE por hospital ($N=40$), sendo que cada HUF possui, obrigatoriamente, uma divisão de enfermagem em sua estrutura hierárquica. No núcleo operacional, encontraram-se os Gestores de Enfermagem (GE), considerados as demais chefias, lideranças de unidades ou serviços de enfermagem.

A população do estudo foi composta por enfermeiros em cargos de chefia (incluindo interinos) ou na função de liderança de qualquer Serviço de Enfermagem nos HUF/Ebserh. O critério que excluiu o participante do estudo considerou as chefias de outras categorias profissionais que assumem a liderança em enfermagem interinamente ou acumulam funções, mesmo que temporariamente.

O universo amostral de GE não foi possível determinar, pois não há uma uniformidade nos hospitais universitários em relação ao número e denominação das unidades assistenciais que variam conforme o porte do hospital, questões da organização próprias das instituições e por cargos gerenciais ocupados por enfermeiros referências nas unidades assistenciais.

O tamanho da amostra calculada foi de 118 participantes (DE = 30 e GE = 88). Para este cálculo, foi utilizado o Programa WINPEPI (versão 11.65), considerando poder de 80% e 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. Definiu-se pela utilização de amostragem não-probabilística por conveniência.

Este estudo contou com a participação de 126 enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94), ligados a

30 HUF/Ebserh. Durante o período de coleta de dados houve a substituição nos cargos de dois DE que já haviam respondido ao instrumento e foram mantidos na amostra. Dentre os GE convidados quatro foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Foram estabelecidas variáveis sociodemográficas e laborais e aplicada a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) que se propõe a medir a frequência e intensidade de DM, concebidas por 49 questões que indicam as 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 6 = muito intenso; respectivamente).⁽⁹⁾ As situações reunidas na escala 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 ($F3=8$ questões); Condições de trabalho ($F4=6$ questões); Infrações éticas ($F5=6$ questões); e, Equipes de trabalho ($F6=7$ questões).

Os dados foram coletados via *on-line* (formulário eletrônico). Como estratégia para minimizar as perdas amostrais foram recrutadas todas as chefias de DE, solicitando-se, para cada uma, apoio para encaminhar o instrumento de coleta e incentivar a participação dos demais enfermeiros GE de sua instituição.

Para fins de análise dos escores médios da frequência e da intensidade de DM, foram utilizados como parâmetros os seguintes intervalos: baixo (0-1,99); moderado (2,00-3,99); e, alto (4,00-6,00). O produto das médias de frequência e intensidade de DM para cada uma das 49 questões gerou uma nova variável para cada item, (FxI), entre 0 e 36, sendo que quanto mais elevado o escore, maior é o DM identificado por questão.

Após a codificação e categorização, os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (base de dados) e analisados no *software IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. As variáveis categóricas foram 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. De acordo com os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste t independente para apuração e comparação de médias entre os grupos. O nível de significância adotado para os testes bivariados foi de 0,05.

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. Como pesquisa unicêntrica com instituições coparticipantes, a coleta de dados, como única etapa da pesquisa realizada nos hospitais, foi realizada somente após aprovação no Comitê de Ética sob nº 3.549.474/2019, respeitando os aspectos éticos em sua integralidade, inexistindo conflitos de interesses, reais ou potenciais, de qualquer natureza.

Resultados

Os participantes do grupo DE apresentaram um perfil predominante com as seguintes características: feminino (n=29; 90,6%), acima de 50 anos de idade (n=18; 56,3%), formação acadêmica há mais de 20 anos (n=21; 65,6%), atuando como enfermeira há mais de 16 anos (n=19; 59,4%), exercendo atividade de gestão há pelo menos 16 anos (n=12; 37,5%), exercendo a função de chefia de DE entre um e cinco anos (n=17; 53,1%), possui especialização/residência (n=13; 40,6%), com formação na área de gestão (n=22; 68,8%); estatutária (n=28; 87,5%), possui um único vínculo (n=25; 78,1%) e carga horária de trabalho em média até 40 horas por semana (n=17; 53,1%), grande parte em hospitais de pequeno porte com até 199 leitos (n=15; 46,9%), da região Nordeste (n=14; 43,8%).

Os participantes do grupo GE apresentaram as seguintes características predominantes: feminino (n=87; 92,6%), idade entre 20 e 39 anos (n=66; 70,2%), formação acadêmica entre 11 e 15 anos (n=36; 38,3%), atuando como enfermeira até 10 anos (n=38; 40,4%), exercendo atividade de gestão há menos de cinco anos (n=62; 66,0%), exercendo função de chefia de DE entre um e cinco anos (n=58; 61,7%), com especialização/residência (n=46; 48,9%), porém sem formação na área

de gestão (n=60; 63,8%), celetista (n=48; 51,1%), com um único vínculo (n=71; 75,5%) e carga horária de trabalho em média até 40 horas por semana (n=75; 79,8%), grande parte em hospitais de médio porte entre 200 e 399 leitos (n=42; 44,7%), da região Nordeste (n=38; 40,4%).

Observam-se variáveis com diferenças significativas entre os grupos DE e GE (teste de qui-quadrado) quando se compararam as características sociodemográficas e laborais: 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 ($p=0,007$).

A tabela 1 apresenta a análise das médias de frequência e intensidade dos fatores de DM entre os grupos DE e GE dos HUF/Ebsrh. Observa-se significância estatística entre os grupos em relação a Frequência ($p<0,001$) e Intensidade ($p=0,004$) de DM, no qual os enfermeiros do grupo GE apresentam maior média de frequência (3,33) e intensidade (3,76) quando comparado aos DE (2,48; 2,99, respectivamente).

Tabela 1. Frequência e intensidade de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94)

Variáveis	Geral	DE*	GE†	$P\ddagger$
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
Frequência				
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
Intensidade				
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

*DE - grupo Divisão de Enfermagem; †GE - grupo Gestores de Enfermagem; ‡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.

Com base nos escores médios, observa-se nível moderado de frequência e intensidade (3,07 e

Tabela 2. Principais situações desencadeadoras de Distresse Moral entre os grupos de enfermeiros gestores (DE=32 e GE=94)

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

*DE - grupo Divisão de Enfermagem; †GE - grupo Gestores de Enfermagem; ‡F - Frequência; §I - Intensidade; EDME-Br - Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros; Nota: Variação do escore por item 0-36

3,55, respectivamente) de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. As maiores médias estiveram relacionadas ao fator F6 (Equipe de trabalho), F2 (Cuidado seguro e qualificado) e F4 (Condições de trabalho); e as menores atreladas ao F1 (Reconhecimento, poder e identidade profissional), F5 (Infrações éticas) e F3 (Defesa de valores e direitos).

Em relação à frequência e intensidade de DM, verifica-se que as médias dos grupos diferiram significativamente nos fatores F1 ($p<0,001$; $p=0,001$, respectivamente), F3 ($p<0,001$) e F5 ($p<0,001$; $p=0,009$, respectivamente). Em todos os fatores, as médias de frequência e intensidade de DM do GE foram maiores quando comparadas às médias do DE.

Com base nas situações preditoras de DM da EDME-Br, a tabela 2 classifica as principais situações desencadeadoras de DM entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebserh. Assim, 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 situações desencadeadoras de DM. Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas e reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente é mais angustiante para o grupo GE ($GE_{rank}=5$ e 11; $DE_{rank}=11$ e 17, respectivamente). Trabalhar com

equipe multiprofissional de saúde incompleta e com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados é identificado como uma das principais causas de DM entre o grupo DE ($DE_{rank}=4$ e 6; $GE_{rank}=13$ e 21, respectivamente).

Discussão

Na estrutura organizacional da EBSERH, a governança é formada por uma Superintendência, três gerências (administrativa, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa), divisões, setores e unidades. Os enfermeiros podem ocupar cargos em toda a estrutura hierárquica, no entanto, obrigatoriamente ocupam a Divisão de Enfermagem (DE), que é considerada o nível mais elevado da estrutura de governança, liderada por enfermeiros, responsáveis técnicos na instituição pela equipe de enfermagem, que apresentam uma maior aproximação com a assistência e a gestão em saúde, e que buscam articular a teoria e a prática continuamente.⁽¹⁰⁾ Este perfil se refletiu nos dados encontrados, no qual os participantes do grupo DE, em relação ao grupo GE, possuem o melhor nível e maior tempo de formação, de atuação como enfermeiro e de experiência em gestão.

As adversidades do processo de trabalho da enfermagem, os conflitos relacionais e estruturais e a vivência de fatores de riscos multicausais de DM requerem retidão em todos os níveis da gestão e demandam por diferentes estratégias assertivas que

podem estar atrelados a: formação profissional; desenvolvimento de competências gerenciais; satisfação com o trabalho; carga de trabalho; manutenção da qualidade dos serviços; resolução de conflitos e necessidade de trabalho em equipe.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

No contexto analisado, constatou-se que o DM está presente entre os enfermeiros gestores dos HUF/Ebsrh em nível moderado resultados que coadunam-se com os achados de outros estudos mais recentes,⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ apontando, inclusive, a chance de levar o profissional ao abandono do emprego ou mesmo a carreira.⁽¹⁶⁾

No grupo DE o enfermeiro gestor com maior experiência profissional pode ter desenvolvido uma sensibilidade moral acurada, com competência ética robusta e coragem para agir em resposta às demandas conflituosas. Com experiência pode-se reconhecer o valor ético das relações e de resolução dos problemas, deflagrando a deliberação moral.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Supõe-se um perfil de gestor com maior grau de resiliência moral. A capacidade de enfrentar os problemas morais e não desenvolver o DM. A resiliência moral envolve a capacidade crítica como uma meta da profissão e uma virtude que permite manter os compromissos individuais e com os interesses dos vulneráveis.⁽³⁾

Em ambos os grupos de gestores os maiores escores de DM estiveram relacionados à Equipe de trabalho, tendo como referência o dimensionamento e a qualificação dos profissionais. Diante de diferentes necessidades e níveis de complexidade de um hospital, observa-se que a gestão em enfermagem se ocupa especialmente com a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem.⁽²¹⁾

Os enfermeiros do grupo DE respondem tecnicamente pelo serviço de enfermagem junto aos Conselhos de Enfermagem e outras instâncias legais.⁽¹⁰⁾ Assim, o estabelecimento do quadro quanti-qualitativo de profissionais de enfermagem nos HUF/Ebsrh 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 situações desencadeadoras de DM.

Os enfermeiros gestores precisam garantir um contingente capacitado em tempo hábil e qualificado

para atender às necessidades assistenciais e tecnológicas cotidianas da profissão e multiprofissional. Há, efetivamente, uma relação entre o DM e a quanti-qualidade dos profissionais de enfermagem.^(22,23)

A alta produtividade, característica do modelo de organização do trabalho da enfermagem, sobre-carga o trabalho, sobressai o subdimensionamento de pessoal, associado com as variáveis que revelam polivalência e multifuncionalidade das práticas de enfermagem, com ênfase na agilidade e disponibilidade imediata, ameaçando a saúde do trabalhador, o próprio usuário e a qualidade do cuidado.⁽²⁴⁾

Em todas estas situações é possível gerar um risco para a continuidade do - Cuidado seguro e qualificado - considerado o segundo maior fator desencadeador de DM entre os participantes. À medida que a segurança do paciente e o ambiente de prática se deterioram, há a tendência de elevação do nível de DM.⁽²⁵⁾ Mudanças positivas no ambiente organizacional (clima ético) demonstraram diminuir o distresse moral, aumentar a satisfação no trabalho e reduzir a rotatividade de pessoal.^(2,26,27)

As condições de trabalho são as situações preditoras basilares que desencadeiam um maior nível de DM. Esse achado alinha-se com um estudo transversal brasileiro e pode refletir as vulnerabilidades no ambiente de cuidado, como a sobrecarga de trabalho e precariedade das condições laborais, impactando na segurança de profissionais e pacientes.⁽²⁸⁾

Os enfermeiros do grupo GE, atuam como chefiias em unidades organizacionais previstas na estrutura hierárquica ou são referência para a enfermagem, atuando na coordenação das equipes, nas unidades assistenciais (sem a ocupação de um cargo efetivamente). É no grupo GE que as angústias relacionadas ao - Reconhecimento, poder e identidade profissional; - Defesa de valores e direitos; - Infrações éticas - ganharam significância em frequência e intensidade de DM. 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.^(29,30) O ambiente de cuidado revela diferentes níveis na liberdade de tomada de decisão, bem

como de responsabilidades. Possibilidades de experimentar intensamente o distresse moral, assim como a autonomia e a maior expressividade ética são afetadas especialmente pelo clima organizacional hierárquico, que pode enfatizar o poder profissional e social dos participantes, ou potencializar gatilhos para a geração de abusos e discriminações.^(19,31)

Sabe-se que o DM é uma experiência singular, considera 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 a estrutura identitária do enfermeiro, em especial, nasce da percepção de si e do seu trabalho, influenciada pelos relacionamentos interpessoais, pela organização do trabalho e pelas inúmeras vivências de problemas morais no seu cotidiano.^(28,32) O enfrentamento de problemas éticos pode comprometer a integridade moral do enfermeiro e, embora a intensidade do DM possa se dissipar em algum grau, um resíduo moral tende a se acumular.⁽³⁾

Os gestores do grupo GE, regem processos de trabalho finalísticos, ligados diretamente às particularidades relacionais no ambiente de cuidado, estão situados num contexto de frequentes situações com implicações éticas, que envolvem a defesa de valores e direitos. Nos microespaços de atuação dos enfermeiros, o exercício da advocacia do paciente carrega desafios de proteção da dignidade humana, promovendo ações de educação em saúde e comunicação efetiva, superando os limites impostos pelo ambiente de trabalho.⁽³³⁾ Isso inclui a necessidade do fortalecimento das relações profissionais, da construção de climas éticos compatíveis com o exercício da autonomia, da construção progressiva de competências morais, de coragem moral.^(34,35)

Como responsável pela organização da estrutura operacional, o enfermeiro GE articula com o nível mais elevado da estrutura de governança de enfermagem, a DE. Nesse caso, as tensões e exigências relacionais ampliam conflitos éticos. Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas foi um dos preditores mais angustiantes para o grupo GE, apontado como variável que impacta a intensidade do trabalho da enfermagem.⁽²⁴⁾

O DM pode ser encarado como uma experiência social, com potencial desestabilizar o grupo num

movimento de sensibilização coletiva.⁽⁷⁾ Os gestores de enfermagem dos HUF/Ebsrh podem compartilhar as mesmas restrições ou entraves intra ou extra organizacionais e, cientes do problema moral, estarem impedidos de agir de acordo com seus princípios éticos. Esta percepção coletiva de experiência do DM pode ser observada em ambos os grupos 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 distresse moral.

Os resultados deste estudo dificilmente poderão assegurar uma forte relação de causa e efeito, uma vez que se torna praticamente inviável estabelecer, medir e controlar todas as variáveis, levando em consideração o método adotado. Entende-se que estudos adicionais que abordem esta população são necessários, destacando que o instrumento utilizado por esta pesquisa foi validado recentemente.

Conclusão

Constatou-se que o distresse moral em enfermeiros gestores de hospitais universitários federais se encontra em nível moderado de frequência e intensidade, sendo que os enfermeiros do grupo GE, apresentaram o maior escore de DM quando comparado ao grupo DE. Os enfermeiros do grupo DE, por sua maior experiência e formação, sugerem maior nível de sensibilidade e de competência moral. Porém, se por um lado a experiência profissional apoia a percepção ética e a deliberação moral, por outro pode gerar resíduo moral e baixo engajamento moral em longo prazo. Além disso, é o enfermeiro GE que possui 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 e conflitos éticos e, possivelmente, o DM.

Colaborações

Faraco MM contribuiu com a concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do

artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Gelbeck FL colaborou com a concepção do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Brehmer LCF contribuiu com a concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Ramos FR contribuiu na redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Barlen E contribuiu com a redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Dalmolin GL contribuiu na redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Barlem EL, Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015;22(5):608-15.
- Epstein EG, Whitehead PB, Promphakul 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.
- Sala Defilippis TM, Curtis K, Gallagher A. Conceptualising moral resilience for nursing practice. *Nurs Inq*. 2019;26(3):e12291.
- Silva VL, Camelo SH, Soares MI, Resck ZM, Chaves LD, Santos FC, et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03206.
- Oro J, Gelbcke FL, Sousa VA, Scherer MD. From prescribed work to the real work of nursing in in-patient care units of Federal university hospitals. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170508.
- Drago LC, Ramos FR, Brehmer LC, Silveira LR, Brito MJ. Nurse managers' moral suffering in a university hospital. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2020;12:1074-80.
- Rushton CH. Cultivating moral resilience. *Am J Nurs*. 2017;117(2 Suppl 1):S11-S15.
- Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. CE: Moral Distress: a catalyst in building moral resilience. *Am J Nurs*. 2016;116(7):40-9.
- Ramos FR, Barlen EL, Brito MJ, Vargas MA, Schneider DG, de Farias Brehmer LC. Validation of the Brazilian moral distress scale in nurses. *J Nurs Meas*. 2019;27(2):335-57.
- Brasil. Ministério da Educação. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH: diretrizes técnicas. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2013 [citado 2020 Dez 8]. Disponível em: https://www.gov.br/ebsrh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/EBSERH_EstruturaOrganizacionaldosHUsobgestodaEBSERH.pdf
- Ramos FR, Vargas MA, Schneider DG, Barlem EL, Scapin SQ, Schneider AM. Ethical conflict as a trigger for moral suffering: survey of Brazilian nurses. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e22646.
- Schaefer R, Zoboli EL, Vieira M. Moral distress in nurses: a description of the risks for professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4020017.
- Ferreira VH, Teixeira VM, Giacomini MA, Alves LR, Gleriano JS, Chaves LD. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. *Rev Gauch Enferm*. 2019;40:e20180291.
- Osugui DM, Henriques SH, Dáazio EM, Resck ZM, Leal LA, Sanches RS. Negotiation of conflicts as a competence of the nurse. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e-36035.
- Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*. 2017;25(6):477-85.
- 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.
- Ramos FR, Barth PO, Brehmer LC, Dalmolin GL, Vargas MA, Schneider DG. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e035578.
- Ramos FR, Brehmer LC, Dalmolin GL, Silveira LR, Schneider DG, Vargas MA. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3332.
- 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.
- Zhang N, Li J, Xu Z, Gong Z. A latent profile analysis of nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2020;27(3):855-67.
- Kurgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- Barth PO, Ramos FR, Barlem EL, Rennó HM, Brehmer LC, Rocha JM. Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):35-42.
- Biondi HS, Barlem EL, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NP, Tomaschewski-Barlem JG. Moral suffering in assistance to childbirth: Situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180052.
- Santos TA, Santos HS, Sampaio EE, Melo CM, Souza EA, Pires CG. Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3267.
- Hiler CA, Hickman RL Jr, Reimer AP, Wilson K. Predictors of moral distress in a US sample of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2018;27(1):59-66.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*. 2017;22(1):51-67. Review.
- Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. *Nurs Ethics*. 2019;26(2):327-45. Review.
- Ramos FR, Barth PO, Brito MJ, Caram C, Silveira LR, Farias Brehmer LC, et al. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):406-15.
- Galbany-Estragués P, Comas-d'Argemir D. Care, autonomy, and gender in nursing practice: a historical study of nurses' experiences. *J Nurs Res*. 2017;25(5):361-7.

30. 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.
31. Marés J. Moral distress: terminology, theories and models. *Kontakt.* 2016;18(3):e137-44.
32. Vilela GD, Ferraz CM, Moreira DD, Caram CS, Brito MJ. Nurse's identity construction in the face of the moral distress process in an intensive care unit. *Rev Min Enferm.* 2020;24:e-1334.
33. Mayer BL, Bernardo MS, Nascimento ER, Bertoncello KC, Raulino AR. Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection. *Reme Rev Min Enferm.* 2019;23:1-5.
34. Rushton CH. Moral Resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Adv Crit Care.* 2016;27(1):111-9.
35. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem EL, Silveira RS, Ramos AM, Pioxak DR. Patient advocacy in nursing: barriers, facilitators and potential implications. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e0100014.