



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

Lenna Eloisa Madureira Pereira

Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde

Florianópolis

2023

Lenna Eloisa Madureira Pereira

Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação, Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientador(a): Prof.(a) Flávia Regina Souza Ramos, Dr.(a)

Coorientador(a) (se houver): Prof.(a) Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dr.(a)

Florianópolis

2023

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

PEREIRA, Lenna Eloisa Madureira Pereira
Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde
/ Lenna Eloisa Madureira Pereira PEREIRA ; orientadora,
Flávia Regina Souza Ramos RAMOS, coorientadora, Laura
Cavalcanti de Farias Brehmer BREHMER, 2023.
221 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Ética em enfermagem. 3. Ambiente de
trabalho. 4. Atenção primária à saúde. 5. Enfermagem em
saúde pública. I. RAMOS, Flávia Regina Souza Ramos. II.
BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Lenna Eloisa Madureira Pereira

Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 15 de fevereiro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prof.(a) Grazielle de Lima Dalmolin, Dr.(a)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Prof.(a) Priscila Orlandi Barth, Dr.(a)

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 Doutora em Educação, Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Flávia Regina Souza Ramos, Dr.(a)

Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

Este trabalho é dedicado às pessoas, entre familiares, colegas e conhecidos que acompanharam todo o ciclo de construção e desenvolvimento de meu doutoramento em Enfermagem. Em especial, ao meu filho Lorenzo Madureira, com todo amor desta vida.

AGRADECIMENTOS

Tantas pessoas deixaram sua participação neste trabalho, que até soa inconveniente citar algumas e esquecer alguém. Por isso, deixo meu agradecimento a todos e todas, sem exceção. No entanto, para descrever os cinco anos de elaboração da ideia, construção, resgate e defesa de tese, divido este período em três momentos: o início de incertezas e ideias e retorno às origens; os anos conturbados de 2020-2021, da “pandemia e o novo normal”. Cada fase com grupos de pessoas-chave, estas que ajudaram em suas maneiras e deixam um pouco de si nestas linhas e, também, na minha vida.

Já inserida em um processo pessoal de tudo ou nada, me vi saindo da capital Belém e indo ao Sul. Não posso deixar de considerar meus parentes e amigos do Sul: meu primo-irmão Rúbio, seu companheiro José Wilmar e demais conhecidos. Durante o processo seletivo conturbado por acontecimentos trágicos envolvendo a UFSC, me vi em um mar de idas e vindas, sem nenhuma certeza de aprovação. Passados todos os trâmites, consegui aprovação, já sabendo do novo desafio a superar: morar longe, ter autonomia, trabalhar com as responsabilidades da vida adulta. E fui, voei. Tive oportunidade de trabalho, vi como é a prática docente por alguns meses, como é difícil conciliar a vida acadêmica com o trabalho para quem não dispõe de bolsa científica. Também foi o tempo de ajustar e planejar minha vida pessoal, afinal de contas, não vivemos apenas para o conhecimento e para o trabalho.

Incertezas, ideias e retorno às origens: o ano de 2020 foi difícil para todos. Como tenho agenda planejada praticamente do ano inteiro, me vi desestimulada a fazer qualquer coisa da tese nos primeiros sessenta dias de confinamento em casa. Procurei focar nos assuntos pertinentes à atenção primária e na situação da Pandemia. Aos poucos, fui fazendo meus trabalhos de modo remoto, assistindo palestras, webinars, materiais sobre o trabalho e a saúde dos trabalhadores na Pandemia. De certa forma, foi o estímulo para retornar ao material deste trabalho. Apesar de ser um recurso fácil, o ensino remoto mostra o quanto o ensino presencial é importante.

O ano de 2021 seguiu sem perspectivas de retorno presencial, porém, já com certo alívio por conta da vacinação disponibilizada à população. Penso que se tivéssemos um plano de mitigação e prevenção bem elaborados e a tempo recorde, teríamos uma oportunidade de salvar mais vidas. Lembro de duas profissionais da atenção primária que não verei mais – uma ACS e uma Enfermeira –, pois sequer tiveram oportunidade de acesso à vacinação, tiveram suas vidas ceifadas em pouco tempo, entre agosto e dezembro de 2020.

Ao final de 2021, fiquei gestante. Foi um momento importante e decisivo para mim. O apoio de minha mãe, Maria Luiza, dos meus familiares e amigos. Agradeço a cada um(a) que ao seu jeito me ajudou no tempo de licença maternidade. Os resultados da tese já estavam parcialmente prontos e em 2022 tive tempo para adequá-los conforme as orientações de minhas orientadoras Flávia e Laura, as quais agradeço toda a paciência e dedicação para que esse trabalho estivesse bem sedimentado teoricamente. A tese de minha vida nasceu (meu Lorenzo), faltando apenas defender esse trabalho acadêmico para, enfim, encerrar mais um ciclo e dar prosseguimento ao futuro e seus novos ciclos.

A todos e todas, meu muito obrigada!

*“A tarefa não é ver o que ninguém viu
ainda, mas pensar o que ninguém ainda
pensou, sobre o que todo mundo vê”*
(SCHRÖDINGER, Erwin)

*“O importante é não parar de
questionar. A curiosidade tem sua própria
razão de existir.”*
(EINSTEIN, Albert)

*“Seja curioso... Mesmo que a vida
pareça difícil, há sempre algo que você pode
fazer para ter sucesso nela.”*
(HAWKING, Stephen)

RESUMO

Objetivos: Analisar os ambientes de trabalho sob a ótica dos ambientes saudáveis de trabalho na Atenção Primária à Saúde em um cenário amazônico; Discutir as dimensões intersubjetivas que compõem o ambiente saudável de trabalho na Atenção Primária à Saúde; Analisar os componentes subjetivos e relacionais do ambiente de trabalho a partir das experiências de profissionais atuantes na atenção primária em saúde em Ananindeua, PA; Avaliar o Clima Ético em ambientes de trabalho da Atenção Primária à Saúde de um município da região amazônica; e analisar associações entre os fatores do clima ético e variáveis sociolaborais. **Método:** estudo do tipo Misto exploratório sequencial, em duas fases: Fase 1- Qualitativa descritiva, com entrevista e observação direta e fase 2- Quantitativa, via preenchimento de instrumento on-line. O contexto abrangeu sete unidades de saúde do município de Ananindeua, PA. Para a fase qualitativa, foram entrevistados 46 trabalhadores; e para a fase quantitativa, 170 trabalhadores preencheram o instrumento Inventário de Clima Ético nas Organizações adaptado ao contexto da atenção primária em saúde. Os dados foram processados com auxílio do software Atlas.ti versão 9.0.24; utilizou-se a análise temática reflexiva (ATR) na fase qualitativa e codebook para a integração dos dados. O estudo amparou-se nos princípios éticos de pesquisa preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e obteve parecer substanciado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a CAAE 32493920.4.0000.0121. **Resultados:** Foram elaborados quatro manuscritos: 1) Ambientes de trabalho e suas perspectivas na atenção primária; 2) Componentes subjetivos e relacionais no ambiente de trabalho na atenção primária em saúde; 3) Inferências do clima ético num ambiente de trabalho na atenção primária à saúde: um estudo misto; e 4) Clima ético no ambiente de trabalho de profissionais da atenção primária. O primeiro analisa o trabalho na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos ambientes saudáveis; O segundo analisa os componentes subjetivos e relacionais do ambiente de trabalho a partir das experiências de profissionais atuantes na atenção primária em saúde em Ananindeua, PA; O terceiro analisa associações entre os fatores do clima ético e variáveis sociolaborais; e o quarto explora como os resultados da avaliação/medição do clima ético se relacionam com as percepções e experiências de trabalhadores sobre os ambientes de trabalho da atenção primária em uma cidade amazônica brasileira. **Conclusão:** Evidenciaram-se ambientes de trabalho já em avançado processo de sucateamento em variados níveis, como a escassez de recursos materiais e pessoais, que duelam com os desejos de melhorias por parte dos trabalhadores, estes cientes de que fazem parte do SUS. Foi possível apreender as necessidades de melhorias e avanços diante das experiências positivas e negativas desses trabalhadores. A subjetividade do trabalho permite perceber as transformações presentes nesses ambientes, partindo justamente daqueles que são detentores da práxis. Nesses cenários, a ética é considerada “o ponto de inflexão” diante das condutas que ali são tomadas e exercidas, e o Inventário de Clima Ético pôde ser utilizado, levando em consideração as particularidades de cada ambiente. Para isto, o estudo misto conseguiu projetar uma configuração interpretativa ampliada diante de um quarto fator: a responsabilidade social, derivada da benevolência de prestar um bom serviço ao público da atenção primária à saúde. O clima ético prevalece na preocupação com o dever profissional e com a responsabilidade coletiva. O tempo de experiência profissional relaciona-se positivamente com o sentido da benevolência e com a ética profissional que devem embasar a atuação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Ética em enfermagem; Ética nas organizações; Ambiente de trabalho; Atenção primária à saúde; Saúde do trabalhador; Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

Objectives: To analyze work environments from the perspective of healthy work environments in Primary Health Care in an Amazonian scenario; Discuss the intersubjective dimensions that make up a favorable work environment in Primary Health Care; To analyze the subjective and relational components of the work environment based on the experiences of professionals working in primary health care in Ananindeua, PA; Evaluate the Ethical Climate in work environments of Basic Health Units in a municipality in the Amazon region and; analyze associations between ethical climate factors and socio-occupational variables. **Method:** a study of the exploratory sequential mixed type, divided into two phases: Phase 1- Qualitative descriptive, with interview and direct observation, and phase 2- Quantitative, via completion of an online instrument. The context covered seven health units in the city of Ananindeua, PA. For the qualitative phase, 46 workers were interviewed; and for the quantitative phase, 170 workers completed the Ethical Climate Inventory in Organizations adapted to the context of primary health care. Data were processed using the Atlas.ti software, version 9.0.24; reflexive thematic analysis (RTA) was used in the qualitative phase and codebook for data integration. The study was based on the ethical principles of research advocated from the National Health Council (NHC) and obtained a consolidated opinion of approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, under CAAE 32493920.4.0000.0121. **Results:** Four manuscripts were generated: 1) Work environments and their perspectives in primary care; 2) Subjective and relational components in the work environment in primary health care; 3) Ethical climate inferences in a work environment in primary health care: a mixed study; and 4) Ethical climate in the work environment of primary care professionals. The first manuscript analyzes the work in Primary Health Care from the perspective of healthy environments; The second one analyzes the subjective and relational components of the work environment based on the experiences of professionals working in primary health care in Ananindeua, PA; The third analyzes associations between ethical climate factors and socio-occupational variables and the fourth explores how the results of the ethical climate assessment/measurement relate to workers' perceptions and experiences of primary care work environments in a Brazilian Amazonian municipality. **Conclusion:** Work environments were already in an advanced process of scrapping at various levels, such as the scarcity of material and personal resources, which struggle with the desire for improvements on the part of workers, who are aware that they are part of the Unified Health System. It was possible to apprehend the need for improvements and advances given the positive and negative experiences of these workers. The work subjectivity allows us to perceive the transformations present in these environments, starting precisely from those who are holders of the praxis. In these scenarios, ethics is considered "the turning point" in the face of the behaviors taken and exercised there, and the Ethical Climate Inventory could be used, considering the particularities of each environment. For this, the mixed study was able to design an expanded interpretative configuration in the face of a fourth factor: social responsibility, derived from the benevolence of providing a good service to the primary health care public. The ethical climate prevails in the concern with professional duty and collective responsibility. The length of professional experience is positively related to the sense of benevolence and the principles and rules that should support the work of health professionals.

Keywords: Ethics in nursing; Ethics in organizations; work environment; Primary health care; Worker's health; Public health nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção da scoping review	28
Figura 2 - Modelo de ambientes de trabalho proposto pela OMS (2010).....	53
Figura 3 - Síntese da Matriz analítica de Ambiente de Trabalho na APS. Ramos et al., 2019	54
Figura 4 - Nove arquétipos de Clima Ético proposto por Victor e Cullen.....	68
Figura 5 - Mapa da Região Metropolitana de Belém	73
Figura 6 - Mapa geográfico do Município de Ananindeua	74
Figura 7 - Unidades de Saúde de Ananindeua.....	75
Figura 8 - Primeiro mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados.....	82
Figura 9 - Segundo mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados.....	84
Figura 10 - Terceiro mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados, com as cores representando a articulação final para produção dos relatórios qualitativos	86
Figura 11 – Representação dos resultados da rede, com suas categorias distribuídas, com magnitudes (M) registradas.	96
Figura 12 - Componentes subjetivos e relacionais do Ambiente de trabalho na Atenção primária em saúde.	116
Figura 13 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 1 (princípios e regras). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.....	159
Figura 15 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 1 (princípios e regras). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.....	208
Figura 16 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 2 (benevolência). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.....	208
Figura 17 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 3 (independência e instrumentalismo). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.....	209
Figura 18 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 4 (responsabilidade social). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.	209

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos utilizados de acordo com a especificidade ou associação ao tema clima ético.....	29
Quadro 2 - Características da amostra (N=30) que utilizaram instrumento de Clima ético (instrumento específico)	30
Quadro 3 - Distribuição das Unidades de Saúde em Ananindeua.....	75
Quadro 4 - Amostragem por cargos	76
Quadro 5 - Categorias ou agrupamentos que constituíram redes temáticas.....	86
Quadro 6 - Parâmetros da AFC	156
Quadro 7 - Integração de resultados entre Fator (1) Princípios e regras (QUANT) e categoria ética profissional (QUAL).....	160
Quadro 8 - Integração de resultados entre Fator (2) Benevolência (BNV) (QUANT) e categoria Percepções e experiências no ambiente de trabalho (QUAL)	160
Quadro 9 - Integração de resultados entre Fator (3) Independência/instrumentalismo (IDP) (QUANT) e categoria ética pessoal (QUAL)	161
Quadro 10 - Integração de resultados entre Fator Benevolência - Responsabilidade social (QUANT) e categoria Pertencimento ao grupo e clima ético (QUAL).....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégias de busca nas bases de dados. Brasil, 2022.....	27
Tabela 2 - Caracterização da amostra	137
Tabela 3 - Médias para a intensidade de cada item no inventário de clima ético (n=170) (ordem decrescente)	139
Tabela 4 - Correlação entre os fatores do Clima Ético nas Organizações e as variáveis quantitativas estudadas	140
Tabela 5 - Análise Fatorial Exploratória composta por quatro fatores.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APS	Atenção Primária à Saúde
AST	Ambiente Saudável de Trabalho
ATR	Análise Temática Reflexiva
ATS	Ambiente de Trabalho em Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CNESWeb	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CE	Clima Ético
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSS	Determinantes sociais em saúde
ECQ	Ethical Climate Survey
EDMCQ	Ethical Decision-making Climate Questionnaire
ELSEVIER	Sci Verse Scopus
FUNASA	Fundo Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HECS	Hospital Ethical Climate Survey
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICE	Inventário de Clima Ético
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PEN/UFSC	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina—PEN/UFSC
PRÁXIS	Laboratório de Pesquisas sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMB	Região Metropolitana de Belém
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESAU	Secretaria de Saúde de Ananindeua
SEW	Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale
SM	Sofrimento Moral
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UH	Unidade Hermenêutica
WOS	Web of Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1. OBJETIVOS	21
1.1.1 Objetivo Geral	21
1.1.2 Objetivos Específicos	21
1.1.3 Tese de Partida	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	23
2.2 INSTRUMENTOS DE CLIMA ÉTICO EM AMBIENTES DE TRABALHO EM SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO.....	24
3 MARCO TEÓRICO	48
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	48
3.2 O AMBIENTE SAUDÁVEL DE TRABALHO.....	51
3.3 SUBJETIVIDADE EM TRABALHO E SAÚDE.....	57
3.4 ÉTICA, AGENTES MORAIS E CLIMA ÉTICO NO AMBIENTE DE TRABALHO	60
3.4.1. O Instrumento de Clima Ético Organizacional	66
4 PERCURSO METODOLÓGICO	71
4.1. ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA	71
4.2. CENÁRIOS DE PESQUISA	73
4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA	76
4.4. PRODUÇÃO, TRATAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	77
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	80
4.5.1. Fase I – Dados Qualitativos	80
4.5.2. Fase II – Dados Quantitativos	87
4.5.3. Integração dos Dados Mistos	88
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	89
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
5.1. MANUSCRITO 1: AMBIENTES SAUDÁVEIS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 93	
5.2. MANUSCRITO 2: COMPONENTES SUBJETIVOS E RELACIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	112
5.3 MANUSCRITO 3: CLIMA ÉTICO NO AMBIENTE DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	133
5.4 MANUSCRITO 4: INFERÊNCIAS DO CLIMA ÉTICO NUM AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO MISTO	151
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
6.1 A TESE DE CHEGADA.....	175
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICES	195
ANEXOS	212

INTRODUÇÃO

A tese de partida



"Miss A Writes a Song" by mrsdkrebs is licensed under CC BY 2.0

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto de pesquisa o ambiente saudável de trabalho em saúde na atenção primária e sua interface com os elementos éticos e subjetivos. Compõe o macroprojeto de pesquisa “AMBIENTES SAUDÁVEIS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, vinculado ao Laboratório de Pesquisas sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS) e à linha de pesquisa Trabalho em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O interesse pela temática teve um cruzamento, também, pela vida pessoal e acadêmica. Nestes dois espaços, pude observar como são presentes e como ocorrem os fenômenos da subjetividade e situações éticas nos ambientes da atenção primária. Quando tive o contato inicial com a ideia do grupo de pesquisa sobre ambientes saudáveis, não pude deixar de perceber o quão próximo estava da minha história de vida e o que estava sendo proposto pesquisar. Para isso, situo o leitor na época da menina Lenna de oito anos, há aproximadamente 26 anos, residindo na cidade de Manaus. Filha de pais separados, tive de acompanhar a vivência dos pais em dois ambientes de trabalho: A mãe, enfermeira, atuante numa unidade básica de saúde periférica e em um Hospital Universitário Federal referência em Neurologia; o pai, atuante como engenheiro eletricista em uma Companhia de Energia Elétrica do Estado do Amazonas. Desde pequena observando como eram os ambientes, as pessoas, os sentidos e as experiências da assistência em saúde (tanto na atenção primária quanto no ambiente hospitalar e eletricitário); ver como a sobrecarga de trabalho já era um ponto crucial e estimulado tanto nos ambientes da engenharia como no de saúde. O convívio nesses dois ambientes influenciou o que seria, mais tarde, a minha escolha pela área da saúde – a Enfermagem.

Entre as experiências profissionais, trabalhos de iniciação científica ainda na graduação, a temática da violência contra a criança e ao adolescente, abordada entre os profissionais de saúde no mestrado e, finalmente, o doutorado, com as reuniões do grupo de pesquisa, os estágios supervisionados na atenção básica e nas aulas de ética suscitaram os questionamentos acerca dos ambientes de trabalho dos profissionais da atenção primária, assim como a influência das relações envolvendo a ética e suas percepções podem influenciar positivamente/negativamente o lócus do trabalho.

A atenção primária à Saúde (APS), por ora sendo considerada como uma interpretação brasileira a própria “atenção básica”, como fins de compreensão universal (CUNHA *et al.* 2017,

p.2) estando também a mesma compreensão na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi o cenário ideal para tentar compreender as dimensões do trabalho, da força de trabalho na APS e o clima ético percebido nesses ambientes.

Ao fala de cenário, situo o leitor na cidade de Ananindeua, pertencente a Região Metropolitana de Belém (RMB). Ananindeua é o segundo maior município da grande Belém. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESWeb) Ananindeua possui oitenta e quatro estabelecimentos de saúde, sendo doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e trinta e seis unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). A cobertura da APS em Ananindeua no ano de 2018 para uma população de 516.057 habitantes equivale a 82, 57% de cobertura da atenção básica. O cenário consiste em sete das doze unidades básicas de saúde, pertencentes às Regiões 1 e 4 de saúde, cuja população é de aproximadamente 444 trabalhadores.

Atribui-se o trabalho como o “conjunto de atividades realizadas, esforços feitos por indivíduos com o intuito de atingir uma meta” (Significados.com.br, 2022). Enfatiza-se que é mais do que simples atividades; o trabalho constitui-se como toda e qualquer atividade de transformação – técnica ou não técnica – de alguma natureza ou objeto, para um determinado fim ou utilidade (MARX, 1844).

O ambiente de trabalho é entendido como o local onde esse conjunto de atividades são idealizadas, postas em prática. Para este lócus, o ideal é que seja saudável, conforme enfatizam a Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial da Saúde (OIT/OMS), “local onde trabalhadores e gestores colaboram para a promoção de segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores” (OMS, 2010, p.11).

Destacam-se aqui os significados de trabalho em saúde, onde particularmente na APS gira em torno da prevenção e da promoção à saúde, conforme afirma a Política Nacional de Atenção Básica (2017, p. 7)

a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (PNAB, 2017, p.7)

Em um ambiente de trabalho em saúde é imprescindível que haja a compreensão de que há fatores psicossociais associados às práticas de saúde que podem (ou não) estar relacionados ao espaço físico. É nesta compreensão que surge a subjetividade no trabalho.

Sznelwar e Lancman (2011) afirmam que, por muito tempo, o tema subjetividade fora relegado à invisibilidade ao se referir ao termo trabalho.

A própria evolução dos modos de trabalho foi mudando esse vislumbre, ao ponto que novas definições privilegiarem tal dimensão, a exemplo da noção de experiências de trabalho construídas em discrepância entre o prescrito e o real desse trabalho (DEJOURS, 2005). Quer dizer, em sucintas palavras: há uma distinção entre o trabalho efetivamente realizado e aquele que o sujeito ou instituições teriam desejado realizar (mas não o fizeram da forma determinada), uma sintonia do que hoje se entende no jargão popular “*a expectativa versus a realidade*”.

O ambiente de trabalho em saúde não foge à regra - quantas situações entre a expectativa e realidade no ambiente de trabalho da APS contribuíram para os ótimos, bons, maus, péssimos atendimentos em saúde? Quantas situações não foram e são pertinentes para as negligências e imperícias em saúde? Em quantas situações o trabalhador de saúde vê-se engessado, incapaz, impotente por não trazer a resolução do problema conforme aprendeu na formação profissional e/ou acadêmica?

Para essas indagações, vê-se as noções básicas da ética e como ela pode influir nos ambientes de trabalho. Todos os seres humanos são morais. E a capacidade de refletir sobre a moral, ou dar atenção a algo que exige uma ação e orientação faz desse sujeito alguém capaz de fazer escolhas, ou seja, um agente moral. E para toda escolha, há consequências.

Também há as regras de conduta morais, itens norteadores para o trabalho. Na saúde, há os códigos deontológicos das profissões, que ajudam no redirecionamento do que é necessário ser feito, ou deveria redirecionar, visto que os sujeitos que a põem em prática nem sempre exercem as condutas conforme esperado. Neste espaço entre o esperado/desejado e o real surgem as percepções dos trabalhadores sobre os comportamentos presentes nos ambientes organizacionais de trabalho, ou seja, o clima ético (CE).

A pertinência de estudar o clima ético no contexto dos ambientes de trabalho em saúde vai no sentido de compreender como tais experiências e percepções dos trabalhadores influenciam, definem, enrijecem ou mesmo transformam os ambientes das instituições, das quais participam certos elementos em permanente interseção e transformação: a) político organizacionais, como comportamento de estilos e de gestão, regras, formas de reconhecimento e valorização; b) relacionais, como interesses compartilhados e relações em equipes, tomada de decisão, liderança, comprometimento, amizade e; c) individuais, como a satisfação consigo e com o trabalho, expressão de valores (VICTOR & CULLEN, 1988).

Nesse sentido, este estudo partiu da pergunta sobre como estão os ambientes de trabalho em saúde na APS. Para isso adotou de modo articulado, os referenciais de clima ético e ambientes de trabalho, especialmente a partir de reflexões sobre o conceito de ambiente de trabalho saudável, conforme é apresentado no capítulo 3. Entende-se como fundamental compreender a articulação desses conceitos na prática, para promover a reflexão crítica do trabalho em saúde, valorizando perspectivas de seus próprios agentes.

Nesta introdução cabe também esclarecer sobre o processo de construção do capítulo 2, da revisão de literatura, que se deu na fase exploratória da presente pesquisa. Ainda em abril de 2019, foi realizada a primeira revisão de literatura relacionada ao macro projeto referido. Dela emergiu um recorte de interesse à tese, explorado em manuscrito intitulado “Ambiente de trabalho saudável na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura” (compõe o capítulo de revisão desta tese e já foi publicado) com 35 materiais analisados. Evidenciou-se dois subtemas predominantes nos materiais: 1) O adoecimento e estresse como repercussões da vivência subjetiva do trabalho; 2) Alternativas protetivas, educação e transformação dos ambientes de trabalho. Obviamente que após este período houve avanço do conhecimento produzido e, ao longo do estudo, aportes foram incorporados especialmente na discussão dos dados.

Em 2020, com a qualificação do projeto e para maior consistência das escolhas teóricas feitas, foi realizada a segunda revisão relacionada especificamente aos Instrumentos de clima ético em ambientes de trabalho em saúde. Os resultados iniciais foram de aproximadamente 50 materiais, explorados à época. Na fase final de confecção da tese, foi demandada a atualização da busca, incluindo o período até 2022, o que gerou o manuscrito “Instrumentos de clima ético em ambientes de trabalho em saúde: uma revisão de escopo” (também compondo o segundo capítulo de revisões.

O foco desta revisão de escopo foi exclusivamente os instrumentos disponíveis para mensuração do clima ético. Foram levantados vários instrumentos de mensuração, em sua grande parte – ou totalmente – voltados para o ambiente hospitalar. Foi notável a ausência de instrumentos de mensuração voltados para a atenção primária à saúde, o que requereu a ampliação das buscas em outras áreas dentro da saúde, chegando ao Inventário de Clima Ético (ICE) traduzido ao português brasileiro (RIBEIRO *et al.*, 2016), que foi selecionado para uma etapa deste estudo.

A relevância do estudo dá-se pelos olhares que ele propõe - o olhar dos trabalhadores sobre os ambientes onde exercem seu trabalho, sobre as expressões da ética em comportamentos e situações cotidianas e sobre como os atributos éticos do trabalho em serviços de saúde selecionados são construídos intersubjetivamente. O caminho metodológico buscou dar visibilidade a um conjunto complexo de dados que as estratégias qualitativa e quantitativa captaram e, de forma inovadora, propor a análise do fenômeno do clima ético pelo método misto. O rico material explorado ao longo da tese destaca condições materiais, gestonárias, éticas e políticas; suas circunstâncias e déficits apontando a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do cenário estudado, com todas as assimetrias próprias da região amazônica.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre ética e ambiente de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

Discutir as dimensões intersubjetivas que compõem o ambiente saudável de trabalho na Atenção Primária à Saúde;

Analisar os componentes subjetivos e relacionais do ambiente de trabalho a partir das experiências de profissionais atuantes na atenção primária em saúde em cenário amazônico;

Analisar associações entre os fatores do clima ético e variáveis socio laborais.

Avaliar o clima ético em ambientes de trabalho da atenção primária de um município da região amazônica.

1.1.3 Tese de Partida

Experiências de trabalhadores de saúde em cenários de atenção primária à saúde expressam a inter-relação entre clima ético e seus valores enquanto agentes morais, como integrantes da dimensão subjetiva e ética de ambientes saudáveis de trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

Sobre o ambiente de trabalho e o instrumento de mensuração do Clima Ético (CE)

Book vector created by stories - www.fr.eepik.com



2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Lenna Eloisa Madureira Pereira¹
Flávia Regina Souza Ramos²
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer³
Paola da Silva Diaz⁴

Data de submissão 27 de julho de 2020

Data de aprovação 20 de junho de 2020

Publicação 26 de novembro de 2021

Disponibilidade: Pereira LEM, Ramos FRS, Brehmer LCF, Diaz PS. Ambiente de trabalho saudável na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. Rev baiana enferm. 2021;35:e38084. DOI 10.18471/rbe.v35.38084.

Objetivo: identificar, na produção científica, elementos constituintes do ambiente de trabalho saudável na Atenção Primária à Saúde para a saúde dos trabalhadores. **Método:** revisão integrativa da literatura, realizada no período de junho a agosto de 2019, conforme protocolo de busca construído com parâmetros de elegibilidade para a definição de uma amostra de 35 estudos, para responder à questão norteadora: Quais elementos constituintes do ambiente de trabalho na atenção primária se referem à saúde dos trabalhadores? **Resultados:** a análise resultou na elaboração das categorias acerca do adoecimento e do estresse como repercussões da vivência subjetiva do trabalho e das alternativas protetivas, de educação e de transformação dos ambientes de trabalho. **Conclusão:** na produção científica estudada, os elementos constituintes do ambiente de trabalho saudável na Atenção Primária à Saúde, relacionados à saúde dos trabalhadores, são geradores de adoecimento e estresse e estão em constante associação ao contexto desse nível de atenção, à gestão política e ao processo de trabalho na saúde e às vivências subjetivas no trabalho.

Descritores: Ambiente de trabalho. Saúde do trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Saúde pública. Enfermagem do Trabalho.

Descriptors: Working Environment. Occupational Health. Primary Health Care. Public Health. Occupational Health Nursing.

Descriptores: Ambiente de Trabajo. Salud Laboral. Atención Primaria de Salud. Salud Pública. Enfermería del Trabajo.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. lenna.madureira@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0001-9326-0538>

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9965-8811>

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-2350-2655>

2.2 INSTRUMENTOS DE CLIMA ÉTICO EM AMBIENTES DE TRABALHO EM
SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO
ETHICAL CLIMATE INSTRUMENTS IN HEALTH WORK ENVIRONMENTS: A
SCOPING REVIEW
INSTRUMENTOS DE CLIMA ÉTICO EN ENTORNOS LABORALES EN SALUD:
REVISIÓN DEL ALCANCE

Lenna Eloisa Madureira Pereira⁵
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer⁶
Flávia Regina Souza Ramos⁷

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura científica instrumentos para a avaliação do Clima Ético em ambientes de trabalho na saúde. **Método:** Revisão de escopo, realizada em dezembro de 2022 nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus, Web of Science, LILACS e SciELO. **Resultados:** Foram selecionados 155 estudos dos quais 30 artigos utilizam instrumentos específicos de clima ético. **Conclusão e implicações para a prática:** instrumentos dirigidos à mensuração do clima ético possuem variações por estarem associados a outros temas, bem como, na área da saúde são elaborados e aplicados, sobremaneira, em contextos hospitalares. Não foi possível identificar instrumentos direcionados ao ambiente da atenção primária em saúde. É necessário, portanto, identificar e entender o clima ético em todos os ambientes de trabalho em saúde, para que a temática não fique marginalizada e esquecida num lócus e contemplativa nos demais ambientes da prática.

Descritores: ambiente de trabalho, enfermagem, ética, inquéritos e questionários, revisão.

ABSTRACT

⁵Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9326-0538>. Contribuição: Concepção do estudo, da aquisição, análise de dados do estudo; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de integridade de qualquer parte do estudo; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo

⁶ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9965-8811>. Contribuição: Contribuições substanciais para a concepção do estudo; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de integridade de qualquer parte do estudo; Revisão crítica do conteúdo intelectual; Aprovação da versão final do estudo a ser publicado;

⁷ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>. Contribuição: Concepção do estudo; responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de integridade de qualquer parte do estudo; Revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo; Aprovação da versão final do estudo a ser publicado.

Objective: to identify in the scientific literature instruments for the evaluation of the Ethical Climate in health work environments. **Method:** Scope review, carried out in December 2022 in the MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus, Web of Science, LILACS and SciELO databases. **Results:** 155 studies were selected, of which 30 articles use specific ethical climate instruments. **Conclusion and implications for practice:** instruments aimed at measuring the ethical climate have variations because they are associated with other topics, as well as, in the health area, they are developed and applied, mainly, in hospital contexts. It was not possible to identify instruments aimed at the primary health care environment. It is therefore necessary to identify and understand the ethical climate in all health work environments, so that the theme does not become marginalized and forgotten in a locus and contemplated in other practice environments.

Keywords: occupational nursing, nursing, ethics, surveys and questionnaires, review.

RESUMEN

Objetivo: identificar en la literatura científica instrumentos para la evaluación del Clima Ético en ambientes de trabajo en salud. **Método:** Revisión de alcance, realizada en diciembre de 2022 en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus, Web of Science, LILACS y SciELO. **Resultados:** Se seleccionaron 155 estudios, de los cuales 30 artículos utilizan instrumentos específicos de clima ético. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los instrumentos destinados a medir el clima ético tienen variaciones porque están asociados a otros temas, así como, en el área de la salud, son elaborados y aplicados, principalmente, en contextos hospitalarios. No fue posible identificar instrumentos dirigidos al entorno de la atención primaria de salud. Por lo tanto, es necesario identificar y comprender el clima ético en todos los entornos de trabajo en salud, para que el tema no sea marginado y olvidado en un lugar y contemplado en otros entornos de práctica.

Palabras clave: Ambiente de Trabajo, Enfermería, Ética, Encuestas y Cuestionarios, Revisión.

INTRODUÇÃO

O conceito de Clima Ético (CE) tem sido trabalhado no contexto das organizações, oriundo dos estudos do campo administrativo (ALMEIDA; PORTO, 2019). Sua definição passa pelas percepções dos trabalhadores sobre comportamentos e estilos de gestão; moldando a compreensão ética e comportamento dos sujeitos nas múltiplas relações, influências e juízos de valores (DINC; HURIC, 2016). O CE visa compreender a forma e o contexto de trabalho, o comportamento e qualidade de vida das pessoas, além do desempenho das organizações (SANTOS *et al.*, 2019).

Ao associar CE às organizações de saúde é interessante pensar não apenas como um item focado na ética clínica, mas sim nos ambientes onde trabalhadores exercem suas profissões e vivem diversos desafios, desde tensões internas até as perspectivas de novas situações, exigindo qualidade e reflexão destes indivíduos (PARAIZO; BÉGIN, 2020).

Ambiente de trabalho saudável conforme Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2010 p.11) é “um ambiente em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho”. O referido conceito foi obtido por meio de consulta a diferentes organizações cuja preocupação se estende aos ambientes de trabalho e sua estreita relação com a promoção da saúde.

O trabalho passa por inúmeras transformações influenciadas por ordens econômicas, sociais, identitárias e institucionais. A gestão do trabalho em saúde procura focar no trabalhador e seu trabalho, o que inclui sua valorização (PERUZZO *et al.*, 2019).

O ano de 2021 é declarado pela OMS o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores”, pela criticidade que a classe vive atualmente numa crise Sindêmica e, principalmente, pelo reconhecimento aos profissionais de saúde ao redor do mundo, por seus enfrentamentos nos variados ambientes de trabalho (VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

O clima organizacional preconizado na Saúde Pública foca numa equipe forte e presente, remetendo aos indivíduos a interação entre si, agregando conhecimento em seus processos de trabalho e alcance de metas comuns (COFEN, 2020). As organizações de saúde precisam fornecer um CE de suporte aos seus trabalhadores, assim como desenvolver competências de liderança ética para a qualidade do serviço prestado (ALI AWAD *et al.*, 2022).

Embora seja, o CE um tema de interesse de pesquisadores na construção de instrumentos de avaliação, emerge questões acerca da escolha de instrumentos recomendados aos tipos de ambientes de trabalho em variadas organizações (SANTOS *et al.*, 2019). Frente ao exposto, o presente estudo definiu como objetivo identificar nas bases de literatura científica instrumentos para a avaliação do Clima Ético em ambientes de trabalho na saúde.

MÉTODO

Revisão de escopo sobre instrumentos validados para análise do CE no campo da saúde, que contemplem instrumentos específicos ou que façam interface com demais temáticas. Os procedimentos seguiram os princípios dos PRISMA SrC, que permite a identificação de evidências disponíveis sobre a questão de pesquisa, assim como as possíveis lacunas. Por natureza metodológica, foi utilizado elementos da estratégia PCC (participante ou população; contexto; conceito) (CORDEIRO; SOARES, 2018) onde o P= instrumentos; Contexto = área da saúde; Conceito= clima ético; na qual foi formulada a seguinte pergunta chave: Quais são os

instrumentos ou escalas de mensuração do clima ético existentes em ambientes de trabalho na área da saúde?

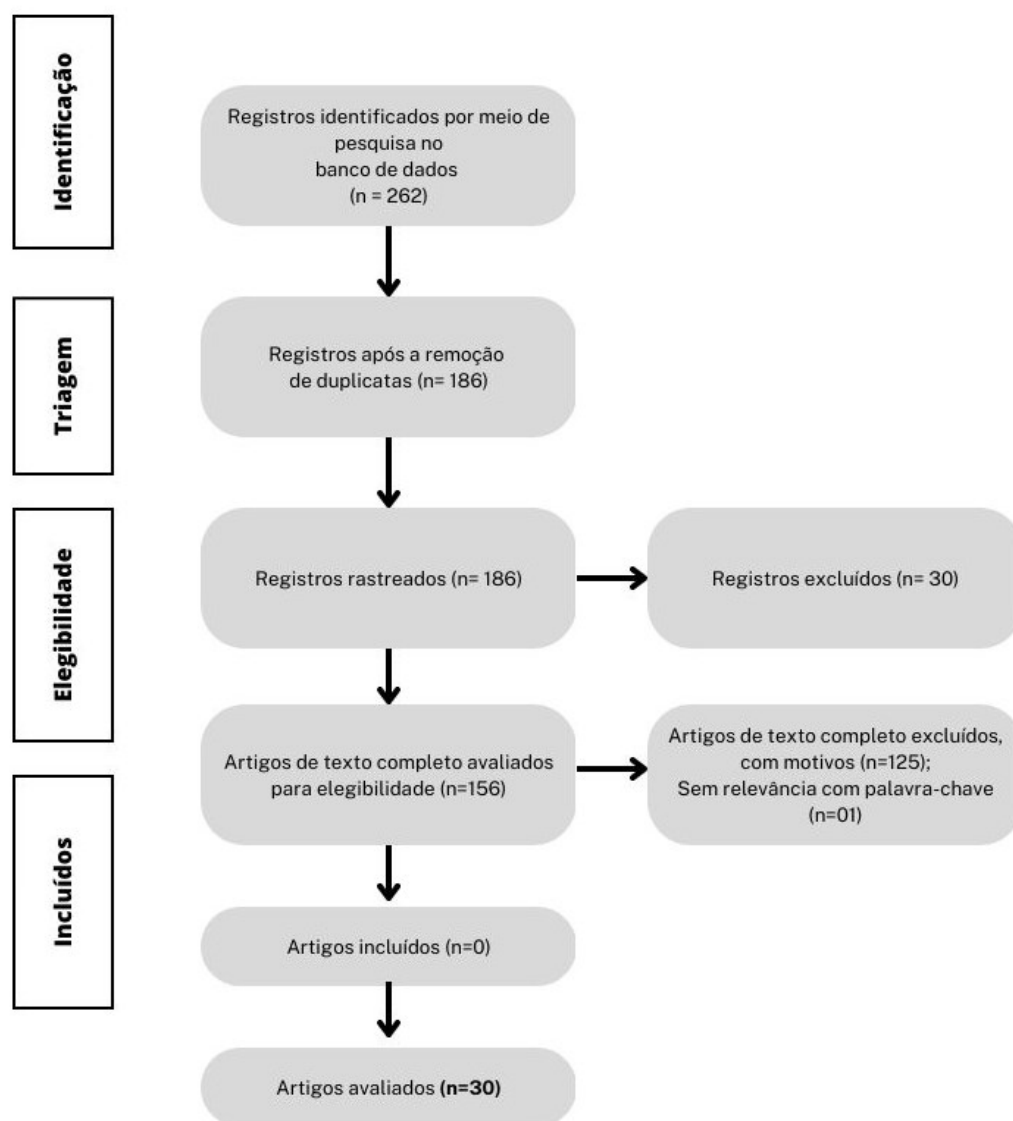
A busca foi realizada no mês de dezembro de 2022 nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE), EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web of Science (WOS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) com suporte do protocolo de busca disponibilizado pela biblioteca UFSC. Os descritores para realização da busca foram os termos contemplados no DECS/MESH (Tabela 2). Os materiais foram qualificados de acordo com os critérios de inclusão referentes a artigos publicados nos últimos cinco anos, ou seja, o período de 2018 a 2022, em inglês, espanhol, português; estudos empíricos (dados primários provenientes de estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos), disponibilidade do resumo e versão completa do artigo. Os critérios de exclusão incluíram livros e capítulos de livros, dissertações e cartas ao editor, artigos de revisão, meta-análises e revisões sistemáticas. A amostra inicial (N=262) foi gerenciada no software Mendeley® reduzindo a 186 arquivos a triagem de duplicatas. As identificações foram submetidas ao fluxograma, conforme mostra a figura F2.

Tabela 1 - Estratégias de busca nas bases de dados. Brasil, 2022.

Descritores utilizados	Ética / Ética / Ethics / Inquéritos e questionários / Encostas y Cuestionarios / Surveys and Questionnaires / Enfermagem / Enfermería / Nursing / Pessoal de Saúde / Personal de Salud / Health Personnel.
Base de dados	MEDLINE; EMBASE; CINAHL; WOS; LILACS; SciELO
ESTRATÉGI A DE BUSCA (operadores AND e OR)	<i>"Ethical climate" AND "Health organizations" OR "health institutions" OR "Health institution" OR "Health Facility Environment" OR Medicin* OR "Medical" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Health Services" OR "Health Service" OR "Health Personnel" OR "Healthcare Worker" OR "Healthcare Workers") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires and Surveys" OR "Survey Methods" OR "Survey Method" OR "Survey Methodology" OR "Surveys" OR "Survey" OR Questionnaire OR "Randomized Response Technique" OR "Randomized Response Techniques"</i>

Fonte: os autores (2022)

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção da scoping review



Fonte: os autores com recursos do Canva®, 2023. Disponível edição no link: https://www.canva.com/design/DAFWu4fcSSo/knuX67_bPFDggODoMFU1VQ/edit?utm_content=DAFWu4fcSSo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

RESULTADOS

Do total de 186 artigos encontrados na busca primária, foram realizadas leituras dos respectivos 155 resumos para confecção dos temas de instrumentos (QUADRO 2); 01 foi

excluído por não ter relevância mesmo tendo palavras-chave associado. Destes materiais foram analisados os textos completos de 30 materiais (QUADRO 3), estes que contemplam a pergunta de pesquisa.

Quadro 1 - Instrumentos utilizados de acordo com a especificidade ou associação ao tema clima ético

	Instrumentos citados (idioma original)	Temas de Instrumentos por agrupamento (N=155)
INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS – CE (30)	<i>Hospital Ethical Climate Survey/Ethical Climate Survey (ECQ)</i> - Victor e Cullen; ECQ versão hebraica; ECQ versão turca	Questionário do Clima Ético
	<i>Hospital Ethical Climate Survey (HECS)</i> - Olson; HECS em versão farsi, persa, grega e sueca; <i>Hospital Ethical Climate (HECS-S)</i> de Olson (versão abreviada); <i>Swedish Ethical Climate Questionnaire (SwECQ)</i> ; <i>Japanese version (J-HECS26)</i>	Escala de Clima Ético Hospitalar
	<i>Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale (SEW)</i>	Capital social e Clima ético
	<i>Ethical Decision-making Climate Questionnaire (EDMCQ)</i> <i>Judgments about Nursing Decisions (JAND)</i>	Clima para tomada de decisão ética
INSTRUMENTOS RELACIONADOS E OU ASSOCIADOS AO CE (125)	<i>Moral Distress Scale (MDS/MMSQ)</i> - Corley ou <i>Corley Moral Distress Questionnaire</i> ; <i>Moral Distress Scale – Revised (MDS-R)</i> ; <i>Moral Distress Scale (MDS-A)</i> versão adulta; MDS-R versão chinesa; (MDS-R) versão sueca; MDS versão pediátrica (MDS-P/N) <i>Perinatal Values Questionnaire</i> ; MDSNPV versão italiana; <i>Work-Related Moral Stress (WRMS)</i> ; <i>The measure of moral distress for healthcare professionals tool (MMD-HP)</i>	Distresse, Sofrimento e Estresse moral
	<i>Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)</i> ; <i>Turnover Intention scale</i>	Burnout e Turnover
	<i>Nursing Ethical Involvement Scale (NEIS)</i> <i>Chinese Moral Sensitivity Questionnaire–revised version scale (MSQ-R-CV)</i>	Envolvimento Moral
	<i>Professional Moral Courage (PMC)</i>	Coragem Moral
	<i>Ethical leadership (LE)</i> - Brown; <i>Ethical leadership questionnaire (ELQ)</i> ; <i>Ethical Leadership at Work Scale – Hoogh e Den Hartog</i> ; <i>Ethical Environment Questionnaire</i> <i>Ethical Leadership Scale (ELS)</i>	Liderança ética

	<i>Jefferson questionnaire / Jefferson survey of attitudes toward physician-nurse collaboration</i> <i>The Machiavellianism Scale</i>	Atitudes em relação a colaboração profissional e comportamento
	<i>Management of Meaning Scale (MMS); Organizational citizenship behavior Scale (OCB); Survey of Perceived Organizational Support (POS); Organizational Commitment Questionnaire (OCQ); Nurses' service behaviour scale (NSBS); Escala climática de trabalho em serviços de emergência hospitalar (WCSHES)</i>	Organização e Gestão (diversos)
	<i>Index of Job Satisfaction / Job Satisfaction Scale (JS/JSS); Brayfield and Rothe Job Satisfaction index (JSS)</i>	Satisfação no trabalho
	<i>Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL-V); Job Diagnostic Survey (JDS); Revised Professional Practice Environment (RPPE)</i> <i>WRQoL Scale</i>	Ambiente, trabalho e qualidade de vida (diversos)
	<i>Nurses professional values scale-Revised (NPVS-R);</i>	Valores profissionais
	<i>Nursing Questionnaire-Critical Care Version (ECNQ-CCV)</i>	Conflitos ético
	<i>Sense of Competence in Dementia Care Staff scale (SCIDS)</i>	Senso de competência
	<i>Psychological Empowerment Instrument (PEI) / Instrumento de Capacitação Psicológica</i>	Empoderamento psicológico no trabalho
	<i>General Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work (QPSnordic)</i>	Apoio e suporte
	<i>MISSCARE Survey</i> <i>Caring Behaviors Inventory-24 (CBI-24)</i>	Prestação de cuidados

Fonte: os autores (2023)

Quadro 2 - Características da amostra (N=30) que utilizaram instrumento de Clima ético (instrumento específico)

Cód.	Objetivo	Tipo de estudo	Instrumento de pesquisa
BENOIT, D.D., <i>et al.</i> , 2018	Avaliar a qualidade do clima ético na UTI com o valor de percepção de cuidado intensivo	Observacional prospectivo	EDMCQ
CONSTANTIN A, C.; PASTAVRO U, E.; CHARALAMBOUS, A., 2018	Avaliar as percepções dos enfermeiros oncológicos sobre o CE hospitalar	Descritivo correlacional	HECS grega

KARACA, T.; OKZAN, S.A.; KUCUKKELEP CE, D., 2018	Examinar enfermeiras e suas percepções de clima ético, satisfação no trabalho e intenção de deixar o trabalho	Transversal	ECQ
PERGERT, P.; BARTHOLDSO N, C.; WENEMARK, M.; LÜTZÉN, K.; AF SANDEBERG, M., 2018	Descrever o processo de tradução e adaptação cultural do HECS versão multiprofissional em pediatria	Descritivo analítico	HECS
GRÖNLUND, C.F.; SÖDERBERG, A.; DAHLQVIST, V.; ANDERSSON, L.; ISAKSSON, U., 2019	Testar as propriedades psicométricas do questionário sueco Questionário de Clima Ético (SwECQ)	Quantitativo*	SwECQ
LOPEZ FRIAS, E.; VICENTE RUIZ, M.A.; DE LA CRUZ GARCÍA, C., 2019	Determinar a relação entre o clima ético organizacional e a Cultura de Segurança do Paciente na equipe de enfermagem	Transversal	HECS
PERGERT, P.; BARTHOLDSO N, C.; AF SANDEBERG, M., 2019	Descrever as percepções sobre o CE no ambiente de trabalho em oncologia pediátrica	Transversal	HECS sueca
BARR, P., 2020	Examinar o efeito do sofrimento moral em considerar deserção e os efeitos indiretos mediados pelo Burnout e CE hospitalar	Observacional	HECS
ALOUSTANI, S., ATASHZADEH-SHOORIDEH, F., ZAGHERI-TAFRESHI, M. <i>et al.</i> , 2020	Identificar a liderança ética, o clima ético e sua relação com o comportamento de cidadania organizacional na perspectiva dos enfermeiros.	Descritivo correlacional	HECS
ABDEEN ABDEEN, M.; MAHDY ATIA, N., 2020	Explorar as relações entre clima de trabalho ético, coragem moral, sofrimento moral e comportamento de cidadania organizacional entre enfermeiras dos Hospitais Universitários.	Descritivo analítico	ECQ
VAN DEN BULCKE, B.; METAXA, V.; REYNERS,	Avaliar relação entre qualidade do clima ético na UTI e deserção	Transversal	EDMCQ

A.K.; RUSINOVA, K.; <i>et al.</i> , 2020			
TEI- TOMINAGA, M.; NAKANISHI, M., 2020	Examinar fatores associados às intenções de rotatividade e lesões e acidentes de trabalho entre cuidadores profissionais	Transversal	SEW
BORHANI, F.; ABBASZADEH , A.; BAHRAMPOU R, A.; AMERI, G.F.; ARYAEENEZH AD, A., 2021	Determinar o efeito das diretrizes de ética hospitalar e treinamento ético na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da ética profissional dos enfermeiros	Transversal Descritivo analítico	HECS + JAND
DONKERS, M.A.; GILISSEN, V.J.H.S.; CANDEL, M.J.J.M.; VAN DIJK, N.M.; <i>et al.</i> , 2021	Explorar os níveis e as causas do sofrimento moral e o clima ético nas UTIs holandesas durante o COVID-19	Quantitativo*	EDMCQ + MMD-HP
FRADELOS, E.; ALEXANDRO POULOU, C.A.; KONTOPOUL OU, L.; ALIKARI, V.; PAPAGIANNIS , D.; TSARAS, K.; PAPATHANAS IOU, I.V., 2021	Examinar o efeito de características demográficas e relacionadas ao trabalho na percepção de HEC e WrQoL	Descritivo Transversal	HEC + WrQoL
JIANG, W.; ZHAO, X.; JIANG, J.; ZHANG, H.; SUN, S.; LI, X., 2021	Avaliar a força do CE hospitalar percebido, a sensibilidade ética e a qualidade do cuidado autoavaliado entre enfermeiros	Transversal	HECS + MSQ-R-CV + CBI-24
JIANG, W.J.; ZHAO, X.E.; JIANG, J.; ZHOU, Q.D.; <i>et al.</i> , 2021	Descrever a qualidade de vida profissional e associar ao clima ético de enfermeiras	Cross-seccional	HECS
TEI- TOMINAGA, M.;	Examinar fatores associados às intenções de rotatividade e lesões e acidentes relacionados ao trabalho entre cuidadores	Transversal	SEW

NAKANISHI, M., 2021			
ÜLKÜ, T.; DÖVEN, M. S., 2021	Identificar as causas dos atos de denúncia nas organizações	Transversal	ECQ
VENTOVAAR A, P.; AF SANDEBERG, M.; RÄSÄNEN, J.; PERGERT, P., 2021	Investigar a percepção de enfermeiros de oncologia pediátrica sobre clima ético e sofrimento moral	Transversal	HEC sueco + MDS-R sueco
ZHANG, N.; LI, J.; BU, X.; GONG, Z.X., 2021	Comparar a relação entre os tipos de clima ético, os comportamentos de serviço e extrafunção de enfermeiros em hospitais públicos e privados	Transversal	ECQ
AKKOÇ, İ.; TÜRE, A.; ARUN, K.; OKUN, O., 2022	Investigar os efeitos do clima ético e da cultura inovadora no desempenho profissional das enfermeiras hospitalares	Cross-seccional	ECQ
BIRKHOLZ, L.; KUTSCHAR, P.; KUNDT, F.S.; BEILHILDEBRAND, M., 2022	Comparar a tomada de decisão ética entre enfermeiras, desenvolvendo e testando uma escala de Confiança na Tomada de Decisões Éticas (EDMC)	Transversal	EDMC
DZIURKA, M.; OZDOBA, P.; OLSON, L. <i>et al.</i> , 2022	Examinar propriedades psicométricas selecionadas da versão polonesa do HECS, avaliar o clima ético hospitalar percebido pelos enfermeiros	Cross-seccional descritivo	HECS polonês
LIU, Y.; ZHANG, Y.; JIN, J., 2022	Explorar as relações de clima ético, colaboração médico-enfermeira e empoderamento psicológico com conflito ético	Cross-seccional multicêntrico	HECS+ ECNQ-CCV
MATSUISHI, Y.; MATHIS, B.J.; HOSHINO, H.; ENOMOTO, Y.; <i>et al.</i> , 2022	Revelar a associação entre clima ético, traço pessoal e qualidade profissional de vida.	Cross-seccional	HECS japonês+ ProQOL V
OKUMOTO, A.; YONEYAMA, S.; MIYATA, C.; KINOSHITA, A., 2022	Investigar a relação entre clima ético, características pessoais e educação continuada para a ética	Transversal	J-HECS26
SEO, H.; KIM, K., 2022	Determinar a percepção do clima ético, níveis de sofrimento moral e intenção de deserção do emprego entre enfermeiros e médicos e determinar a associação entre clima ético, sofrimento moral e intenção de deserção	Cross-seccional	EDMCQ
SILVERMAN,	Avaliar experiências de situações moralmente	Cross-seccional	HECS +

H.; WILSON, T.; TISHERMAN, S.; KHEIRBEK, R.; <i>et al.</i> , 2022	angustiantes e percepções de clima ético na assistência		MDS-R
VENTOVAAR A, P.; AF SANDEBERG, M.; PETERSEN, G.; BLOMGREN, K.; PERGERT, P., 2022	Investigar o estado atual da percepção dos enfermeiros sobre os climas éticos hospitalares e a comportamento de cidadania organizacional	Cross-seccional	HECS + OCB

*Não especificado.

Fonte: os autores (2023)

Os materiais em sua totalidade (n=30) são de estudos transversais e descritivos que utilizam o ECQ, HECS, SEW, EDMCQ na investigação do clima ético nos ambientes de saúde. 99% são materiais no idioma inglês, 1% em espanhol. O ano de concentração de publicação ficou em 2022 com 10 publicações, seguidos do ano de 2021 com 9 publicações, 2020/2018 com 4 publicações e 2019 com 3 publicações.

Destacaram-se os instrumentos formulados por Victor e Cullen (**ECQ**) e Olson (**HECS**) avaliando propriedades psicométricas para avaliação do CE (BENOIT *et al.*, 2018 até BORHANI *et al.*, 2021), incluindo versões apropriadas à cada localidade, como o polonês (DZIURKA *et al.*, 2022), a japonesa (MATSUSHI *et al.*, 2022; OKUMOTO *et al.*, 2022); assim como as percepções dos profissionais; tais instrumentos servem de base a estudos em ambientes hospitalares.

DISCUSSÃO

O CE organizacional é um conceito transversal, consonante às condições de trabalho, o ambiente de trabalho, a qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Há de considerar a interface entre esses construtos para perceber e compreender um ambiente saudável de trabalho.

O objetivo desta revisão foi de identificar na literatura científica instrumentos para a avaliação do CE em ambientes de trabalho na saúde, mapear para quais fins são utilizados estes instrumentos. Com base na análise dos resultados, foram encontrados quatro instrumentos específicos de mensuração do CE.

O CE é definido como perspectivas de trabalhadores sobre as diretrizes, políticas e procedimentos existentes no ambiente de trabalho, de forma que os trabalhadores podem sentir (des)valorização, assim como (des)comprometimento e (in)satisfação (BARR, 2020; ALOUSTANI *et al.*, 2020; ABDEEN; ABDEEN, 2020). Por mais que a definição venha do campo organizacional (ALMEIDA; PORTO, 2019) ela pode ser inserida no ambiente da saúde.

Sua utilização nos ambientes de saúde vai desde a avaliação da cultura de segurança (LOPEZ-FRIAS *et al.*, 2019), a qualidade de vida dos profissionais, onde o CE deve ser pensado como um barômetro representativo da atmosfera do local de trabalho como uma comunidade social (MATSUISHI *et al.*, 2022). Os resultados confirmam outros estudos onde o CE é envolvido: questões relativas à saúde do trabalhador, satisfação do trabalho e intenção de rotatividade (LANES *et al.*, 2020).

A teoria desenvolvida por Victor & Cullen e Olson foi aplicada em países orientais (PERGET; BARTHOLDSON; SANDEBERG, 2019; NAKANISHI, TEI-TOMINAGA, 2018), sendo base também para o instrumento *Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale*, que vai além do trabalho no ambiente, contempla também questões de vulnerabilidades, das condições psicológicas dos indivíduos e sua relação com a comunidade dentro e fora do ambiente laboral. Ao analisar a integração social na organização por uma instituição pública a seus funcionários observa-se o bom relacionamento entre colegas de mesmo nível hierárquico, assim como a relação com os superiores (BORHANI *et al.*, 2021).

Ao se tratar das regras, o CE também influencia significativamente o comportamento dos profissionais. Quando há intervenções nos códigos de condutas consoante aos princípios éticos, os profissionais se sentem mais seguros nas tomadas de decisões e nas relações profissionais (ZHANG *et al.*, 2021).

No que diz respeito a promoção do comportamento ético, aos gestores hospitalares é recomendada a avaliação desses ambientes, além do fornecimento de embasamento necessário para institucionalização ética profissional, para as respectivas melhorias (BORHANI *et al.*, 2021; FRADELOS *et al.*, 2021).

A avaliação de ambientes de trabalho na saúde evidencia que a qualidade do cuidado deve ser medida a partir de instrumentos que contemplem estrutura, processo de trabalho, relações, em observância às fragilidades e às potencialidades dos diferentes contextos (RIBEIRO; VICENTE; MARTINS; VANDRESEN; SILVA, 2020). Quando há um clima

favorável que rege a organização, maior será a manifestação do comportamento de cidadania naquela organização (ALOUSTANI *et al.*, 2020; JIANG *et al.*, 2021).

O ambiente de trabalho é, sobremaneira, constituído por pessoas, situações como abandono de emprego e função, rotatividade, deserção, absenteísmo e descontentamento com o ambiente de trabalho são consequências de ambientes ausentes de intervenções no clima ético, o que influencia negativamente na qualidade de vida destes profissionais (VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020; FRADELOS *et al.*, 2021).

No contexto da atenção primária em saúde há a avaliação dos ambientes de prática de enfermagem, que aborda a satisfação profissional, recrutamento e permanência dos enfermeiros em seus ambientes de trabalho e na melhoria do ambiente da prática. A diferença para o ambiente hospitalar está nos tipos de tomada de decisão, na relação dos sujeitos membros das equipes e pelo processo organizacional como todo (LUCAS; NUNES, 2020). Por mais que não tenha sido atribuído o mesmo peso dos instrumentos em discussão, é importante salientar que o ambiente da prática também possui características organizacionais que facilitam ou não a prática profissional, neste caso em particular da enfermagem.

A percepção positiva ou desejável do clima ético no trabalho foi detectada na realidade de enfermeiras em ambiente hospitalar, a ponto de influenciar na decisão clínica na baixa ocorrência do sofrimento moral. As relações cujas pessoas são gentis são marcadas pela apreciação por parte dos colegas e na criação de vínculos fortes entre as pessoas (LOPEZ-FRIAS *et al.*, 2019; ABDEEN; ABDEEN, 2020; ALOUSTANI *et al.*, 2020; FRADELOS *et al.*, 2021; VENTOVAARA *et al.*, 2021; VENTOVAARA *et al.*, 2022). Esses achados podem ser devidos ao senso claro e compartilhado da missão profissional, da experiência de trabalhado (OKUMOTO *et al.* 2022), da visão hospitalar e ao comprometimento dos profissionais para com a organização.

Respeitar o ambiente de estudo conforme a cultura e vivência são itens imprescindíveis neste tipo de pesquisa. O conjunto de percepções das pessoas sobre práticas e comportamentos entre vários níveis são válidos para entender a equipe (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

A liderança (ZANG, LI, GONG, 2018; ALOUSTANI *et al.*, 2020; KOURKONI *et al.*, 2022) é um item associado ao CE desejável, remetendo ao papel das organizações no preparo de seus líderes, não ignorando as regras e boas práticas éticas de modo a incentivar a

motivação da equipe; isto é, na participação na criação do ambiente favorável de trabalho, na integração da equipe de trabalho, além da valorização das pessoas (KOURKONI *et al.*, 2022).

A comunicação, quando bem adequada, surte efeitos positivos entre comunicantes além da melhoria do cuidado (MCANDREWS; SCHIFFMAN, 2019; NAKANISHI; TEITOMINAGA, 2018). As organizações necessitam considerar a comunicação, principalmente no trabalho em equipe, reforçando o diálogo como parte do processo de transformação daquele ambiente (PARAIZO; BÉGIN, 2020). O clima de trabalho pode impactar inúmeros aspectos, até mesmo em riscos para a segurança do paciente. Ao relacionar clima de trabalho em equipe e cultura de segurança entre profissionais de um hospital especializado, alerta-se sobre a baixa percepção da cultura de segurança (RIBEIRO; CUNHA, 2018).

Tais pontos são considerados “áreas suaves” junto ao clima organizacional no engajamento em saúde. A nível gestor, são pontos importantes para os cuidados em saúde, no sentido de melhorar o envolvimento dos trabalhadores no trabalho. As organizações de saúde precisam ser flexíveis, dispostas a colaboração afetiva entre equipes até mesmo na resolução de conflitos, onde a comunicação precisa ser forte (SZILVASSY & SIROK, 2022).

A coragem moral e o empoderamento (TARAZ *et al.*, 2019; TEHRANINESHAT *et al.*, 2020; ABDEEN; ABDEEN, 2020; AKKOÇ *et al.*, 2022), os atos e as atitudes destacam-se e expressam a influência direta da comunicação entre os profissionais no ambiente de saúde, refletindo a boa relação entre trabalhador e supervisores. O clima ético e a cultura inovadora afetam o empoderamento psicológico dos enfermeiros, no desempenho no trabalho e no comportamento inovador (AKKOÇ *et al.*, 2022). No entanto, num ambiente hospitalar pôde ser evidenciado que o empoderamento psicológico entre diferentes profissionais não surtiu diferenças, pois há uma autopercepção da importância que cada trabalho é realizado (SALLES *et al.*, 2021).

O CE entre equipe precisa ser de coesão, priorizando sempre a comunicação entre seus participantes (TARAZ *et al.*, 2019). No entanto, são observadas fragilidades, como a forma que enfermeiros avaliaram positivamente suas equipes em comparação negativa à equipe de saúde bucal por dentistas (COFEN, 2020).

Do ponto de vista organizacional, a promoção de oficinas éticas que discutam situações que envolvam o clima ético se torna positiva para o trabalhador, as equipes e a organização. O histórico de participação em oficinas éticas também esteve relacionado a uma avaliação mais positiva do clima ético (BORHANI *et al.*, 2021). Cabe às organizações

direcionarem seus objetivos e utilizarem de habilidades para a participação destes indivíduos (RIBEIRO; CUNHA, 2018).

Por outro lado, **o CE se torna negativo** diante de comportamentos indesejáveis, repulsivos e indecorosos dos sujeitos, contribuindo para um ambiente conflituoso. A consequência é a preferência pelo silêncio e pela manipulação, traços da personalidade maquiavélica (ULKU *et al.*, 2021). Alguns estudos demonstram uma percepção de CE diferenciado nas relações, há uma baixa entre as relações enfermeiros e médicos, enquanto é alta na relação entre *pares* (WANG *et al.*, 2022).

A baixa remuneração ou perda de benefícios (VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020) favorece alta da taxa de absenteísmo o que incide na sobrecarga de trabalho (FURLAN *et al.*, 2018). Atividades motivacionais, flexibilização da escala, ajustes salariais e suporte psicológico estão entre ações de melhorias esperadas por esses trabalhadores. Um plano ético de gestão organizacional é uma das sugestões observadas para resolução destes conflitos (LIU *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, o estudo de Ramos *et al.* (2020) traz a reflexão aos fatores “Reconhecimento, poder e identidade” e “Equipes de trabalho” como propícios ao sofrimento moral; o primeiro pela dificuldade de expressão da identidade dos enfermeiros nas relações de trabalho, o segundo por incitar a precariedade dos ambientes de trabalho onde estes profissionais atuam, associados a sobrecarga e más condições de trabalho.

O sofrimento moral, o desconforto moral e os estressores (ZHANG *et al.*, 2018; ZHANG *et al.*, 2019; DONKERS *et al.*, 2021) são condições frequentes nos estudos associados ao CE de forma negativa, principalmente pela classe de enfermagem quando subordinadas numa hierarquia rígida com outros profissionais (ABDEEN; ABDEEN, 2020). Ambientes fechados, de cuidados críticos e altas cargas de tensão (BARR, 2020) implicam a alta angústia moral desses profissionais.

Os indivíduos reconhecem as situações de conflitos nos ambientes hospitalares, recorrendo a deliberação moral para soluções. É uma utilização positiva de reconhecimento dos problemas por parte destes profissionais, pois atribuem importância aos elementos para enfrentamento nestes ambientes fechados. Há, portanto, equilíbrio entre critérios subjetivos da experiência profissional e da deontologia na resolução de conflitos (RAMOS *et al.*, 2020).

A insegurança pessoal ou dos colegas, incertezas sobre qualidade do cuidado prestado também incidem na insatisfação dentro de cenários clínicos, provocando um CE

deficiente para a tomada de decisão e no desenvolvimento do sofrimento moral e na intenção de deserção do emprego (SILVERMAN *et al.*, 2022). Também há situações moralmente angustiantes que influenciam as percepções do CE, como as que envolvem a morte de menores em tratamento (VENTOVAARA *et al.*, 2022); requerendo, portanto, atenção psicológica aos profissionais, pois são ambientes em que os profissionais passam boa parte do tempo de suas vidas. Essas angústias acabam atingindo todos ao redor. É preciso atenção das organizações a esse ponto, implantando formas de enfrentamento para o desenvolvimento motivacional e valorização de seus trabalhadores (VASCONCELOS; MARANHÃO, 2021).

Intervenções que aliviem o sofrimento moral e consequente manutenção do CE desejável precisam ser o foco de ações tanto de organizações, chefias, recursos humanos, de incentivo à equipe de profissionais. Tais intervenções devem ser projetadas para aumentar o respeito mútuo dentro da equipe profissional, aumentando e fortalecendo a cultura e consciência ética (SILVERMAN *et al.* 2022).

Um recurso amplamente utilizado em tempos pandêmicos foi a oferta de apoio profissional de saúde mental aos trabalhadores da saúde (DONKERS *et al.*, 2021). Uma vez que o CE é identificado negativamente dentro de um ambiente laboral hostil psicologicamente, significa que tanto os funcionários como os gerentes assumem o compromisso de manterem o apoio aos sujeitos que ali atuam. Como sugestão ficam a permanência do apoio psicossocial mais acessível e individualizado e continuar oferecendo esse apoio após o período pandêmico (DONKERS *et al.*, 2021).

Por fim, o instrumento *Ethical Decision-making Climate Questionnaire (EDMCQ)* é um questionário focado na tomada de decisão entre profissionais (BENOIT *et al.*, 2018; DONKERS *et al.*, 2021; BIRKHOLZ *et al.*, 2022); compreende a autonomia profissional baseada nos princípios éticos. A autonomia se dá por meio do afloramento de competências, o profissional reconhece eticamente a necessidade de reflexão de seus atos no ambiente de trabalho, assim como entende com criticidade as normas (PARAIZO; BÉGIN, 2020).

Os variados tipos de traduções e adaptações entorno dos instrumentos mais usados (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018; PERGET *et al.*, 2018) podem ser utilizados conforme o ambiente desejado para captação do CE. Um questionário de atitudes de segurança num ambiente cirúrgico seguiu o mesmo raciocínio, para captura do clima organizacional (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018). A utilização abrangente de análises com as demais áreas multiprofissionais e até no ensino universitário (LOPEZ FRIAS; VICENTE

RUIZ; DE LA CRUZ GARCIA, 2019; PERGET *et al.*, 2018; VIDAK *et al.*, 2020) mostra um avanço do uso destes instrumentos.

Uma limitação observada nos estudos de escopo foi a não abrangência aos materiais atuais disponíveis em idioma português, mesmo inserindo o idioma como um item de inclusão no protocolo de busca. Além disso foi observado ausência de instrumentos de mensuração do CE para além do ambiente hospitalar (ATÉ TEI-TOMINAGA; NAKANISHI, 2020). Tal situação também é revelada num estudo europeu (RIBEIRO; PORTO; PUENTE-PALACIOS; RESENDE, 2016). A falta de produções brasileiras nestes contextos, como a atenção primária é evidenciada, por mais que haja estudo sobre adaptação, tradução e validação da HECS, voltado ao ambiente hospitalar brasileiro (CARPES LANES *et al.*, 2022).

Estas implicações suscitam pesquisas futuras sobre a mensuração do CE nos demais ambientes de saúde, adaptação ou mesmo criação de uma escala. Ressalta-se também como limitação do estudo a estratégia de busca dos termos, pois deixa uma lacuna de estudos em variados idiomas sendo atribuídos erroneamente ao idioma inglês.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA

Esta revisão procurou responder ao objetivo de identificar na literatura científica instrumentos para mensuração do CE em ambientes de trabalho em saúde. Os destaques dos achados vão para o ECS de Victor e Cullen (1988) e o Hospital Ethical Climate Survey HECS de Olson (1995;1998), ambos se constituindo como instrumentos principais de mensuração do clima ético no ambiente hospitalar. Uma lacuna existente para a prática nos ambientes de atenção primária fica por conta da ausência de instrumentos específicos para estes ambientes ou mesmo a ausência de estudos brasileiros de instrumentos de CE em diversos ambientes de trabalho. Um viés do estudo está na limitação de tempo, o que poderia ser ampliado para ter uma amostra robusta, porém é preconizado que a delimitação do tempo serve para atualização de dados, assim como a disponibilidade de materiais na íntegra, pois alguns repositórios mostram disponibilidade do material, porém ao acessar há um custo para download. O estudo traz a reflexão sobre a ausência de mecanismos de avaliação especificamente para o ambiente da Atenção Primária, de como está sendo percebido o clima ético neste ambiente de trabalho em saúde.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), produtividade em pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABDEEN ABDEEN, M.; MAHDY ATIA, N. Ethical Work Climate, Moral Courage, Moral Distress and Organizational Citizen Ship Behavior among Nurses. **International Journal of Nursing Education**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 79–85, 2020. Disponível em: <https://search-ebscohost-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=150422394&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- AKKOÇ, İ.; TÜRE, A.; ARUN, K.; OKUN, O. Mediator effects of psychological empowerment between ethical climate and innovative culture on performance and innovation in nurses. **J Nurs Manag.** 2022 Oct;30(7):2324-2334.
- ALI AWAD, N.H.; AL-ANWER ASHOUR, H.M. Crisis, ethical leadership and moral courage: Ethical climate during COVID-19. **Nurs Ethics.** v.29, n.6, p. 1441-1456. doi: 10.1177/09697330221105636. Epub 2022 Jun 20. PMID: 35724327; PMCID: PMC9209857.
- ALMEIDA, J.G.; PORTO, J.B. Índice de clima ético: Evidências de validade da versão brasileira. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie** [Internet]. 2019. v.20, n.3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190030>
- ALOUSTANI, S., ATASHZADEH-SHOORIDEH, F., ZAGHERI-TAFRESHI, M. et al. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. **BMC Nurs** v.19, n.15. Disponível em: <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-020-0408-1>
- ALVES, C.R.A; CORREIA, A.M.M.; SILVA, A.M. Qualidade de vida no trabalho (qvt): um estudo em uma instituição federal de ensino superior. **Revista GUAL.** 2019. v.12, n.1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1983-4535.2019v12n1p205>
- BARR, P. Moral distress and considering leaving in NICU nurses: direct effects and indirect effects mediated by Burnout and the hospital ethical climate. **Neonatology.** 2020. August: p. 1–4. Disponível em: <http://doi.org/10.1159/000509311>
- BENOIT, D.D.; JENSEN, H.I.; MALMGREN, J.; METAXA, V.; REYNERS, A.K.; DARMON M., et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. **Intensive Care Med.** 2018; v.44, n.7. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00134-018-5231-8>

BIRKHOLZ, L.; KUTSCHAR, P.; KUNDT, F.S.; BEIL-HILDEBRAND, M. Ethical decision-making confidence scale for nurse leaders: Psychometric evaluation. **Nurs Ethics**. 2022 Jun;v.29, n.4, p. 988-1002. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/09697330211065847>

BORHANI, F.; ABBASZADEH, A.; BAHRAMPOUR, A.; AMERI, G.F.; ARYAEENEZHAD, A. Investigating the relationship between the ethical atmosphere of the hospital and the ethical behavior of Iranian nurses. **J Educ Health Promot**. 2021; v.10, n.1, p.193. doi: 10.4103/jehp.jehp_891_20.

CARPES LANES, T.; DALMOLIN, G.L.; SILVA, A.M.; RAMOS, F.R.S.; OLSON, L. L. Cross-Cultural Adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. **Journal of Nursing Measurement**, Volume 31, Number 2, 2022. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/early/2022/02/11/jnm-2021-0036>

CONSTANTINA, C.; PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. **Nurs Ethics**.; v.26, n.6, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733018769358>

CORDEIRO, L. & SOARES, C. B. "Action research in the healthcare field: a scoping review." **JBI database of systematic reviews and implementation reports**; vol. 16, n.4 p. 1003-1047, 2018. Disponível em: doi:10.11124/JBISRIR-2016-003200

DINC, M.S.; HURIC, A. The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia and Herzegovina. **Nurs Ethics**. V.24, n.8, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733016638143>

DONKERS, M.A.; GILISSEN, V.J.H.S.; CANDEL, M.J.J.M.; VAN DIJK, N.M.; et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. **BMC Med Ethics**. v.17, v.22, n.1, p. 73, 2021. Disponível em: 10.1186/s12910-021-00641-3.

DZIURKA, M.; OZDOBA, P.; OLSON, L. et al. Hospital ethical climate survey - selected psychometric properties of the scale and results among polish nurses and midwives. **BMC Nurs** v.21, n.295, 2022. Disponível em: <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-022-01067-x>

Enfermagem COFEN. **OMS declara 2021 Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores** [internet]. Brasília; 2020. [acesso em 22 nov. 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/oms-declara-2021-ano-internacional-dos-trabalhadores-da-saude-e-cuidadores_83314.html

FRADELLOS, E.; ALEXANDROPOULOU, C.A.; KONTOPOULOU, L.; ALIKARI, V.; PAPAGIANNIS, D.; TSARAS, K.; PAPATHANASIOU, I.V. The effect of hospital ethical climate on nurses' work-related quality of life: A cross-sectional study. **Nurs Forum**. v.57,n.2 p. 244-251, 2021. Disponível em: 10.1111/nuf.12671.

FURLAN, J.A.S.; STANCATO, K.; CAMPOS, C.J.G.; SILVA, E.M. O profissional de enfermagem e sua percepção sobre absenteísmo. **Rev. eletrônica enferm.** n.20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.46321>

GRÖNLUND, C.F.; SÖDERBERG, A.; DAHLQVIST, V.; ANDERSSON, L.; ISAKSSON, U. Development, validity and reliability testing the Swedish Ethical Climate Questionnaire. **Nurs Ethics.** v.26, n.7-8, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733018819122>

JIANG, W.; ZHAO, X.; JIANG, J.; ZHANG, H.; SUN, S.; LI, X. The association between perceived hospital ethical climate and self-evaluated care quality for COVID-19 patients: the mediating role of ethical sensitivity among Chinese anti-pandemic nurses. **BMC Med Ethics.** v.22, n.1, p. 144, 2021. Disponível em: [10.1186/s12910-021-00713-4](https://doi.org/10.1186/s12910-021-00713-4).

JIANG, W.J.; ZHAO, X.E.; JIANG, J.; ZHOU, Q.D.; et al. Hospital ethical climate associated with the professional quality of life among nurses during the early stage of COVID-19 pandemic in Wuhan, China: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Sciences.** V.8, n.3, p. 310-17, 2021. Disponível em: [10.1016/j.ijnss.2021.05.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.002).

KARACA, T.; OKZAN, S.A.; KUCUKKELEPCE, D. Determining the ethical climate perceptions of nurses' and midwives' in an obstetrics and pediatrics hospital. **International Journal of Caring Sciences.** V.11, n.2, 2018. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/42._karaka_original_10_2.pdf

KOURKOUNI, V.; IGOUMENIDIS, M.; GALANIS, P. Cultural Adaptation and Validation of the Questionnaire “Ethical Leadership Scale” In Greek. **International Journal of Caring Sciences**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 922–930, 2022. Disponível em: <https://search-ebcscost-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=159484035&lang=pt-br&site=ehost-live>.

LANES, T. C. et al. Evaluation of ethical climate in health services: a systematic review. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 718-729, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284436>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qfXhRthZ6M9MSj7XY47RVxH/?format=pdf&lang=en>

LIU, Y.; ZHANG, Y.; JIN, J. The relationships of ethical climate, physician-nurse collaboration and psychological empowerment with critical care nurses' ethical conflict in China: A structural equation model. **J Nurs Manag.** v.30, n.7, p. 2434-2441, 2022. Disponível em: [10.1111/jonm.13848](https://doi.org/10.1111/jonm.13848).

LOPEZ FRIAS, E.; VICENTE RUIZ, M.A.; DE LA CRUZ GARCÍA, C. Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. **Horiz. sanitario (en línea).** v.18, n.2, 2019. Disponível em: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2727>

LOURENÇÃO, D.C.A.; TRONCHIN, D.M.R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Rev. eletrônica enferm.** V.20, p. v20a10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47570>

LUCAS, P.R.M.B.; NUNES, E.M.G.T. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. **Rev Bras Enferm.** V.73, n.6, p. e20190479, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>

MATSUISHI, Y.; MATHIS, B.J.; HOSHINO, H.; ENOMOTO, Y.; et al. Personality, Ethical, and Professional quality of life in Pediatric/Adult Intensive Nurses study: PERSEPRO PAIN study. **PLoS One.**v.17, n.3, p. e0259721, 2022. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0259721.

OKUMOTO, A.; YONEYAMA, S.; MIYATA, C.; KINOSHITA, A. The relationship between hospital ethical climate and continuing education in nursing ethics. **PLoS One.** V.17, n.7, p. e0269034, 2022. doi: 10.1371/journal.pone.0269034.

Organização Mundial da Saúde. **Ambientes de trabalho saudáveis:** um modelo para a ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. [Internet]. Brasília; 2010 [acesso em 09 out. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y

PARAIZO, C.B.; BÉGIN, L. Ética organizacional em ambientes de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Internet]. 2020 [acesso em 09 out. 2020]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>

PERGERT, P.; BARTHOLDSON, C.; AF SANDEBERG, M. The ethical climate in paediatric oncology – a national cross-sectional survey of healthcare personnel. **Psychooncology.** 2019 [acesso em 11 jun. 2021];28. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/pon.5009>

PERGERT, P.; BARTHOLDSON, C.; WENEMARK, M.; LÜTZÉN, K.; AF SANDEBERG, M. Translating and culturally adapting the shortened version of the hospital ethical climate survey (HECS-S) - retaining or modifying validated instruments. **BMC Med Ethics.** v. 19, n.35, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12910-018-0274-5>

PERUZZO, H.E.; SILVA, E.S.; BATISTA, V.C.; HADDAD, M.C.F.L.; et al. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev bras enferm.** V.72, n.3, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>

RAMOS, F. R. S. et al. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2020, v. 28 [Accessed 5 January 2023], e3332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>

RAMOS, F. R. S. et al. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2020, v. 54 [Accessed 5 January 2023], e035578. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018020703578>>..

RIBEIRO, I.C.A.; CUNHA, K.C.S. Avaliação do clima de segurança do paciente em um hospital cirúrgico oftalmológico. **Enferm. Glob.** N.52, 2018. [acesso em 30 nov. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.31074>

RIBEIRO, O.M.P.L.; VICENTE, C.M.F.B.; MARTINS, M.M.F.P.S.; VANDRESEN, L.; SILVA, J.M.A.V. Instrumentos para avaliação dos ambientes da prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. gaúch enferm.** V.41, p. e20190381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190381>

RIBEIRO, P.E.C.D; PORTO, J.B.; PUENTE-PALACIOS, K.; RESENDE, M.M. Clima ético nas organizações: evidências de validade de uma escala de medida. **Temas psicol.** [Internet]. V. 24, n.2, 2016. [acesso em 09 out. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-02>

SALLES, B.G.; DIAS, F.C.P.; PERISSOTTO, S.; ANDRADE, J.C.; DINI, A.P.; GASPARINO, R.C. Empoderamento psicológico dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** V.42(esp), p. e20200050, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200050>

SANTOS, T.D.C.; RODRIGUES, M.S.; FRANÇA, L.P.; CERATTI, B.K.; MENESES, P.P.M. Construção de uma Escala de Clima Organizacional para uma Organização Pública. **Rev. psicol. organ. trab.** [Internet]. V.19, n.3, 2019[acesso em 09 out 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.3.167091>

SEO, H.; KIM, K. Factors influencing public health nurses' ethical sensitivity during the pandemic. **Nurs Ethics.** 2022 Jun;29(4):858-871. doi: 10.1177/09697330211072367. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35212557; PMCID: PMC8883130

SILVERMAN, H.; WILSON, T.; TISHERMAN, S.; KHEIRBEK, R.; et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. **BMC Med Ethics.** v.23, n.1, p. 45, 2022. doi: 10.1186/s12910-022-00775-y

SZILVASSY, P. & ŠIROK, K. Importância do engajamento no trabalho na atenção primária à saúde. **BMC Health Serv Res** 22, 1044 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08402-7>

TEI-TOMINAGA, M.; NAKANISHI, M. Factors of feelings of happiness at work among staff in geriatric care facilities. **Geriatr Gerontol Int.** 2021 Sep;21(9):818-824. doi: 10.1111/ggi.14247.

TEI-TOMINAGA, M.; NAKANISHI, M. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. **Environ Health Prev Med.** v.25, n.24, 2020 [acesso em 11 jun. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00863-8>

TRICCO, A.C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.K.; et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med.** V.169, n.7, p. 467-73, 2018. doi: 10.7326/M18-0850.

ÜLKÜ, T.; DÖVEN, M. S. The Moderator Role of Ethical Climate upon the Effect Between Health Personnel's Machiavellian Tendencies and Whistleblowing Intention: The Case of Eskişehir. **Turkish Journal of Business Ethics.** V.14, n.1, p. 125-166, 2021. DOI: 10.12711/tjbe.2021.14.1.0164.

VAN DEN BULCKE, B.; METAXA, V.; REYNERS, A.K.; RUSINOVA, K.; et al. Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. **Intensive Care Med.**, n.46, 2020. [acesso em 11 jun. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05829-1>

VASCONCELOS, A.M.S.; MARANHÃO, T.L.G. A Pressão Psicológica e o Impacto na Saúde Mental do Trabalhador: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.15, N. 57, p. 19-52, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/355830327_A_Pressao_Psicologica_e_o_Impacto_na_Saude_Mental_do_Trabalhador_Uma_Revisao_Sistematca_Psychological_Pressure_and_the_Impact_on_the_Worker's_Mental_Health_A_Systematic_Review

VENTOVAARA, P.; AF SANDEBERG, M.; PETERSEN, G.; BLOMGREN, K.; PERGERT, P. A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate - Situations in paediatric oncology care that involve children's voices. **Nurs Open.** v.9, n.4, p. 2108-2116, 2022. doi: 10.1002/nop2.1221

VENTOVAARA, P.; AF SANDEBERG, M.; RÄSÄNEN, J.; PERGERT, P. Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. **Nursing Ethics.** V.28, n.6, p. 1061-1072, 2021.

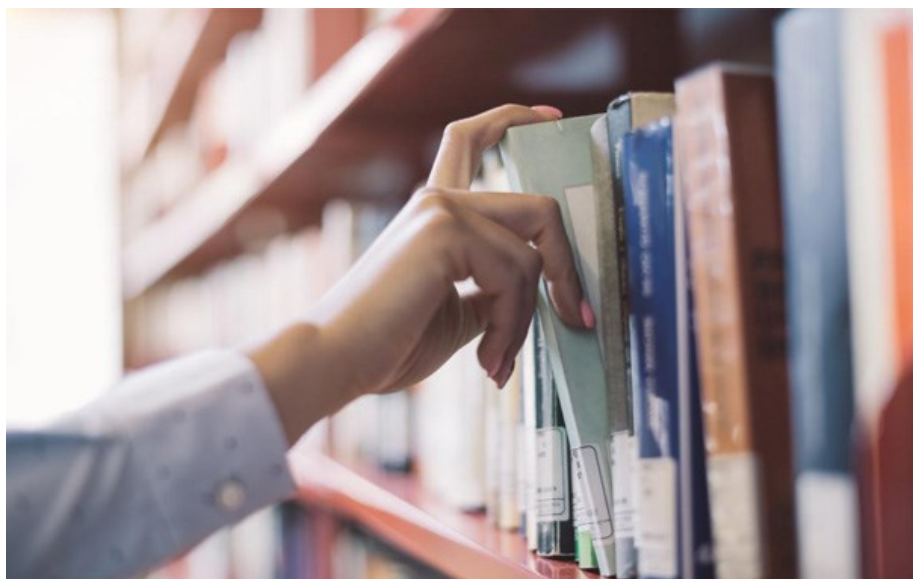
VIANA, D.L.; MARTINS, C.L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trab. educ. Saúde.** V.16, n.1, 2018 [acesso em 09 out. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00094>

WANG, L.; LI, D.; WEI, W.; ZHANG, T.; TANG, W.; LU, Q. The impact of clinical nurses' perception of hospital ethical climates on their organizational citizenship behavior: A cross-sectional questionnaire survey. **Medicine** v.101, n.4, p. e28684, 2022. Disponível em: 10.1097/MD.00000000000028684

ZHANG, N.; LI, J.; BU, X.; GONG, Z.X. The relationship between ethical climate and nursing service behavior in public and private hospitals: a cross-sectional study in China. **BMC Nurs.** V.20, n.1, p. 136, 2021. Disponível em: 10.1186/s12912-021-00655-7

MARCO TEÓRICO

Sobre a contextualização da Atenção Primária, o ambiente de trabalho, a subjetividade no trabalho em saúde, a ética e o clima ético



Fonte: <https://conceptoabc.com/marco-teorico/>

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Os primeiros relatos sobre o termo “atenção primária” deram-se no relatório do governo inglês Dawson, de 1920. Tal relatório foi criado para ser uma referência de atenção à saúde, visto os altos custos de saúde que pesavam sobre a Inglaterra naqueles tempos. O modelo preconizava os níveis de atenção primários e secundários, serviços domiciliares e a inserção de hospitais de ensino. Ele foi, por certo, um modelo de influência para as organizações de saúde dos demais países. A hierarquização do atendimento obedecia aos níveis de atenção; se o caso não fosse solucionado na atenção primária, ele seria encaminhado para o nível de atenção secundária, quando existisse indicação de internação ou procedimentos cirúrgicos (MATTA; MOROSINI, 2009).

A OMS e a Unicef realizaram, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários na Infância, quando os países participantes acordaram a meta de abrangência da atenção primária em saúde nos territórios até o ano 2000 - “Saúde para todos no ano 2000”. A declaração de Alma-Ata (1978) defendia o seguinte conceito para a atenção primária:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. (Opas/OMS, 1978)

No Brasil, a atenção primária tornou-se uma referência fundamental para o movimento de Reforma Sanitária, no final dos anos de 1980, propulsora da compreensão da necessidade de renovação do modelo de saúde existente. O modelo até então vigente concentrava-se em modelo médico previdenciário, com a predominante atuação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (MATTA; MOROSINI, 2009).

Basicamente, esse modelo ofertava atenção à saúde a uma parcela da população, àqueles que tinham carteira assinada. Não possuía, portanto, um caráter universal. A transição para a redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988 deram as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação, em 1990. A motivação para a elaboração do SUS deu-se pela crise de financiamento do padrão INAMPS, associada a mobilização político popular, a qual reuniu trabalhadores, diversos setores sociais e comunidades, culminando no movimento conhecido como “Reforma Sanitária” (SOUZA, 2002; PAIM, 2008).

A inserção do direito à saúde na Constituição Federal, via Artigos 196 e 198, representou vitória do Movimento, concretizada na Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a qual institucionalizou princípios e diretrizes do SUS como: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa dos serviços, entre outros (BRASIL, 1990).

Em 1994, a atenção primária passou por uma reestruturação, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional via financiamento do piso de Atenção Básica (PAB) e modelo de assistência primária, cujo novo foco era a promoção da saúde e a participação da comunidade. O financiamento passou a ser mantido pelo Fundo Nacional de Saúde (FUNASA) aos fundos municipais colaborativos com o PSF (BRASIL, 2010), o que fora instituído pela Norma Operacional Básica do SUS, a NOB 96. O período de meados dos anos 90 foi de ampliação da atenção primária, com pactos de indicadores, negociação intergestores e monitoramento da APS (Atenção primária à saúde) no SUS, além do projeto de consolidação do Saúde da Família com avaliação de melhoria de qualidade entre 2002 e 2005 (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A consolidação da APS deu-se sob a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que define a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujos fundamentos se propagaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade. Além destes, o pacto pela vida fora definido como prioridade nas responsabilidades de cada esfera de governo (BRASIL, 2006, p.3).

Passando por revisão em 2011-2012, a PNAB buscou consolidação de uma APS forte, com cobertura integral e desenvolvimento da promoção da saúde, sendo a porta principal de acesso do usuário do SUS à rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Aqui também merece o destaque a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuantes como facilitadores nos atendimentos das UBS brasileiras. Destaca-se o exemplo do apoio às UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. No entanto, para haver consolidação, fez-se prioritário atender aos desafios emergentes vindos da formação de trabalhadores, da organização de processo de trabalho, da interação com a comunidade, da comunicação no território e da ampla relação entre os entes federativos (MOROSINI; FONSECA, LIMA, 2018).

Com uma cobertura média de 58% da população, e algumas regiões chegando a 100% (BRASIL, 2018), a APS tem seu momento de avanços estagnado, visto as mudanças políticas na história contemporânea brasileira, caracterizada como um período de aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais e visíveis congelamentos de subsídios (financiamentos) sob justificativa de um desequilíbrio fiscal (MASSUDA, 2020).

A adoção do termo APS e não Atenção Básica⁸ dá-se por uma opção distinta da visão de determinados organismos internacionais e atores nacionais, que apresentaram a APS como instrumento de ações para atender populações de baixa renda, o que se distanciava do caráter de universalidade e integralidade que se desejava assumir (BRASIL, 2010). Há, no mínimo, três interpretações para o que seja o significado de atenção primária em saúde: 1) como um programa específico destinado às populações pobres; 2) como nível primário do sistema de atenção à saúde, de forma que organize a porta de entrada no sistema; 3) como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e sua representatividade associada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

⁸Apesar do uso do termo Atenção Básica na maioria dos documentos e políticas brasileiras, especialmente até 2017, neste estudo adotar-se-á o termo *Atenção Primária à Saúde* (APS), destacando mais seu uso mundial e as similaridades conceituais, por mais que haja distinções práticas específicas em diferentes países. A interpretação mais ampla da APS e utilizada neste estudo é: estratégia de organização de um sistema de atenção à saúde, cujo intuito é satisfazer as demandas, necessidades e representações de uma população. É tempo de superar as duas primeiras interpretações e consolidar, definitivamente, a APS como a estratégia de organização do nosso sistema público de saúde. (MENDES, 2015, p.16)

A definição de atenção básica é veiculada por sua Política Nacional, onde em seu 2º artigo consta (BRASIL, 2017, p.2):

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

A ESF (Estratégia Saúde da Família) é uma estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS em 2006, oriunda do Programa Saúde da Família (PSF) na década de 1990. Ela também é orientada pelos princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade, assim como segue as seguintes diretrizes: Regionalização e hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade (BRASIL, 2017, p.13).

3.2 O AMBIENTE SAUDÁVEL DE TRABALHO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 foi um evento ímpar para a saúde pública, pois dali surgiram propostas sobre modos de pensar e definir a saúde como dever do Estado e direito de todos. Dali também surgiram ideias iniciais de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o que viria a ser legitimado em 1988 com a Constituição Brasileira.

O conceito de saúde elaborado na 8ª CNS/86 foi “resultado das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. O que legitima o dever do Estado em garantir as condições de vida, integradas às dimensões sociais, econômicas, culturais, subjetivas e políticas do país. Ressalta-se aqui a importância do conceito *trabalho*; ao ser inserido no debate da Conferência, ao constar como um determinante de saúde.

No entanto, entre o que foi escrito e o que se consagrou como realidade na condição de saúde neste país, observa-se que ainda são insuficientes as garantias de melhorias aos trabalhadores em saúde; o que significa que, para os dias atuais, muito ainda precisa ser estudado, debatido e proposto para suas devidas mudanças.

Apenas em 2004, com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), a menção aos trabalhadores trouxe a dimensão do quanto é necessário avançar em termos de valorização dos trabalhadores da saúde. Observa-se tal importância quando se expressa o entendimento sobre humanização:

“Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).”

Um marco para a saúde e trabalho brasileiros é a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) em 2011, um documento oficial que concretiza as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos que constituem o governo brasileiro na proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

As transformações acerca dos modos de produção e da consequente saúde dos trabalhadores levaram os países a discussões, reuniões, planos e pactuação de políticas para superar os desafios e propor metas de melhoria na produtividade, visto que os trabalhadores se encontravam cada vez mais desgastados.

O ambiente de trabalho em saúde tornou-se uma temática de atenção e contextualização pela Organização Mundial da Saúde desde meados de 2006, com reuniões entre Organização Internacional do Trabalho (OIT) e representantes dos países, influenciados pelas deliberações da Declaração de Stresa e, posteriormente, em Bangkok. No ano de 2007, a elaboração do Plano de ação global para os trabalhadores mobilizou uma moção entre os países para garantias e/ou melhorias de condições de saúde no ambiente de trabalho (OMS, 2010).

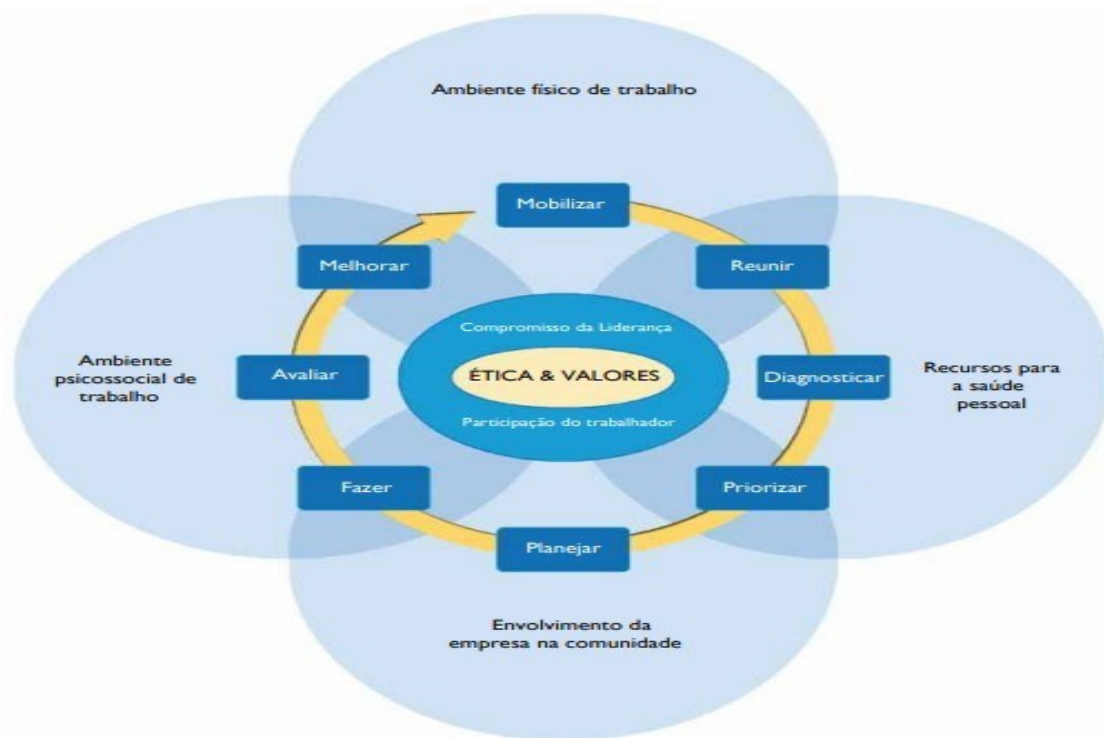
A saúde do trabalhador não se limita à saúde ocupacional ou à medicina do trabalho, marcos anteriores e limitados à prevenção de agravos, recuperação da saúde e adaptação do trabalhador à função. A saúde do trabalhador implica reconhecer a importância da relação trabalhador-ambiente. À OMS coube difundir a noção de ambiente de trabalho em estreitas ligações com os indivíduos, famílias, empresas e comunidades. As ações ali feitas pelos trabalhadores geram a produtividade, competitividade e retorno para a economia. Para isso, é imprescindível que o ambiente de trabalho garanta a saúde e preze pela vida dos indivíduos que ali exercem determinado ofício.

O conceito ambiente de trabalho saudável foi definido pela OMS como:

“Um ambiente em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho” (OMS, 2010, p.11)

Essa definição é válida ao levar em consideração a segurança, bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, organização do trabalho e cultura da organização; Recursos para a saúde pessoal e envolvimento do setor empresa na melhoria de saúde de seus trabalhadores. Um modelo de ambiente saudável de trabalho foi elaborado pela OMS (2010) e é apresentado a seguir.

Figura 2- Modelo de ambientes de trabalho proposto pela OMS (2010)



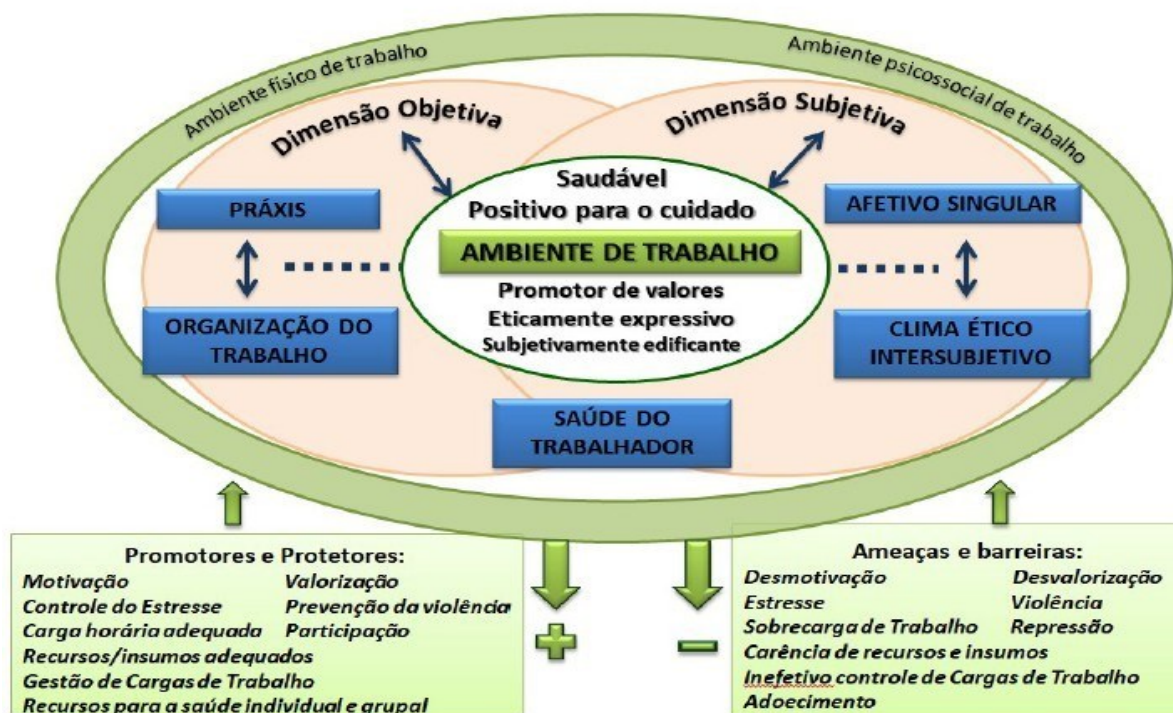
Fonte: OMS (2010).

Visualizando a figura F3, nota-se a ausência de outros conceitos complementares, porém fundamentais e que precisam ser levados em consideração ao falar de ambientes saudáveis de trabalho. A análise de temas que estão próximos da realidade dos trabalhadores fez com que o grupo de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa de Trabalho, Ética, Saúde e

Enfermagem – PRÁXIS estudasse o tema de Ambientes Saudáveis em Saúde. Uma das etapas da pesquisa em desenvolvimento incluiu ampla revisão de literatura sobre descritores relacionados ao conceito de Ambientes Saudáveis de Trabalho, onde chegou-se à discussão sobre uma (re)proposição conceitual para análise do AST, com foco na atenção primária em saúde (APS). A figura F3 sintetiza os achados e a proposição do grupo.

Figura 3- Síntese da Matriz analítica de Ambiente de Trabalho na APS. Ramos *et al.*, 2019

Ambiente de trabalho na Atenção primária à Saúde



Fonte: (PRÁXIS/ UFSC)

O Marco⁹ estabelecido neste modelo expõe a síntese da matriz analítica de ambiente de trabalho dinâmico – sob aspectos físicos e psicossociais –, nos quais interatuam dimensões objetivas e subjetivas, agregando construtos ou eixos fundamentais representados nos retângulos azuis, compondo a compreensão ampliada de ambiente de trabalho. Cada construto ou eixo (a práxis; a organização do trabalho; o afetivo singular; o clima ético intersubjetivo; a saúde do trabalhador) possui ligações delimitadas em cada dimensão, pois a práxis está diretamente ligada à organização do trabalho, assim como o clima ético intersubjetivo está

⁹ A descrição que se segue é baseada na construção proposta por Ramos, *et al.*, 2019.

fortemente ligado ao afetivo singular. Todos os construtos expressam-se em realidades/contextos em permanente transformação, conforme varia o processo de trabalho, histórica e organizacionalmente, por exemplo. Há sincronicidade entre os construtos, eles interagem entre si, e passam obrigatoriamente pela promoção de valores. Significa dizer que o todo (matriz) está em constante *mutabilidade ou instabilidade*.

A dimensão objetiva compreende fatores como o ambiente físico em si e seus elementos estruturais pertinentes ao ambiente de trabalho, recursos materiais para a saúde, políticas públicas de saúde e do trabalhador e organização de trabalho.

A Práxis e a Organização de Trabalho encontram-se na complexidade do processo de trabalho, seguindo a lógica determinada pelas políticas de saúde. Os profissionais envolvidos dominam conhecimentos para o exercício de suas atividades, conforme sua qualificação. E um espaço interinstitucional, existem características divisões do trabalho e hierarquias nas relações (PIRES, 2008).

É plausível atentar para situações como situações problemas na instituição pública, como a dissociação entre a garantia de estabilidade no emprego e acesso aos direitos trabalhistas e a qualificação/melhor remuneração do trabalho no setor saúde. A lógica de funcionamento afeta a perspectiva de coletivo entre os trabalhadores da saúde, uma vez que fragmenta e separa os interesses dos grupos em seu interior (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016, p.11).

A estrutura organizacional é compreendida como formas de gerenciamento, organização, comunicação e decisões em determinado setor, o que consiste em colocar em prática a influência pessoal sobre outras pessoas, para com o auxílio delas atingir objetivos comuns (SELL, 2002). Ela dialoga com as políticas de saúde do trabalhador à medida que as estruturas organizacionais se redefinem, com novas técnicas de gestão, intensificação do trabalho e consequentes agravos à saúde (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

Políticas Públicas e arcabouço legal regem o setor saúde brasileiro (como a lei 8.080/1990), além das políticas de proteção à saúde do trabalhador, a exemplo da própria PNH de 2004, que foram regulamentadas e estão em execução até os dias atuais. Os recursos para a saúde pessoal referem-se ao apoio institucional, e são proporcionados aos trabalhadores com o intuito de melhorar ou manter um estilo de vida saudável desses (OMS, 2010).

São elementos constitutivos da política de ambientes favoráveis: Políticas de saúde, segurança e bem-estar ocupacional que abordam o local de trabalho; Perigos, discriminação, violência física e psicológica e questões relativas à segurança pessoal; Cargas de trabalho justas

e gerenciáveis e demandas de trabalho (estresse); Clima organizacional reflexivo de gestão e liderança eficazes; Boas práticas, apoio de pares, participação dos trabalhadores na tomada de decisões, valores compartilhados; Equilíbrio entre vida profissional e vida saudável; Igualdade de oportunidades e tratamento; Oportunidades de desenvolvimento profissional e progressão na carreira; Identidade profissional, autonomia e controle sobre a prática; Seguro desemprego; Pagamento decente e benefícios; Níveis seguros de pessoal; Suporte e supervisão; Comunicação aberta e transparência; Programas de reconhecimento; Acesso a equipamento, material e pessoal de apoio adequados.

Avançar na reformulação do conceito do AST deve considerar de forma atenta os aspectos relacionados às relações interpessoais e às demandas psíquicas envolvidas no ambiente de trabalho, valorizando os preceitos éticos, morais e legais no trabalho (RAMOS *et al.*, 2018).

A dimensão subjetiva, compreendendo os aspectos relacionados acima, trata das relações interpessoais, o ambiente psicossocial e o envolvimento das instituições no ambiente de trabalho, a participação do trabalhador na gestão e a estrutura organizacional. Nota-se a interação direta com os aspectos objetivos, de forma que, transversalmente, ambos são influenciados pelos valores éticos.

A saúde do trabalhador contempla a promoção da saúde, o direito à saúde do trabalhador, na sua participação na abordagem interdisciplinar e intersetorial. Envolve o processo de trabalho e, também, a participação da ciência no olhar para a prática, no sentido de investigar e intervir nas melhorias de trabalho e valorização dos trabalhadores (OLIVEIRA; OLIVEIRA; MACHADO, 2016). Na preservação em saúde, estão indicadas situações que põem em risco a saúde ocupacional.

Os componentes/construtos afetivo singular e o clima ético intersubjetivo referem-se à relação do ambiente com o fator biopsicossocial, isto é, com a interação no ambiente, onde trabalhador e situações cotidianas influenciam-se mutuamente, agregando múltiplas experiências ao usuário. Tem impacto direto na saúde do trabalhador. O ambiente psicossocial do trabalho inclui atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores; todos inclusos na cultura organizacional. Fatores presentes no ambiente, como organização do trabalho deficiente, ausência de políticas, normas e procedimentos relacionados à dignidade e respeito para com todos os trabalhadores, assédio e intimidação, entre outros, são fontes causadoras de estressores no local de trabalho (OMS, 2010, p.16).

Uma das consequências dessas tensões no local de trabalho vem sendo estudada há mais de 30 anos, o sofrimento moral (SM). O conceito abarca momentos e experiências que podem proporcionar efeitos negativos em um primeiro momento, mas que podem gerar um enfrentamento à dor ou ao desconforto experienciado por esse trabalhador. Nesse ínterim, há interseção com capacidades éticas de lidar com fontes estressoras do ambiente (RAMOS *et. al.*, 2018).

O ambiente de trabalho está configurado como ponto intercessor entre dimensões objetivas e subjetivas; como ponto central, sinaliza a necessidade de equilíbrio entre determinantes, cujos atores sejam responsáveis por tal ambiente; com a participação de todos, há um meio favorável ou positivo para a promoção de bons valores, saudável para quem o frequenta, propício para melhorias coletiva e individual.

Do lado externo da matriz, encontram-se elementos promotores e protetores (motivação, valorização, controle do estresse, prevenção da violência, carga horária adequada, participação, recursos adequados, gestão de cargas de trabalho, recursos para gestão individual e em equipes); assim como elementos ameaçadores e de barreiras (desmotivação, desvalorização, estresse, violência, repressão, sobrecarga de trabalho, carência de insumos, inefetivo controle de cargas de trabalho e adoecimento).

As elevadas cargas de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da saúde podem gerar potenciais agravos que, ao longo dos anos, alteram sua saúde e dificultam seu relacionamento na equipe de trabalho, reduzindo sua produtividade (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016, p.10).

Dessa forma, é possível afirmar que o Termo AST na Atenção Primária em Saúde é o resultado sustentável de um ambiente onde trabalhadores, gestores e comunidade atuam num processo dinâmico, visando melhorias e aprimoramentos; tal processo dialoga com diferentes construtos para a construção de um ambiente que seja motivador, de segurança, bem-estar, produtivo, com acessibilidade aos insumos, reconhecimento e saúde psicossocial de seus trabalhadores, o que presume um ambiente de trabalho eticamente expressivo, positivo para o cuidado e subjetivamente edificante.

3.3 SUBJETIVIDADE EM TRABALHO E SAÚDE

O trabalho é um componente primordial na construção da subjetividade dos indivíduos. É possível perceber a presença da subjetividade durante as transformações no

processo de trabalho, passando por revoluções até chegar aos dias atuais. A subjetividade humana está ali, nas experiências e vivências – muitas vezes incompreendidas e fragmentadas – no ambiente de trabalho.

A relação da subjetividade e trabalho remete à análise de como os sujeitos vivenciam ou dão sentido às suas experiências no ambiente de trabalho. Essa relação varia, conforme as especificidades históricas e cada contexto econômico (NARDI, 2006)

Marx já alertava em seus escritos sobre o perigo da alienação ou mesmo a precarização do trabalho, em termos de processo do trabalho industrial. Apesar das formas atuais utilizarem a inteligência do trabalhador a favor da produtividade e retorno das empresas, a exploração desigual ainda persiste entre empregadores e empregados (HASHIZUME, 2017).

Ramos (1999 p.106) argumenta que “repetitividade e fragmentação observados num trabalho em fábricas, não são exclusivos do trabalho industrial. Eles atingem os demais serviços, incluindo a saúde e as formas de trabalho intelectual”. O trabalho reflete a existência material e simbólica do indivíduo na sociedade, permitindo a expressão do sujeito na prática e para além da própria prática.

Particularmente, a área da saúde estrutura-se com características próprias, acompanhando historicamente e tecnologicamente a evolução do ser humano; e mantém um padrão de organização do processo de trabalho que visa recuperar, manter e ampliar o cuidado subjetivo, simbólico e relacional com as pessoas (LEOPARDI, 1999).

Trabalhar não se resume tão somente a produzir ou fabricar, tampouco transformar o mundo. É transformar a si próprio, a ponto de produzir a si mesmo (DEJOURS, 2011). Por meio do trabalho, o ser humano tem a capacidade de se transformar, revelando-se muitas vezes nesse processo de evolução, a ponto de perceber que ele (ser humano) não é mais o mesmo.

Na sociedade, o trabalho é mediador da integração social e possui significados de satisfação das necessidades objetivas de consumo, assim como as necessidades subjetivas de realização pessoal (LUCCA, 2017). Ele ocupa importância na vida das pessoas: “fonte de subsistência e de posição social, a falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família” (BRASIL, 2001, p.161).

O cuidado em saúde é o resultado de um processo de trabalho coletivo, onde os profissionais põem em prática o conhecimento transformado em técnica, com o objetivo de interferir no processo de saúde/doença dos indivíduos (LEOPARDI, 1999). O trabalho em saúde se dá em uma relação entre subjetividades. O ambiente de trabalho está inserido no processo de trabalho e nas interações entre sujeitos, profissionais e usuários; a organização gerencial e as políticas públicas podem proporcionar, ou não, resultados satisfatórios para a sustentabilidade desses ambientes.

Os fatores psicossociais integram-se mutuamente nas práticas cotidianas do trabalho. O processo de sofrimento e de adoecimento no ambiente de trabalho decorre de como esse indivíduo interage e percebe as influências do ambiente, como a competitividade, as cargas de trabalho, as agressões morais, entre outros fatores (LUCCA, 2017). O reflexo dessa carga psicológica pode refletir no campo biológico, com o surgimento de síndromes e de esgotamento físico e psicológicos.

Algumas possíveis explicações para as atuais divergências encontradas nas relações entre profissões de saúde são derivadas de divergências históricas; o modo que algumas delas lutam para manter uma hegemonia enquanto outras buscam romper o padrão e alcançar autonomia e reconhecimento. Tal situação favorece conflitos dentro das relações de poder (LEOPARDI, 1999, p.73). Em um ambiente de trabalho com altas demandas, ausências de recursos materiais e problemas de variadas ordens, essa energia poderia ser investida para um interesse maior, que poderia trazer benefícios ao coletivo e aos usuários que frequentam o serviço. No entanto, o desgaste decorrente de cargas mal geridas implica a saúde desse trabalhador.

Outro fator gerador de conflitos nas relações reside na comunicação entre os sujeitos. Muitas vezes, as relações entre usuários e profissionais e as relações hierárquicas ou entre pares podem ser desgastantes e agressivas, pela dificuldade de mútuas compreensões e negociações, no enfrentamento de recursos insuficientes, necessidades mal atendidas, reivindicações e respostas mal comunicadas; quando o sofrimento e a impotência podem atingir a todos.

Farias (1999, p. 141) analisa que essa questão de comunicação deficitária na saúde entre profissionais e clientes reside em um problema macropolítico burocraticamente

administrativo, e ambos os atores sociais aqui visualizados são vítimas de um processo geral que escapa ao controle de todos.

Diante de todos os argumentos relatados, é admissível dizer que a subjetividade do trabalho é o fenômeno oriundo da experiência dos sujeitos no ambiente de trabalho, este que acompanha desde sempre a transformação do processo de trabalho: historicamente, socialmente e empiricamente, com relação ao coletivo e a cada indivíduo. Deve-se atentar, pois, para a atual conjuntura, onde os indivíduos em sociedade percebem-se cansados, inseridos em ambientes de conflitos e enfrentando fatores desencadeantes de sofrimento, abatimento e entorpecimento da subjetividade. Intervenções sobre esse ambiente de trabalho devem considerar melhorias das frentes objetivas e subjetivas, éticas e intersubjetivas, potencializando capacidades humanas de transformação e expressão.

3.4 ÉTICA, AGENTES MORAIS E CLIMA ÉTICO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Ao assumir a interface entre ambientes favoráveis para o trabalho, subjetividade e ética, e considerando a complexidade desses construtos, procede-se a busca por conceitos que melhor orientem um estudo em campo específico; busca essa que é feita a partir dos conceitos de ética, agentes morais e clima ético, em suas relações com o ambiente de trabalho.

A ética faz-se presente em qualquer espaço de nosso tempo, até porque todos os seres humanos são constituídos de moral e cultura. (DUPAS, 2011).

A ética é criada na e pela história dos povos; sua construção está alicerçada nos plano sócio-histórico e psíquico da humanidade. Em uma sociedade atual, com tantos meios e técnicas entrelaçados às tecnologias, a ética está para a reflexão sobre os princípios que regem as ações do cotidiano e desconstrução de regras. A sensibilidade nos permite refletir as escolhas que fazemos durante nossa existência. Dessa forma, a sensibilidade permite a abertura às experiências novas e à recusa de dogmatismos (NARDI, 2006, p. 42).

Quanto à sua relação com o trabalho, a emergência histórica do termo ética do trabalho tem como marco a obra original *Die protestantische Ethik und der 'Geist' des Kapitalismus* (ética protestante e o espírito do capitalismo), de Max Weber, de 1904. O dever, a obrigação, as normas e condutas que regem um código moral pertencente à ética, assim como na ética protestante, tem seus alicerces na tríade pátria, família e trabalho. A relação ética com o trabalho pode ser compreendida, a partir de Weber (PIERUCCI, 2004), sob três aspectos:

1. A ética do trabalho como código normativo: um regime de verdades padronizadas e um conjunto de dispositivos associados ao trabalho onde trabalhadores se sujeitam, por meio de relações de dominação ou de reconhecimento social; **2. A ética do trabalho como processo identificatório social do trabalhador:** a incorporação da ética do trabalho como elemento de identificação e reconhecimento social torna-se possível a partir da associação trabalho/família; **3. A ética do trabalho como prática reflexiva da liberdade das decisões:** Talvez seja o retrato mais condizente com as formas de trabalhos atuais, pois é variante das consequências das transformações do código moral contemporâneo. Marcada por um crescimento absurdo do individualismo, quebra dos laços sociais, consumismo abusivo e um período de incertezas ou transições para novos paradigmas.

O sujeito ético-moral é aquele que sabe o que faz, conhece as causas e os fins de sua ação, o significado de suas intenções e de suas atitudes e a essência dos valores morais (CHAUÍ, 2013). Para que haja conduta ética no campo de trabalho, a pessoa precisa conhecer a diferença entre bem e mal; virtudes ou vícios; benefício e malefício; permitido e proibido.

No sentido do trabalho, o sujeito precisa possuir as seguintes características: ser consciente de si e dos outros, ser dotado de vontade, ser responsável e ser livre. A ética é um saber prático que está estritamente ligado à práxis. Ela é um meio de compreender natureza moral dos homens e exige muito de quem a utiliza; em outras palavras, a ética é uma consulta à razão (OLIVEIRA, 2012).

No campo da realidade, o sujeito ético precisa levar em consideração a deliberação ou decisão (a escolha moral). Deliberamos e decidimos aquilo que é possível e está ao nosso alcance, pois determinadas questões estão ligadas à nossa vontade e ação. O sujeito prudente analisa as melhores atitudes ou ações a serem tomadas diante de várias escolhas possíveis, com o intuito de realizar aquilo que é bom para si e para os outros (CHAUÍ, 2013).

O conceito de agente moral, a partir da proposição do livro *The Elements of Moral Philosophy* de James Rachels (1969, p. 13), refere-se “aquele que considera imparcialmente o interesse de todos os afetados num dilema moral; Ele analisa com cuidado os fatos e suas implicações”. O agente moral é um ser disposto a refletir as razões, mesmo quando suas convicções podem ser divergentes, e que mesmo assim age de acordo com os resultados de uma deliberação.

Ao aprofundar os estudos da filosofia moral, Rachels (1969, p.41) demonstra que não se pode apenas reduzir a ética “ao que cada um entende, portanto, algo subjetivo e particular”,

mas sim compreender sob quais aspectos os princípios e valores estão enraizados e refletidos nas decisões cotidianas (BRESOLIN, 2011).

Os sujeitos trabalhadores envolvidos em um campo de trabalho estão abertos às múltiplas relações, sejam elas positivas ou negativas, influências, juízos de valores. Desde a década de 1960, há estudos sobre o papel no clima das organizações de trabalho. O clima ético pode ser compreendido como um atributo importante de qualquer organização, pois é capturado a partir das percepções dos trabalhadores (suas subjetividades) sobre comportamentos padronizados ou estilos de gestão (RIBEIRO *et al.*, 2016).

A dimensão ética do clima organizacional ganhou status de teoria, baseada em princípios filosóficos e sociológicos, como a elaborada por Victor e Cullen em 1988. A teoria aborda a percepção compartilhada entre pessoas em um ambiente de trabalho, que aponta nove tipos de arquétipos do clima ético (auto interesse; amizade; moralidade pessoal; lucros da empresa; interesse da equipe; regras da organização; eficiência; responsabilidade social; códigos profissionais e leis) (CULLEN; VICTOR; BRONSON, 1993). Não obstante, os achados de Victor e Cullen retratam que as organizações não apresentam um único tipo de clima ético, existindo assim um tipo dominante entre os outros.

As organizações podem apresentar diferentes configurações, podendo atuar de acordo com diferentes climas éticos (RIBEIRO *et al.*, 2016). Estudos apontam a presença do clima ético no comprometimento organizacional, enquanto a satisfação no trabalho pode ser alcançada em diferentes níveis no ambiente de trabalho, principalmente se relacionado ao apoio ou a recompensas financeiras (ANAZA *et al.*, 2015). O clima ético é pesquisado e identificado nas relações entre equipe e liderança paternalista ou liderança autoritária, por exemplo, que podem influenciar maleficamente ou beneficamente o comportamento da equipe, assim como atingir o comportamento individual das pessoas (CHENG; WANG, 2015). Isso implica dizer que o comportamento de um líder, gerente, administrador é vital para o desenvolvimento de um clima ético.

No estudo de Lee & HaBrookshire (2017), o clima ético pode diminuir a intenção de rotatividade (desistência do emprego), assim como foi revelado que não basta apenas atitudes pessoais dos empregados, mas sim do estabelecimento de relações éticas no ambiente de trabalho.

Sendo o clima ético definido a partir de percepções advindas da prática laboral, onde o trabalhador é o agente moral (analisa e toma as decisões), Humphries e Woods (2016) relatam estudos de clima ético associados ao sofrimento moral de enfermeiros em saúde. Trabalhos como de Dzung e Curtis (2018) associam sofrimento moral e clima ético a outros profissionais de saúde, não se restringindo apenas à categoria de enfermagem. Dessa forma, o clima ético e suas nuances negativas ou positivas fazem parte do ambiente de trabalho, assim como há estreita interação na vida das pessoas que ali estão inseridas.

O clima ético não é estável, e pode vir a ter momentos de instabilidade. Como característica de uma organização, ele deve ser passível de alteração, a partir do momento em que haja formas diferentes de discutir, refletir e fazer uma gestão. Significa dizer que é preciso compreender o clima ético como algo mutável, o que implica a participação de todos os envolvidos.

Momentos de instabilidade podem gerar conflitos, desordens, dilemas éticos. Quando não resolvidos, podem evoluir para estágios de desconfortos psicológicos e biológicos, o que caracteriza o sofrimento moral (LUNARDI *et al.*, 2009).

O conceito de sofrimento moral teve início com pesquisas de Andrew Jameton, em 1984, onde este pôde relacionar as práticas de enfermeiras em *estágio de conflito* com “as restrições institucionais de saúde, ou mesmo hierárquicas, o que implica em não seguir o curso certo de uma determinada ação moralmente significativa para elas” (WHITEHEAD *et al.*, 2015).

Ainda assim, a teoria de Jameton ainda não conseguiu responder com clareza o conceito de angústia moral. Outros estudos, a exemplo de Rittenmeyer L e Huffman (2009), revelam como os enfermeiros experimentam o sofrimento moral quando suas atitudes éticas vão ao oposto das ações hierárquicas ou institucionais, refletindo em demissão, perda da autoestima, depressão e reflexos na saúde física e psicológica.

No Brasil, foi apresentada uma proposição conceitual que acentua o caráter processual do sofrimento moral e o articula com competências morais e constituição do sujeito ético. Nesse contexto, o conceito de Sofrimento Moral (SM) ou *Moral Distress* é definido como “um fenômeno processual, que une as experiências morais e éticas” do sujeito (RAMOS *et al.*, 2016;

BARTH *et al.*, 2019, p. 41); o que pode implicar em interrupção de produtividade do trabalhador.

No contexto de um macroprojeto que produziu um marco teórico próprio para o estudo do distresse moral, assim como um instrumento de medição aplicado à realidade brasileira (RAMOS *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2019), diferentes recortes e cenários exploraram a complexidade do problema entre enfermeiras brasileiras (RAMOS *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2020; RAMOS *et al.*, 2020; DRAGO *et al.*, 2020). Entre os artigos derivados desta ampla pesquisa, foram destacadas as especificidades do trabalho na APS, revelando situações preditoras de SM relacionada aos serviços de saúde, e especialmente com consequências para seus trabalhadores.

No caso de Enfermeiras da APS, fatores intrínsecos como falta de condições físicas, organização do processo de trabalho, conflitos nas relações interpessoais e conflitos de gestão, entre outros, foram apontados desencadeantes para o Distresse Moral (BARTH *et al.*, 2018, p. 6; BARTH *et al.*, 2019). Na validação do instrumento de distresse moral, especificamente com enfermeiras da atenção primária, Barth *et al.* (2018) caracterizam seis construtos¹⁰ ou fatores desencadeantes de sofrimento moral: 1- Políticas de Saúde; 2- Condições de Trabalho; 3- Autonomia da Enfermeira; 4- Competência ética profissional; 5- Desrespeito à autonomia do usuário; 6- Sobrecarga de Trabalho.

Entre esses construtos, destacam-se três que constituem visivelmente o clima ético: Condições de trabalho, competência ética e sobrecarga de trabalho. As Condições de trabalho, problema grave já retratado em outros estudos sobre o campo saúde (PIRES *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2021), claramente ressaltam deficiências de estruturas físicas, ambientes deteriorados e insalubres, deficientes de materiais e recursos humanos. São aliados à baixa remuneração salarial, aumento da carga horária aos cargos, hierarquização nas inter-relações, o que provoca distanciamento e consecutivo SM.

A competência ética profissional, com estrita ligação com autonomia, visibilidade profissional, conflitos interpessoais e transformação organizacional, referenciou ações como “omissão, imprudência e despreparo por parte das enfermeiras diante da prática” (BARTH *et*

¹⁰ Definição mental dada por um ou mais autores a termos / expressões / fenômenos / constatações que são difíceis de ser compreendidos ou que são novidades científicas. Criação mental simples que serve de exemplificação na descrição de uma teoria (Sá, 2008).

al. 2018, p. 8). Ações estas que estão no ambiente de trabalho e que exigem competência ética para seu adequado enfrentamento por parte dos profissionais.

A Sobrecarga de trabalho, com nítida desigualdade entre demanda e capacidade de equipe de saúde, desenvolvendo trabalho sob condições mínimas ou adversas (BARTH *et al.* 2018, p. 9), tende a facilitar o desenvolvimento do DM entre seus trabalhadores, prejudicando a qualidade da assistência.

Essas e outras características podem ser constantemente visualizadas no ambiente de trabalho, englobando relações pessoais e o clima ético. Na atenção primária, visualiza-se também a falta de qualificação própria do profissional que está na atenção à saúde, sendo um item importante a destacar, na medida que limitações do profissional sem acesso a recursos de educação permanente ampliam o nível de estresse em toda a equipe de saúde.

Na saúde, essa relação da ética e sofrimento pode ser facilmente visualizada no ambiente de trabalho, pois incide diretamente nos trabalhadores envolvidos. A ética faz-se presente como uma mediadora entre eficácia moral e sofrimento, esse detendo efeitos negativos sobre a saúde do trabalhador (RATHERT *et al.*, 2016).

Um clima ético pressupõe um clima organizacional de trabalho, onde há relações entre colegas, profissionais, organização empregadora e sociedade. O apoio à prática ética também é requisito para o clima ético, pois envolve liderança, sistema de recompensas, política, processos de tomada de decisão, entre outros. Porém, o que se vê nos ambientes de trabalho são restrições ou punições de comportamento, o que limita muitas vezes a autonomia dos profissionais (NUMMINEN *et al.*, 2015).

Valores como satisfação, sofrimento moral, comprometimento e bem-estar são atribuídos às práticas de profissionais; também são comumente associados ao clima ético, caracterizando elementos pertinentes ao ambiente de trabalho (AITAMAA *et al.*, 2016).

Tendo em vista que clima ético é um atributo de um clima organizacional, cujas percepções individuais dos sujeitos (agentes morais) compõem o ambiente de trabalho, é imprescindível que os trabalhadores em saúde sejam capazes de refletir e identificar os padrões de comportamento presentes no cotidiano laboral, ou mesmo apontar quais influências internas ou externas podem estar incidindo sobre determinado ambiente.

3.4.1. O Instrumento de Clima Ético Organizacional

Escalas e instrumentos de mensuração e avaliação sobre o clima ético contribuem para a análise e o planejamento de melhorias em um ambiente de trabalho. Victor e Cullen desenvolveram o questionário de clima ético, do qual derivou sua teoria, que indica a natureza multidimensional do clima ético e diferentes contextos organizacionais (CULLEN; VICTOR; BRONSON, 1993).

Nos cenários da saúde, Olsen (1995;1998) desenvolveu o *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) em organizações hospitalares, mostrando-se válido e fidedigno para mensuração do CE nesses ambientes (LANES *et al.*, 2020). Bulcke *et al.* (2018) criaram o recente Ethical Decision Making Climate Questionnaire (EDMCQ), um questionário focado na tomada de decisão entre profissionais (BENOIT *et al.*, 2018), compreendendo a autonomia profissional baseada nos princípios éticos.

O desenvolvimento da teoria de Victor & Cullen e Olson também foi aplicado em países orientais, a exemplo do *Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale* (SEW), que além de pensar o trabalho no ambiente laboral, contempla vulnerabilidades, condições psicológicas dos trabalhadores e suas relações com a comunidade (NAKANISHI, TEI-TOMINAGA, 2018); (PERGERT; BARTHOLDSON; SANDEBERG, 2019).

Entender o clima ético como um processo nos ambientes da prática, com suas características e modos de interação advindas dos sujeitos que ali atuam é essencial para a promoção de ambientes de trabalho mais éticos e saudáveis. Os comportamentos e códigos reguladores das práticas, conjuntamente com as instituições, podem ter subsídios na análise do CE para, enfim, alçar projetos políticos, organizacionais e sociais voltados para melhorias nesses ambientes de saúde (DALMOLIN; LANES; BERNADI; RAMOS, 2022).

No contexto da saúde pública brasileira, o clima organizacional deve ser considerado no quesito das políticas públicas e normativas do Sistema Único de Saúde. O termo equipe faz-se forte e presente, pois remete ao conjunto de indivíduos que interagem entre si no ambiente de trabalho, agregam conhecimento em seus processos de trabalho e buscam objetivos em comum, entendem que fazem parte de um trabalho em equipe, integração e alcance de metas (PERUZZO *et al.*, 2019).

Um possível instrumento de análise para equipes de saúde na atenção primária é o Questionário de Clima de Trabalho em equipe, o qual tem como finalidade compreender a interação das equipes de saúde no contexto brasileiro para que o trabalho seja integralizado, refletindo o bom desempenho das pessoas que trabalham na equipe e conseqüentemente proporcionando melhor qualidade de assistência (SILVA, 2014, p.35).

No Brasil, foi desenvolvido o Inventário de problemas éticos na atenção primária (IPE-APS), o qual, em duas versões (2000-2009), avalia as questões éticas presentes na atenção primária diretamente relacionadas aos seguintes fatores: Gestão da atenção primária; Longitudinalidade; Prática das equipes; Perfil profissional; Privacidade na atenção primária e Sigilo profissional (JUNGES *et al.*, 2014). No entanto, essas escalas ainda não contemplam especificamente o clima ético (CE) dentro do contexto de ambiente de trabalho na atenção primária. Diante de nova revisão acerca dos instrumentos de mensuração do clima ético, foi buscado um instrumento que melhor pudesse fazer a mensuração do CE no ambiente de trabalho estudado.

O instrumento HECS desenvolvido por Olson (1995;1998) foi adaptado recentemente ao português brasileiro e validado por Lanes *et al.* (2022), visto a escassez de estudos que avaliem o CE em ambientes hospitalares. O instrumento contempla cinco fatores e 26 itens, sendo desenvolvido especificamente para serviços de saúde que mensuram a relação entre gestão, enfermeiros, pacientes, hospitais e médicos (CARPES *et al.*, 2022, p.3).

O *Ethical Climate Questionnaire (ECQ-20)*, original de Victor e Cullen, (1988), foi revisto por Rego (2001, Portugal) e traduzido e validado para o Brasil por Ribeiro, Porto, Puente-Palacios, & Resende (2016), gerando a versão brasileira de 19 itens, denominada então como *Inventário de Clima Ético (ICE)*, denominação que passaremos a adotar. Esses 19 itens são divididos em três fatores: Benevolência (9 itens), com os arquétipos amizade, interesse da equipe, responsabilidade social; Princípios e regras (6 itens), com os arquétipos moralidade pessoal, Regras e procedimentos, Códigos profissionais e leis; e Independência e instrumentalismo (4 itens), sob os arquétipos auto interesse, interesses da empresa e eficiência.

A tipologia é baseada em uma matriz que combina três abordagens filosóficas (princípio, benevolência e egoísmo), com três níveis de análise: “pessoal, local e cosmopolita” (ALMEIDA; PORTO, 2019, p. 4). O ICE enfoca a pesquisa de clima ético nas organizações, cujos valores, crenças, perspectivas dos trabalhadores podem estar atreladas (ou não) às

expectativas e exigências de uma determinada organização (RIBEIRO *et al.*, 2016). Estudos mais atualizados e dados empíricos acerca do modelo teórico, como de Treviño *et al.* (2014), atestam que não há exatidão da presença dos nove arquétipos propostos originalmente por Victor e Cullen (1988), o que pode ser explicado pela ausência de um instrumento posterior que contemple todos os arquétipos. A figura F4 contempla o modelo teórico proposto inicialmente, antes da versão reduzida adotada neste estudo.

Figura 4 - Nove arquétipos de Clima Ético proposto por Victor e Cullen

		LÓCUS DE ANÁLISE		
		Individual	Local	Cosmopolita
CRITÉRIO ÉTICO	Egoísmo	Auto-interesse	Lucros/interesses da empresa	Eficiência
	Benevolência	Amizade	Interesse da equipe	Responsabilidade social
	Princípio	Moralidade pessoal	Regras e procedimentos da organização	Códigos profissionais e leis

Fonte: RIBEIRO *et al.*, 2016, p. 417.

Conforme os pressupostos de Victor e Cullen (1988, p.6), os três fatores contemplados na versão brasileira observam as seguintes características:

- ➔ Benevolência: Pessoas benevolentes tendem a ser menos cientes das leis ou regras e, também, podem ser menos receptivas a argumentos que empregam regras ou princípios;
- ➔ Princípios e regras: Pessoas que têm princípios tendem a ser menos sensíveis a efeitos específicos sobre os outros;
- ➔ Independência e instrumentalismo (egoísmo): Num ambiente cujo clima seja amplamente egoísta, o interesse próprio pode ser a consideração dominante.

Os fatores abordados neste instrumento são tomados como pertinentes para explorar algumas características presentes no ambiente de trabalho da atenção primária, como a multiprofissionalidade (diferentes profissionais presentes no ambiente) e a interprofissionalidade (integração entre os trabalhos), na forma como esse trabalho em equipe busca responder às demandas da população por uma assistência qualificada à saúde. No entanto, em que pese os objetivos comuns, a existência de conflitos interpessoais, a falta de cooperação (relativamente comum ao contexto organizacional), a presença de elementos externos que enrijecem o fazer desses profissionais (ausência de recursos materiais, humanos, administrativos e gerenciais) podem exercer importante influência para um clima ético negativo e ambiente hostil.

4 PERCURSO METODOLÓGICO



Fonte: google.com

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

A tese constituiu-se em um estudo do tipo Misto paralelo convergente, em duas fases: Fase 1- Qualitativa descritiva, com entrevista e observação direta e, fase 2- Quantitativa, via preenchimento de instrumento on-line.

Os desenhos de estudos mistos representam “uma abordagem a pesquisa em ciências sociais, comportamentais e da saúde, onde o pesquisador reúne dados qualitativos (abertos) e quantitativos (fechados)” (CRESWELL; CLARK, 2013, p.61). Ele permite integrar tais dados e interpretá-los com base na força combinada dos métodos para entender determinado problema de pesquisa.

O processo básico para conduzir uma pesquisa de abordagem mista precisa levar em consideração quatro pilares fundamentais para a escolha do projeto misto (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013):

- 1) nível de interação entre os elementos: significa a extensão em que os dois elementos são mantidos independentes ou interagem um com o outro. Para esta pesquisa os elementos qualitativos e quantitativos foram implementados de forma independentes, havendo a sincronização dos dois elementos durante a interpretação geral do estudo;
- 2) a prioridade dos elementos: trata-se da importância aos métodos qualitativos e quantitativos dentro do projeto misto. No caso desta pesquisa os métodos tiveram igual prioridade, ou seja, a importância é atribuída a ambos ao tratar o problema da pesquisa;
- 3) o momento ideal para aplicação dos métodos: também conhecido como o ritmo da pesquisa ou o aspecto temporal. Para este estudo, embora tenha se iniciado pela coleta de dados qualitativos, seguida pela coleta de dados quantitativos, tal sequencialidade foi meramente por questões de oportunidade e facilidade, não indicando nenhuma necessidade de sequenciamento ou de impacto de uma coleta sobre a outra;
- 4) os procedimentos para mistura dos elementos: é a inter-relação explícita dos elementos quantitativos e qualitativos nos pontos de interfaces ou estágio de integração e a estratégia de mistura (CREWSWEL & PLANO CLARK, 2013, p.

70-71). A mistura neste estudo se deu durante a interpretação, o que permitiu as inferências diante da combinação de resultados qualitativos e quantitativos.

O projeto paralelo convergente ocorre quando há um momento simultâneo para implementação de elementos qualitativos e quantitativos durante a mesma fase do processo de pesquisa (como no caso, simultaneidade não no simples sentido cronológico, mas de coletas paralelas sem influências mútuas nesta fase). Há uma distribuição de prioridade à ambos os métodos, sendo independentes. Como vantagens, o projeto convergente produz um sentido intuitivo para pesquisadores iniciantes nos métodos mistos, além de ser útil para a pesquisa em equipe (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

Estudos exploratórios descritivos, por considerarem a tendência emergente de integração de abordagens quantitativas e qualitativas, são favorecidos por uma maior validade dada pela complementação entre dados. Podem ser aplicados para explicar, obter uma compreensão completa de um construto ou mesmo avaliar dimensões do mesmo. Polit (2004, p.210).

O estudo misto procura tirar vantagem das semelhanças e diferenças dos métodos qualitativos e quantitativos. É uma alternativa metodológica que permite mostrar como uma pesquisa pode proceder sem resolver os conflitos nas visões de mundo (YIN, 2016, p. 260), uma vez que ele trata de temas ou intervenções complexas e que estão presentes em múltiplos lócus. Alguns autores consideram que os métodos mistos se configuram como um terceiro paradigma de pesquisa (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018), pois contemplam abordagens quantitativas e qualitativas em um único estudo, que podem ser conduzidas na coleta de dados e sincronizadas na análise.

Para a avaliação do rigor metodológico, adotou-se a inclusão do Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), uma ferramenta de avaliação de estudos científicos ao planejar e conduzir estudos de métodos mistos. Há cinco critérios nesta ferramenta sob quais este estudo se aprofundou: justificativa, integração, interpretação, discordâncias e aderências

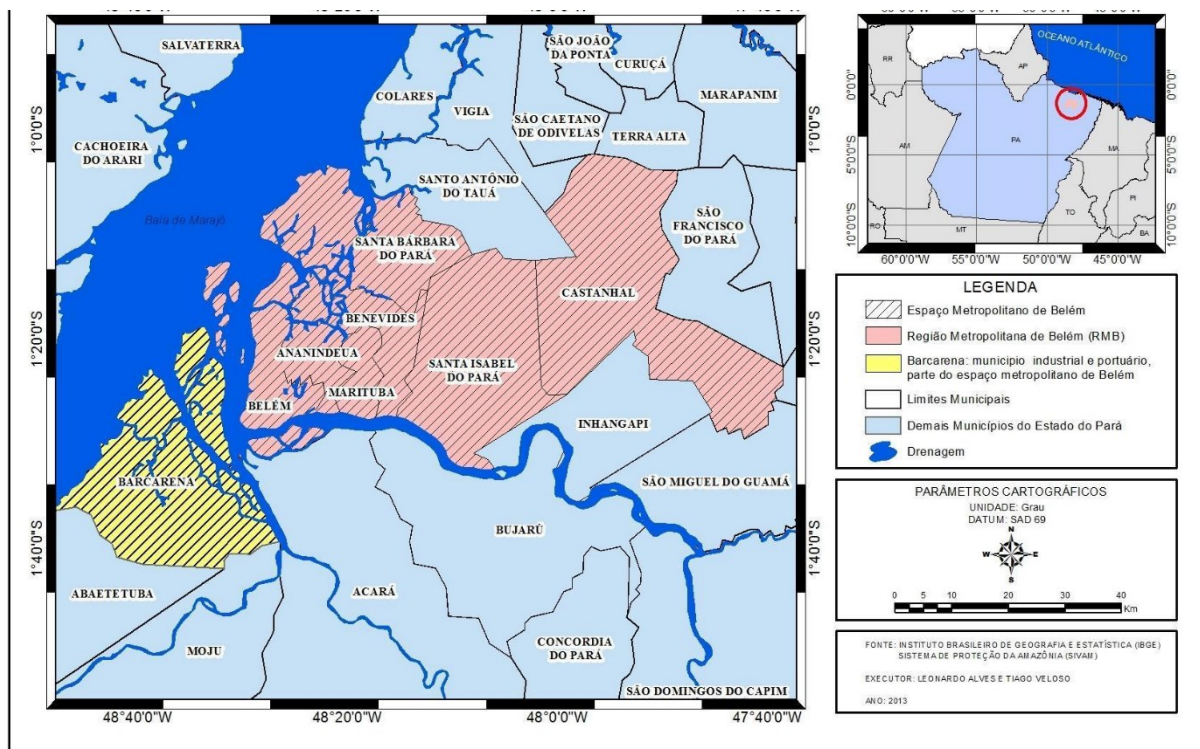
“1) Existe uma justificativa adequada para usar um projeto de métodos mistos para investigar a questão de pesquisa? (justificativa); 2) Os diferentes componentes do estudo estão efetivamente integrados para responder à pergunta de pesquisa? (integração); 3) Os resultados da integração dos componentes qualitativos e quantitativos são interpretados de forma adequada? (interpretação); 4) As divergências e inconsistências entre os resultados quantitativos e qualitativos são tratadas de forma adequada? (discordâncias); e 5) Os diferentes componentes do estudo obedecem aos critérios de qualidade?” (OLIVEIRA, *et al.*, 2021, p.5)

Os resultados qualitativos e quantitativos foram integrados e exibidos por meio de figuras e quadros para identificar convergências e/ou divergências, conjuntamente a interpretação dos pesquisadores.

4.2. CENÁRIOS DE PESQUISA

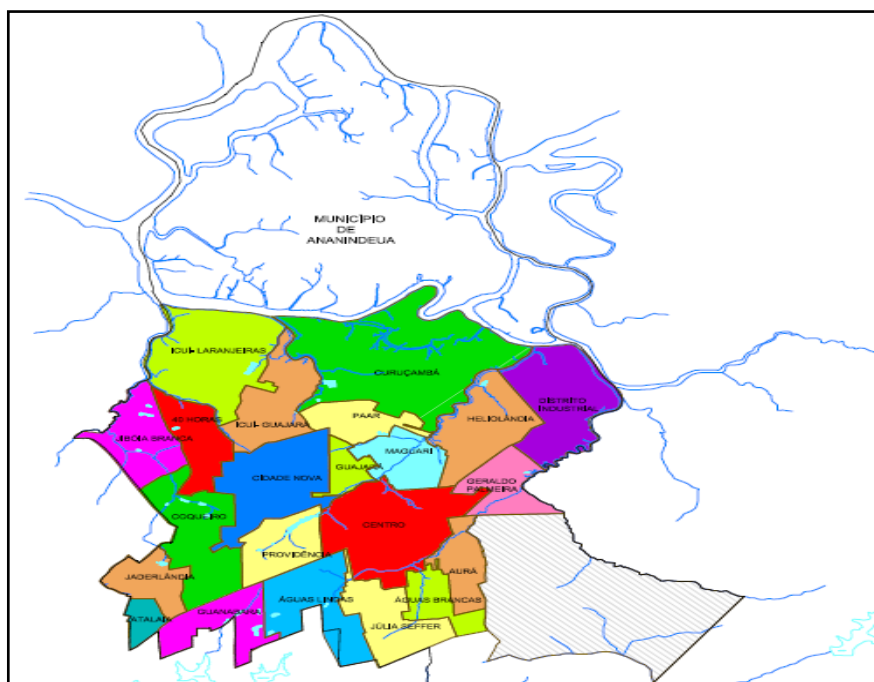
A cidade de Belém tem população estimada de 1.485732 pessoas, nos dados de 2018 (IBGE). No censo de 2010, a densidade demográfica é de 1.315,25 hab./km². Conjuntamente a outros cinco municípios próximos, constituem-se na denominada “Região Metropolitana de Belém – RMB”. As cidades que constituem a RMB são: Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Isabel do Pará, Santa Bárbara do Pará e Castanhal. A seguir, as figuras F5 e F6 representativas da RMB:

Figura 5 - Mapa da Região Metropolitana de Belém



Fonte: SANTOS (2018).

Figura 6- Mapa geográfico do Município de Ananindeua



Fonte: SANTOS (2015).

A configuração do sistema de saúde estadual atende uma organização espacial de gestão, dividida em Regionais de Saúde (CRS), distribuídas em treze regiões no Estado do Pará. A RMB encontra-se subdividida em três regiões, onde estão inseridos os municípios da atual formação (SEDOP, 2018, p.121).

Ananindeua (F7) é o segundo maior município da grande Belém; possui uma população estimada em 525.566 pessoas nos dados de 2018, sendo 471.980 pessoas no último Censo de 2010, e densidade demográfica de 2477,55 hab./km². De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESWeb), Ananindeua possui 84 estabelecimentos de saúde, sendo 12 unidades básicas de saúde, distribuídas por 05 regiões (quadro 4). A Estratégia Saúde da Família conta com 36 unidades, distribuídas nas cinco regiões, com 94 equipes ESF. O cenário consiste em sete das doze unidades básicas de saúde, nas Regiões 1 e 4 da cidade de Ananindeua, cuja população do estudo é de aproximadamente 455 trabalhadores atuantes na APS. Enfatiza-se que as duas regiões (1 e 4) contém as unidades de saúde que atendem amplamente ao contingente populacional residente da cidade de Ananindeua, e por este motivo foram escolhidos estes cenários de estudo.

Quadro 3 - Distribuição das Unidades de Saúde em Ananindeua

Região I BR- SUL 5 UBS	Região II Distrito Industrial 1 UBS	Região III PAAR 1 UBS	Região IV Cidade Nova 2 UBS	Região V Jader- lândia 2 UBS
Aurá Júlia Seffer Águas Lindas Guanabara Ananindeua (centro)	Distrito Industrial Celso Leão	Paar	Cidade Nova IV Cidade Nova VI	Coqueiro Jaderlândia II

Fonte: SESAU Ananindeua (2019)

Foram programadas, nos meses de agosto de 2020 a março de 2021, visitas de coleta de dados às unidades (Figura F7): Cidade Nova VI, Cidade Nova IV e Guanabara. Em setembro: Águas Lindas e Júlia Seffer; por fim, em outubro foi contemplada a unidade Aurá e, próximo de dezembro a fevereiro, as unidades Centro Ananindeua e Águas Lindas, visto o período de reformas nessas unidades.

Figura 7- Unidades de Saúde de Ananindeua



Fonte: Google Maps (2021).

4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

A equipe de saúde foi composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), farmacêuticos, dentista, técnico bucal, auxiliar bucal, agentes de serviços gerais, agente administrativo e gerente da unidade. Também se enquadraram profissionais do NASF (Núcleo de atenção à Saúde da Família) e colaboradores de cada unidade (compostos por nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico), que também compõem o ambiente de trabalho, e por isso puderam participar do universo.

Conforme a população descrita anteriormente, os critérios de inclusão foram: trabalhadores atuantes no ambiente de trabalho de saúde em um período mínimo de dois meses. Os critérios de exclusão foram: vigias atuantes fora do horário de visita ao campo, bolsistas, residentes, trabalhadores em férias ou licença no período de coleta de dados.

A população constituiu-se de trabalhadores dos pólos 01 e 04, totalizando sete unidades municipais de saúde, com 444 trabalhadores. Para a fase quantitativa a amostra se deu por conveniência, após convite à mais de 214 trabalhadores com os quais foi possível contato, finalizando com um total de 170 trabalhadores que atenderam ao convite. Dito de outro modo, 44 (20,6%) trabalhadores não aceitaram participar da pesquisa. Foram consideradas as repostas dos 170 (79,4%) que aceitaram o termo inicial. Embora não se tratando de amostra estratificada, o contato buscou manter coerência com a distribuição e cargos da população e da amostra, conforme demonstra o quadro 4.

Quadro 4 - Amostragem por cargos

Cargos	N (%)	n
ENFERMEIRO(A)	45 (10,1%)	12
AUX/TÉC ENF.	59 (13,2%)	21
MÉDICO(A)	43 (9,7%)	31
DEMAIS PROFISSÕES NÍVEL SUPERIOR	51 (11,5%)	31
ACS	196 (44,2%)	27
DEMAIS PROFISSÕES NÍVEL MÉDIO	20 (4,5%)	16
GERÊNCIA/ ASSIST. ADM.	19 (4,3%)	14
LIMPEZA	11 (2,5%)	10
Total aproximado	444 (100%)	162

Fonte: Autora (2019-2023).

Para a produção de dados qualitativos por entrevista, adotou-se uma amostragem intencional ou de conveniência, com no mínimo 30 participantes, entre os respondentes do

instrumento da etapa 1, distribuídos nas duas regiões e contemplando equilibradamente os seguintes cargos: enfermeiros, técnico e auxiliares de enfermagem, médicos, demais profissionais de nível superior (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, dentista), agentes comunitários de saúde, demais profissionais de nível médio (técnico e auxiliar bucal, técnico em patologia clínica, técnico em radiologia), gerentes e assistentes administrativos e trabalhadores da limpeza. No total, 207 participantes foram comunicados sobre a pesquisa e, destes, 50 foram convidados a participar da etapa 1; e efetivamente, 46 entrevistas foram integralmente aproveitadas na primeira etapa; e na etapa 2 quantitativa, 170 responderam o Inventário de Clima Ético nas Organizações (ICE).

4.4. COLETA, PRODUÇÃO, TRATAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A **primeira etapa**, qualitativa foi iniciada nos meses de agosto a dezembro de 2020, momento este readequado por conta do período Pandêmico. Após a autorização da Secretaria do Núcleo de Educação Permanente da SESAU (ANEXO D), foram disparados memorandos às gerências das sete unidades de saúde de Ananindeua (ANEXO E), informando da liberação do campo para a pesquisa a partir de meados de agosto de 2020. A partir de então, foram entrevistados cinquenta profissionais, tendo sido aproveitadas quarenta e seis entrevistas e descartadas quatro, devido à incompatibilidade do conteúdo apresentado pelas respostas lacônicas.

As entradas nos campos foram estabelecidas em escalas intercaladas, devido ao rigor estabelecido nas medidas de prevenção aos riscos de contaminação da COVID-19. Com isso, semanalmente as idas às unidades foram distribuídas nos turnos manhã ou tarde, nas terças, quintas ou sextas. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade de cada trabalhador no turno. O melhor dia estabelecido para entrevistas, no geral, foram terças e sextas pela manhã ou terças à tarde, pois são momentos de menor movimento do público nas unidades.

Acerca do procedimento de coleta qualitativa, foram distribuídas duas cópias do TCLE – sendo uma cópia de propriedade do participante assinada pelo pesquisador e outra cópia de propriedade do pesquisador assinada pelo participante. A duração de cada entrevista (APÊNDICE B) foi em torno de quinze minutos, orientada por roteiro previamente elaborado, contendo sete perguntas gerais e seus desdobramentos (detalhamentos). O registro deu-se via aplicativo digital Gravador de Voz® Versão 3 (42.0).

Associado à fase qualitativa esteve a observação direta da pesquisadora, possibilitando a elaboração de sete relatórios de acompanhamentos observacionais do campo em idas semanais às unidades, o que constituiu sete relatórios mensais, de agosto de 2020 a fevereiro de 2021.

Relata-se, ainda, a realização de um pré-teste da fase qualitativa, entre as pesquisadoras e duas pessoas não participantes do estudo, com nível de formação médio e superior, para a compreensão das setes afirmações presentes no instrumento. As duas primeiras entrevistas, em 05 e 06 de agosto de 2020, foram realizadas com o intuito de observar se as perguntas estavam de acordo com todo o rigor que uma pesquisa qualitativa necessita. As entrevistas de fato consideradas no corpus analítico tiveram seu início, então, em 10 de agosto de 2020.

A coleta de dados da **segunda etapa**, quantitativa, teve como instrumento a versão brasileira do *Inventário de Clima Ético nas Organizações* (ICE), adaptada de Victor e Cullen por Ribeiro *et al.* (2016). É importante destacar que, mesmo que o instrumento seja utilizado com foco em negócios e empresas (CARPES *et al.*, 2022, p.3), foi percebido que a utilização do ICE pode ser inserida no contexto da atenção primária à saúde, referindo este último como organização. Por esse motivo, o ICE foi o instrumento mais adequado para o objetivo da pesquisa. Destaca-se a autorização da autora principal (Ribeiro), via e-mail, pertinente ao uso do instrumento.

A forma de coleta deu-se pelo preenchimento de um questionário on-line, conforme adesão dos trabalhadores em participar da fase 2. A confirmação de participação ocorreu no momento da assinatura do TCLE impresso e, também, disponibilizado on-line junto ao Formulário.

O fornecimento dos contatos telefônicos foi dado pelos trabalhadores via cadastro em Lista de Contatos. Para facilidade de implementação da coleta, a Escala de Clima Ético na Unidade de Saúde foi adaptada na plataforma Google Forms. Os potenciais participantes receberam orientações e link de acesso à plataforma a partir do mês de dezembro de 2020, via mensagem por WhatsApp®. O questionário (APÊNDICE C) constituiu-se de três etapas: confirmação do TCLE (on-line), dados sociodemográficos e o preenchimento da Escala de Clima Ético nas Organizações.

O primeiro disparo de mensagens pelo WhatsApp e envio do link do Google Forms deu-se em 10 de dezembro de 2020. Os demais disparos de mensagens ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro, quinzenalmente, com lembretes e avisos da importância de colaboração para

com a pesquisa. Como alguns contatos não foram detectados pelo Google, foi necessário realizar ligações aos números fornecidos ou mesmo retornar às unidades. Todas as terças pela manhã, uma unidade de saúde de Ananindeua dos Polos 1 e 4 foi visitada. Relatórios sobre os ocorridos foram realizados nesses meses.

Os motivos de não resposta dos participantes foram variados: celulares furtados, esquecimento e dois casos de óbitos por COVID-19 entre os trabalhadores. Aos casos de exoneração de cargos contratados, foram realizados contatos via telefone com esses participantes, os quais foram orientados a acessar o link e optar em desistência de participação ao selecionar NÃO no formulário TCLE on-line. O questionário ficou disponível on-line até 31 de março de 2021, e o número final de questionários respondidos foi de 170.

Os dados qualitativos foram organizados e categorizados com o auxílio do software Atlas.ti versão 9.0.24. O Atlas.ti é um software de análise qualitativa organizado, transparente e integrado, onde é possível identificar temas, padrões e significados dos dados. Além disso, ele permite integrar dados quantitativos aos dados qualitativos.

Inicialmente, as 46 entrevistas foram inseridas no software, organizadas em uma unidade hermenêutica. Trechos importantes e afins com os objetivos da tese foram identificados e selecionados, o que é denominado de “citações ou recortes” durante leituras iniciais em um processo de codificação aberta. Ao longo das leituras, foram atribuídos códigos a cada trecho selecionado. Também foram incluídas anotações ao longo de alguns recortes, a fim de memorização de aspectos pertinentes ao olhar da pesquisadora. Nessa etapa inicial, foram apreendidas 1.172 citações, sendo criados 72 códigos.

Em momento seguinte, foram feitas releituras das citações e agrupamento dos códigos, resultando em quatro agrupamentos: 1) Ambiente de trabalho em saúde; 2) Práxis, força e meio de trabalho; 3) Elementos subjetivos e éticos; e 4) Desafios e melhorias no Ambiente de Trabalho em Saúde (ATS). As redes de agrupamentos foram geradas no software, com uma grande magnitude de códigos e citações. As citações também foram trabalhadas em relatórios nos formatos Excel (planilhas) e Word (transcritos viáveis de edição), para leitura e ajustes característicos das seis etapas de análise temática (BRAUN; CLARKE, 2006) e para a tripla conferência por parte dos pesquisadores. Nessa etapa, as citações foram reduzidas à 599 citações e 33 códigos.

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas do Excel e transferidos para tratamento e análise no software SPSS Statistic for Windows, versão 25.0., com apoio de

profissional estatístico. Do conjunto de citações e códigos gerados no software Atlas.ti, foram utilizados para o momento de combinação de dados relativo ao estudo de método misto o agrupamento de 163 citações e 19 códigos, que demonstraram relação com os itens da ICE.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1. Fase I – Dados Qualitativos

Para a abordagem qualitativa descritiva, foi utilizada a Análise Temática (AT) de Braun & Clark (2006), cuja ampla utilização e reconhecimento advém das ciências sociais, especialmente na psicologia. A décadas de 1930-1940 foram essenciais para a origem da AT, com alguns estudos voltados para a sociologia e a psicoterapia (CLARKE, 2018). Os estudos de AT procuram um padrão de significados, o que fez ter uma evolução inicial em interpretações quantitativas ou em maior próximo com a análise de conteúdo e até mesmo da teoria fundamentada dos dados. Entretanto, com o desenvolvimento da análise de conteúdo qualitativa na década de 1980-1990 e sua significativa evolução nos anos 2000, Braun & Clark propuseram em 2006 a AT como uma abordagem “guarda-chuva” para mais de trinta procedimentos de análises. As três configurações conhecidas são: 1) codificação somática; 2) análise *codebook*; 3) análise temática reflexiva/orgânica.

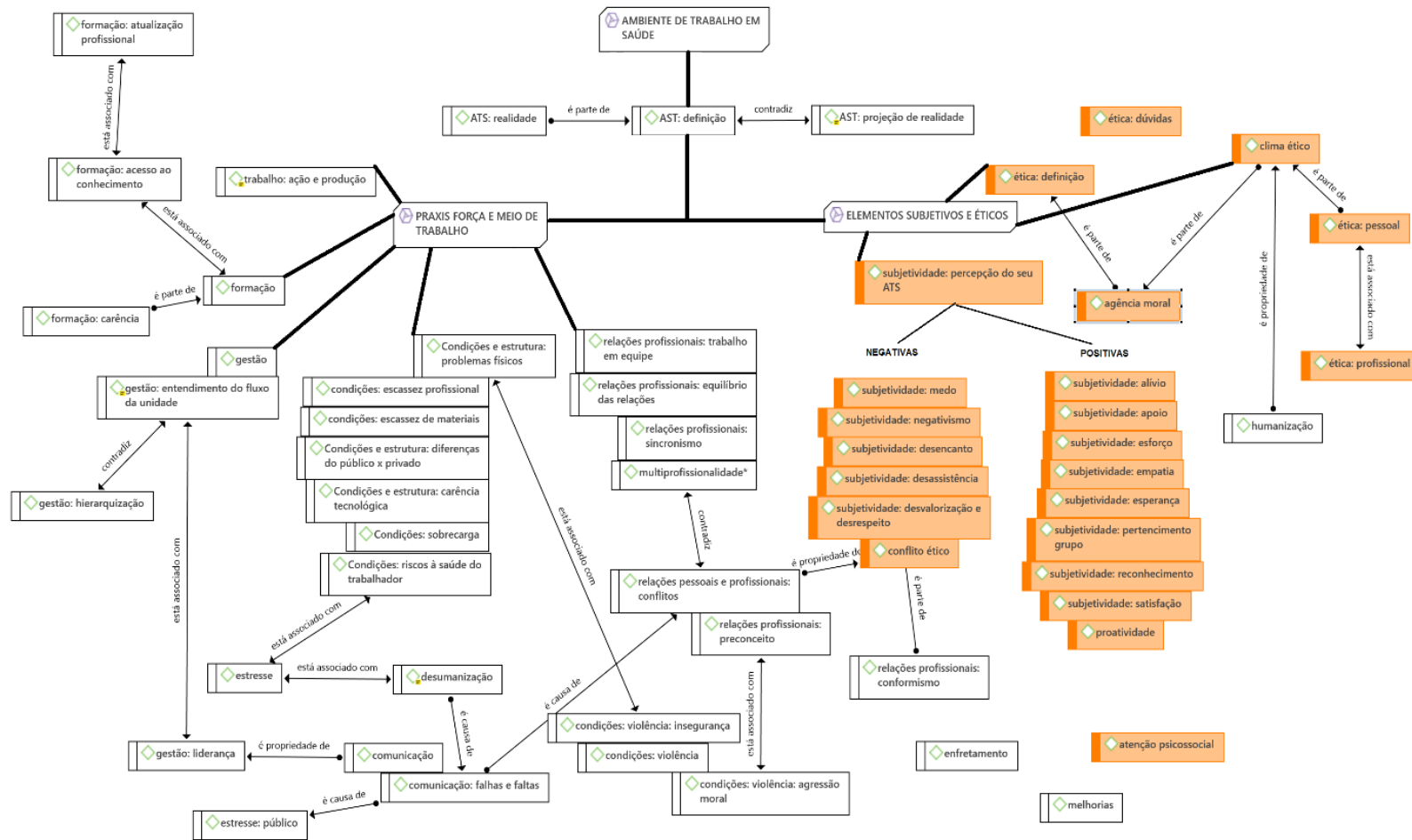
A AT compartilha características de várias análises qualitativas, como busca por padrões (coesão de sentidos/achados em temas), recursividade, flexibilidade, homogeneidade interna e externa (dentro das categorias e entre elas), proporcionando desde a organização e descrição de dados até a geração de aprofundadas interpretações. Além disso, permite tanto abordagens indutivas como dedutiva ou teórica (SOUZA, 2019). A articulação da lógica analítica indutiva (a partir dos dados) e dedutiva (orientada por conceitos predefinidos) foi adotada no presente estudo, dando praticidade e fundamento para a produção dos manuscritos qualitativos e de método misto.

A Análise Temática Reflexiva (ATR) outrora denominada AT é considerada um método de análise flexível por deixar o pesquisador ter uma clareza teórica prévia de pesquisa, de forma a nortear a análise de dados. Definição de temas, uma rica descrição dos conjuntos de dados, a análise indutiva que permite a criação de códigos a partir de novas perspectivas frente a busca do pesquisador são procedimentos que refletem os valores de um paradigma qualitativo (SILVA; BARBOSA; LIMA, 2021).

O processo de análise constitui-se de leituras e organizações de cada trecho (citações) em códigos; o processo de codificação é quando o pesquisador consegue identificar subtemas ou domínios iniciais que podem ser observados facilmente. E, ao longo do percurso de análise dos códigos, vão se transformando para, aí sim, chegar-se ao tema. Vale ressaltar que a análise via ATR não acontece em uma ordem inflexível, direta e linear, mas sim, numa construção de idas e vindas dos(as) pesquisadores(as) sobre o corpo e conjunto de dados, muitas vezes retomando construções, codificações anteriores sempre que novos temas surgem (MARQUES; GRAEFF, 2022).

Seis etapas se constituíram para a análise dos dados: 1- familiarização inicial dos dados; 2- Produção dos códigos iniciais; 3 – Construção dos temas; 4- Revisão dos temas iniciais; 5- Definição e (re)nomeação dos temas; 6- Produção dos relatórios de resultados. Assim foi feito o primeiro mapa temático, como mostra a figura F8, a seguir

Figura 8 - Primeiro mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados.



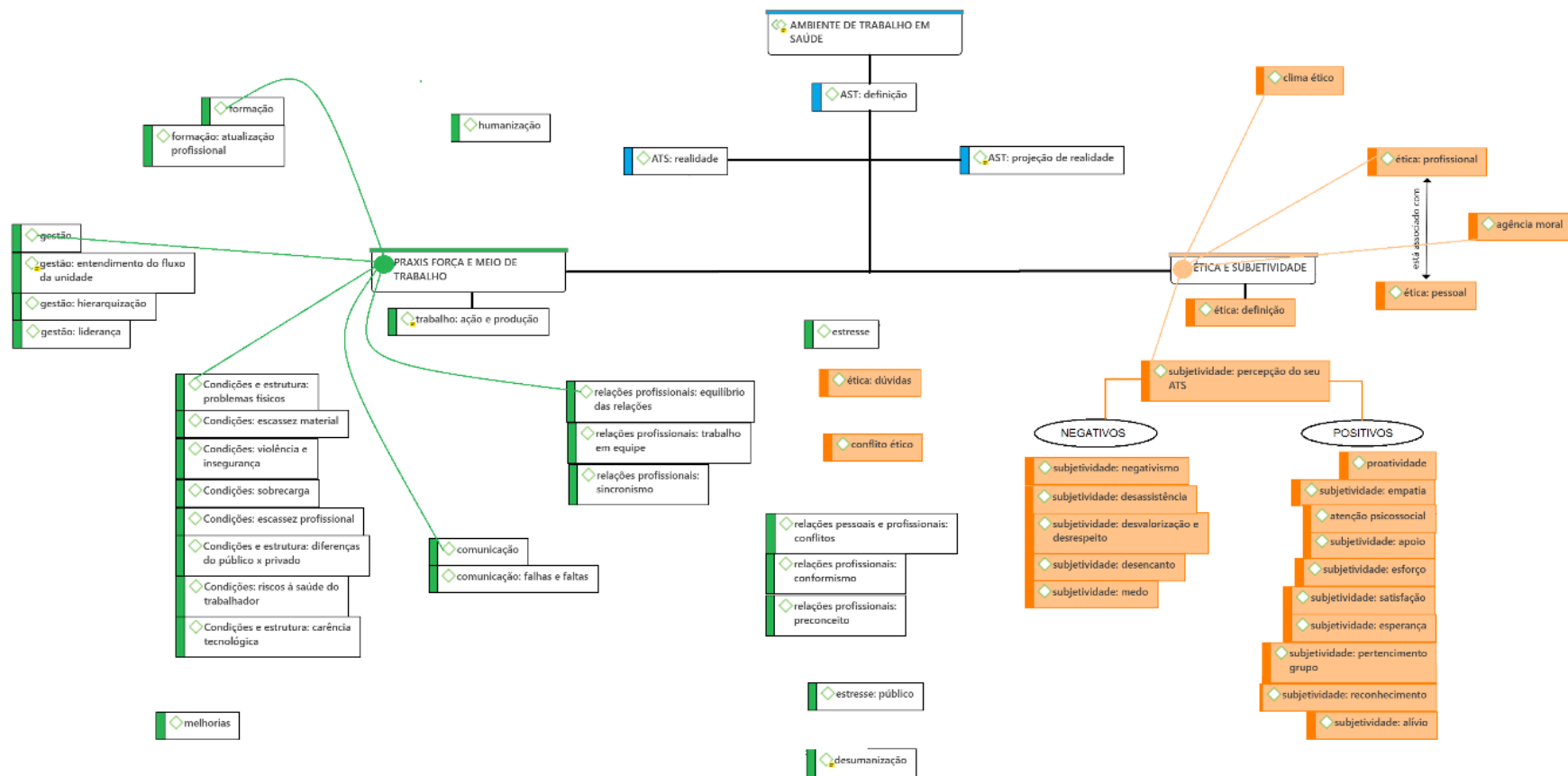
Fonte: as pesquisadoras (2021), a partir dos recursos do Atlas.ti®

Sobre as configurações de AT, para os dados qualitativos foram aplicadas duas configurações: *análise temática reflexiva/orgânica* aos dados qualitativos; e *Codebook* para os dados que trabalham com os dados quantitativos.

Assim, conforme cada leitura e rodadas de revisões entre as pesquisadoras para os tratamentos dos dados de cada agrupamento, foram reconfigurados citações e códigos, até o alcance de maior consistência teórica. Para efeitos do estudo de método misto, o agrupamento denominado “Elementos Subjetivos e éticos” foi criado e analisado à parte, exatamente por sua confluência com os dados quantitativos. A magnitude total (Mt) desses dados ficou em 163. Ou seja, foram agrupados por seu potencial de explicitar conteúdos referentes aos 19 itens constituintes do Inventário de Clima Ético, compondo este o livro de códigos de análises (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Para os demais grupos de códigos – Ambiente de trabalho em Saúde; Práxis, força e meio de trabalho e Desafios e melhorias – foram abertas, também, rodadas de tratamentos dos dados, para novas definições de relações, códigos, subcódigos e criação de consecutivos agrupamentos, caracterizando um aprofundamento interpretativo (CLARKE, 2018). Assim, ficaram três temas abrangentes (grandes agrupamentos ou redes temáticas), definidos com cores diferentes no mapa: **1) Ambiente de trabalho e saúde; 2) Práxis, força e meio de trabalho; 3) Ética e subjetividade: múltiplas expressões.** O mapa temático de meio-termo expressa-se na figura F9:

Figura 9 - Segundo mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados.



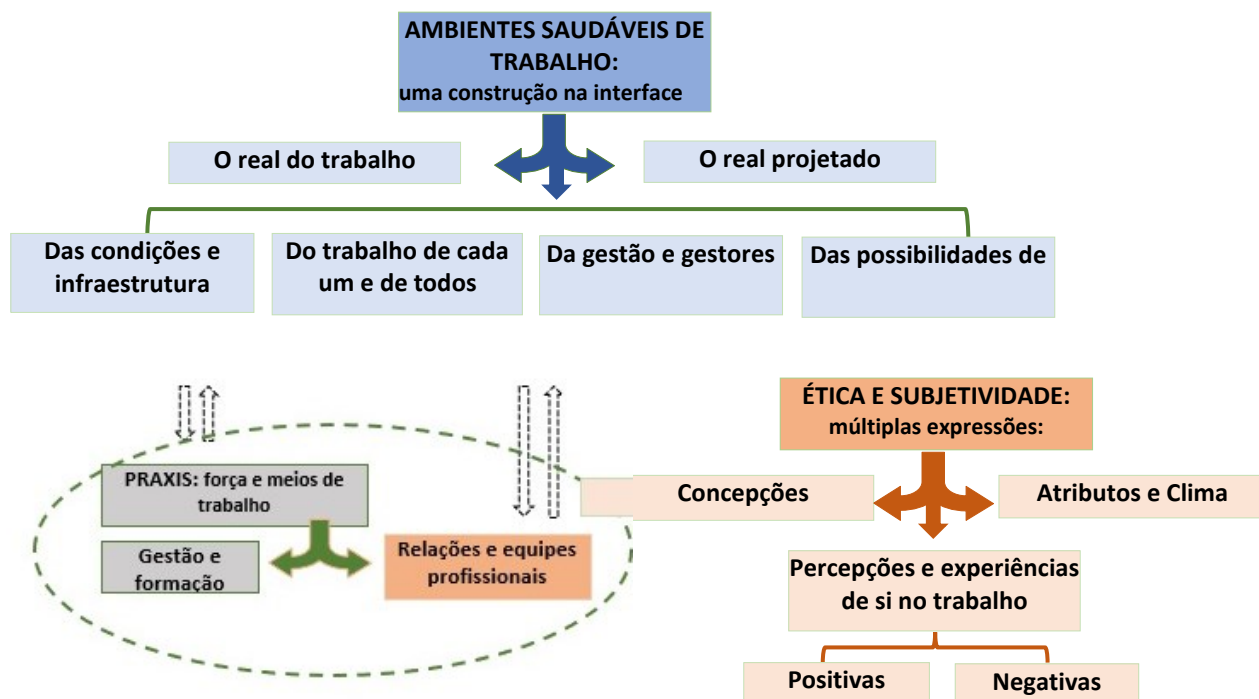
Fonte: as autoras (2021), a partir dos recursos do Atlas.ti®

Tendo todos os macros agrupamentos/famílias reconfigurados, foi atentado para a força/magnitude de cada grupo de código (número de citações/excertos que o compunham). Dessa forma, o corpus qualitativo pode também ser apresentado de acordo com os códigos de maior até menor magnitude (Mt). Percebeu-se que a maior magnitude se concentrava na rede temática (macro agrupamento verde no segundo mapa) “Práxis, força e meio de trabalho”, de cor verde (Mt=178), à qual também se integravam o agrupamento “Relações e equipes profissionais” (Mt=59), seguido por “Ética e subjetividade - múltiplas expressões” (Mt= 193), de cor laranja e, finalmente, a rede “Ambiente de trabalho e saúde” (Mt=120), de cor azul. Observou-se que os agrupamentos que formaram as redes temáticas possuíam códigos que se complementavam e interagem entre si. No caso do agrupamento “Relações e equipes profissionais”, passou a ser componente interno no conjunto do Ambiente de trabalho e saúde, de cor azul. A mesma atenção foi dada aos dados a serem utilizados na análise de dados mistos, cujos códigos vieram do macro agrupamento “Ética e subjetividade”, totalizando Mt=163 codes. A contagem total de citações ficou em 713 citações.

Inicialmente, foram gerados três relatórios qualitativos e um relatório misto, onde a ordem de magnitude da narrativa foi lida e organizada conforme contexto, gerando “insights” ou ideias centrais. Após esse momento, já em fase de definição da composição dos relatórios finais e composição dos manuscritos, optou-se por apresentar todos os dados qualitativos em dois manuscritos. Assim, a maior rede temática (até então denominada “Práxis, força e meio de trabalho”) foi desconstruída, de modo que seus códigos e categorias foram atribuídos às outras duas redes, por conexão de seus conteúdos. Dessa forma, dois relatórios qualitativos constam.

Como se pode observar na figura a seguir (F10), a área circulada (pontilhado verde) deixou de constituir uma rede isolada – o agrupamento “relações e equipes profissionais” integrou-se à rede sobre ética e subjetividade (laranja); e os dois agrupamentos em cinza (elementos sobre força de trabalho, formação da mesma e meios de trabalho) integraram-se à rede sobre Ambientes saudáveis de trabalho, uma vez que seus códigos davam profundidade a importantes Elementos para a construção desses ambientes, objeto central do estudo.

Figura 10- Terceiro mapa de códigos agrupados e categorias do processo de análise dos resultados, com as cores representando a articulação final para produção dos relatórios qualitativos



Fonte: os autores (2022).

Para uma outra forma de explicitação da composição final dos relatórios e manuscritos que exploraram os dados qualitativos, é apresentado o quadro 6, expressando a articulação das categorias ou agrupamentos que constituíram redes temáticas e como essas foram, finalmente, rearticuladas na composição dos dois manuscritos que integram parte dos resultados da tese.

Quadro 5 - Categorias ou agrupamentos que constituíram redes temáticas.

Rede Temática ou macro agrupamento	Magnitude geral (Mt)	Categorias ou grupos de códigos incluídos (com magnitude parcial ou M)	Apresentação dos resultados
Ambiente de trabalho e saúde	299	<ul style="list-style-type: none"> • Condições e infraestrutura (M=114); • Gestão e gestores (M=67); • Comunicação (M=46) 	Manuscrito 1: 1 “Ambientes de trabalho e suas perspectivas na atenção primária” (Quali)

<p>“Práxis, força e meio de trabalho” atribuiu seus códigos: - Condições, gestão e formação integrou-se à Rede 1 - Relações e equipes integrou-se à Rede 2</p>			
<p>Ética e subjetividade: múltiplas expressões</p>	<p>251</p>	<p>1) “Ética e subjetividade – múltiplas expressões” (categoria ou grupo de códigos) com Mt=192 e quatro códigos: <ul style="list-style-type: none"> • ética: concepções e questionamentos” (M=94); • problemas éticos (M=17); • atributos para o clima ético (M=22) e • percepções e experiências de si no trabalho (M=59). <p>2) Relações e equipes profissionais” (categoria ou grupo de códigos) com (Mt=59)</p> </p>	<p>Manuscrito 2: “Componentes subjetivos e relacionais do Ambiente de trabalho na Atenção primária em saúde”</p>

Fonte: Autores.

4.5.2. Fase II – Dados Quantitativos

Foram construídos modelos para testar uma teoria de ordem causal entre um conjunto de variáveis. Usamos o modelo de equações estruturais – análise fatorial confirmatória - (*Structural Equations Modeling* – SEM). Esta técnica possibilita investigar o quão corretamente os dados da amostra ajustam-se ao modelo teórico proposto. Os índices de ajustes para aceitar o modelo foram: razão qui-quadrado por graus de liberdade (χ^2/gl) menores que 3; (A)GFI representando o (Adjusted) Goodness of Fit maiores ou iguais a 0,95; RMSEA menores que 0,06, onde o valor do intervalo de confiança de 90% desse indicador não deve ultrapassar 0,10; valores de *Normed Fit Index* (NFI), *comparative fit index* (CFI) e *Tucker-Lewis index* (TLI) maiores que 0,9 (GARVER; MENTZER, 1999; HAIR et al., 2005). Também foi utilizado o software IBM *Amos Graphics* v.20.

A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada para verificar a melhor estrutura para os dados coletados. A análise fatorial é um nome genérico dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados cujo propósito principal é definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados, analisando a estrutura das correlações das variáveis e definindo um conjunto de dimensões latentes comuns chamadas de fatores. O resultado proposto pelo modelo AFE consta no quarto manuscrito, o do tipo misto paralelo convergente.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão e as demais variáveis quantitativas

foram representadas pela mediana¹¹ e intervalo interquartilico (mediana [P25; P75]), de acordo com a distribuição verificada pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Para comparar a média dos fatores do questionário do Clima Ético nas Organizações entre as variáveis qualitativas estudadas, foi realizado o teste t para amostras independentes ou a análise de variância (ANOVA). Quando uma das categorias das variáveis obteve tamanho (n) menor que 12 sujeitos, as variáveis quantitativas foram comparadas por teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Foi realizada a correlação de Spearman para verificar o grau de relação entre os fatores do Inventário de Clima Ético nas Organizações e as variáveis quantitativas. Quando significativa a intensidade da correlação, foi classificada conforme Callegari-Jacques, S.M. (2005): 0 – 0,3 = fraca; 0,3 – 0,6 = regular; 0,6 – 0,9 = forte; e 0,9 – 1,0 = muito forte. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no SPSS v.25 (IBM, 2017).

4.5.3. Integração dos Dados Mistos

Conforme antecipado no subitem tratamento e organização de dados, foi realizado o agrupamento de 163 citações em torno de 19 códigos referentes ao ICE no software Atlas.ti. Foram gerados 04 relatórios, conforme cada fator disponível na ICE e, via análise *codebook* da AT (2020), foram selecionados os trechos qualitativos convergentes e divergentes em uma abordagem de tecelagem *conceito por conceito* (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013, p. 2142) das citações atribuídas a cada fator.

O processo de análise que envolve a ATR baseia-se na tipologia *codebook*, que segundo Marques & Graeff (2022, p. 121):

“Baseia-se na orientação por códigos e temas previamente definidos e estruturados (Codebook); Realiza-se com um grupo de pesquisadores(as) codificadores(as) que se dedicam a encontrar tais elementos no corpo de dados, porém com divisão de tópicos de análise (e conseqüentemente, do trabalho de codificação) entre os diferentes membros; A ideia não é a busca por confiabilidade estatística dos dados, mas de facilitar que vários(as) pesquisadores(as) codificadores(as) possam codificar o material com algum padrão; O trabalho final consiste na junção das análises dos(as) diferentes codificadores(as), cada um(a) explorando uma dimensão do corpo de dados.”

¹¹ – Mediana é uma representação de medida central, assim como média e moda. A mediana é o valor que divide a amostra em duas partes iguais. Os percentis são medidas que dividem a amostra (por ordem crescente dos dados) em 100 partes. Os valores de P25 (percentil 25) e P75 (percentil 75) são valores específicos dos percentis. O P25 divide a amostra em 25% abaixo daquele valor e 75% acima do valor. O P75 divide a amostra em 75% abaixo daquele valor e 25% acima do valor. São pontos já firmados na literatura.

A integração consiste em elevar o método da análise de pesquisa a um nível que não seria possível colocando junto os resultados de duas pesquisas separadas, com o objetivo de produzir um resultado síncrono e consistente maior que a soma de partes qualitativas e quantitativas (LORENZINI, 2020).

Para a integração, levou-se em consideração a tabela de análise fatorial exploratória, cujos valores mais expressivos foram os itens trabalhados nos resultados (a citar, os itens mais fortes apresentados foram: item 11, 02, 17 e 14) expressos via figuras de coocorrência (APÊNDICE D) extraídos do software Atlas.ti. Os resultados qualitativos contidos nas citações foram sincronizados aos quatro itens apreendidos da tabela, compondo o chamado “Join Display” (quadros de resultados conforme cada fator).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo amparou-se em princípios éticos da Resolução 466/2012, Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) e Resolução 580/2018 (BRASIL, 2018) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recebeu anuência institucional da SESAU (ANEXO A), foi submetido à Plataforma Brasil (ANEXO B) sob o CAAE 32493920.4.0000.0121 e parecer 4079091(ANEXO C) de aprovação em 09 de junho de 2020.

O uso do TCLE (APÊNDICE A) foi essencial em todas as etapas: Da fase 1 (qualitativa) com entrevista e fase 2 (quantitativa) com preenchimento de questionário on-line, pois neste TCLE há alternativas de qual ou quais fases o participante aderiu sua participação. Na oportunidade, estando na unidade de saúde, os funcionários foram orientados pela pesquisadora sobre a pesquisa, seus objetivos, assim como a sequência das fases. Em todos os momentos, os participantes foram advertidos de que o instrumento quantitativo se encontrava em processo de adaptação/ajustes e que seria disparado via WhatsApp a partir do mês de dezembro de 2020.

Para os trabalhadores que aceitaram participação na fase 2, foi solicitado compor uma lista de inscrição com contato telefônico, além da entrega do TCLE impresso, assinado em duas vias. Quem participou da fase 1 já confirmava a inscrição para participação voluntária na fase 2. E quem não participou da fase 1 poderia participar apenas da fase 2.

Com relação aos riscos e malefícios que a pesquisa poderia oferecer aos participantes, considerou-se que toda pesquisa oferece riscos, mesmo que alguns sejam de difícil previsão. A

disponibilidade de informações entre profissionais de saúde pôde gerar conflitos pessoais (alterações de visão de mundo), interprofissionais (alterações na satisfação profissional ou nas relações) e danos psicológicos (alterações na autoestima), caso fossem expostos em uma quebra de sigilo. Nesse sentido, todas as interações e participações foram orientadas pelo máximo respeito no tratamento das pessoas e plena disponibilidade para aclarar dúvidas, receber demandas e providenciar atendimentos, caso fosse necessário. Também houve todo o cuidado por parte da pesquisadora em não identificar os participantes, tanto nas entrevistas quanto nos questionários. Foram feitas identificações via códigos, para que não haja prejuízo ou o viés de pesquisa, sem prejuízo ao participante e à própria pesquisa. Houve possibilidade de recusa de participação dos envolvidos nas fases do estudo, o que não acarretaria prejuízos de caráter pessoal.

Sobre os benefícios, a curto prazo a pesquisa em si trouxe benefícios por conta de perceberem que uma pesquisadora esteve em campo em período pandêmico vendo e vivenciando as realidades. Como se trata de um estudo de longo prazo, e sendo o cenário pioneiro para este tipo de pesquisa, foi esclarecido aos participantes suas contribuições para o avanço do tema, este que está em permanente transformação.

Sobre o estudo não incide nenhum conflito de interesses e as pesquisadoras não mantêm relações pessoais ou de trabalho com as instituições as quais pertencem os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde



www.freepik.com/vectors/business/> Business vector created by stories

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados segundo Instrução Normativa 02/PEN/2021 sobre critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem. Esta Instrução Normativa prevê a apresentação dos resultados da tese na forma de manuscritos/artigos científicos (PEN, 2021). Dessa forma, os resultados dividem-se nos seguintes manuscritos:

5.1 Manuscrito 1: Ambientes de trabalho e suas perspectivas na atenção primária (qualitativo);

5.2 Manuscrito 2: Componentes subjetivos e relacionais no ambiente de trabalho na atenção primária em saúde (qualitativo);

5.3 Manuscrito 3: Clima ético no ambiente de trabalho de profissionais da atenção primária (quantitativo).

5.4 Manuscrito 4: Inferências do clima ético num ambiente de trabalho na atenção primária à saúde: um estudo misto;

5.1. MANUSCRITO 1: AMBIENTES SAUDÁVEIS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Analisar o trabalho na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos ambientes saudáveis. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que adotou a Análise Temática (AT) reflexiva. Foram entrevistados 46 profissionais de saúde da atenção básica de agosto a dezembro de 2020, atuantes em sete Unidades de um município da região metropolitana de Belém. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software Atlas.ti versão 9.0.24. **Resultados:** O material empírico de 322 citações foi analisado a partir de três categorias: Condições e infraestrutura; Gestão e gestores; Comunicação. **Conclusão:** Há desafios a serem enfrentados por todos os atores que pertencem a atenção primária e consequente nível de gestão municipal. A educação permanente é um dos desafios, pois é um elemento decisivo para mudanças. Sem esse elemento, é impossível propiciar um ambiente favorável.

Palavras-chave: Local de trabalho. Atenção primária à saúde. Comunicação. Pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

O ambiente saudável de trabalho (AST) é definido pela Organização Mundial da Saúde como um local onde “trabalhadores e gestores colaboram para um processo de melhoria contínua da proteção e promoção de segurança, saúde e bem-estar de seus trabalhadores” (OMS, 2010). Partindo dessa premissa, entende-se que os ambientes de trabalho em saúde são locais configurados por recursos materiais, psicossociais e gestionários que podem influir direta ou indiretamente na dinâmica do trabalho e, também, nos sujeitos envolvidos (MADUREIRA PEREIRA; RAMOS; BREHMER; DIAS, 2021).

Somente a partir de diversas influências é possível estabelecer um ambiente favorável de trabalho – um ambiente físico com boas estruturas e processo de trabalho –, um ambiente psicossocial com uma cultura organizacional que fortaleça as relações profissionais e pessoais e recursos para a saúde pessoal, o que engloba os recursos, valores e oportunidades de fazer com que esse profissional seja ouvido e evolua no ambiente de trabalho; e o envolvimento da empresa – aqui entendida como as organizações de saúde – no avanço de conhecimento, investimentos e recursos que podem ajudar não somente os profissionais, mas também a comunidade (OMS, 2010).

A saúde dos trabalhadores está contida nas premissas de um ambiente saudável. Embora o conceito de AST não tenha foco exclusivo na saúde do trabalhador da saúde, em qualquer

empresa ou setor produtivo, é fundamental que se considere o grande contingente de trabalhadores que se situa hoje dentro do setor de serviços, atualmente compondo o ranking das profissões que mais empregam no mercado formal brasileiro: na posição 53^a o agente de saúde pública, na 54^a o auxiliar de enfermagem, na 84^a o enfermeiro e na 100^a o médico (ALVARENGA, 2021).

Dentro desse grande contingente de força de trabalho e de oferta de serviços, tem forte expressão a Atenção Primária à Saúde (APS), uma estratégia de organização de atenção à Saúde voltada para atender, de forma regionalizada, as necessidades de saúde de uma população. Além de ser um espaço criativo para desenvolvimento de práticas alternativas e assistencialistas, pois permite maior adesão da população aos Serviços de Saúde (SILVA *et al.*, 2020).

O trabalho em saúde não está dissociado das situações exploradoras do trabalhador sob a lógica capitalista de mercado. O que se evidencia, mesmo anterior ao período Pandêmico, são situações de precariedade de itens básicos aos trabalhadores, tensões em relação à gestão, entre outras barreiras que dificultam o estabelecimento do AST. Os ambientes de trabalho dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram sua imagem ligada ao adoecimento profissional, tão enfatizado pela mídia e reconhecido pela sociedade durante o nefasto período de Sindemia brasileira (VEDOVATO *et al.*, 2021). Diante das mudanças atuais do mercado de trabalho mundial, em um esgotamento de sistemas econômicos, aprofundamento de crises e recessões, além de graves consequências humanitárias, é perceptível que o mundo do trabalho sul-americano, incluindo a saúde, sofre impactos diretos e indiretos (POCHMANN, 2020).

Apesar de mais de uma década de divulgação do conceito do AST, ainda há muito a ser estudado e investido para que estes possam ser garantidos aos trabalhadores de saúde. Pesquisar os ambientes onde atuam os profissionais de saúde é imprescindível para que condições de trabalho sejam conquistadas e potencialidades de melhores resultados sejam ampliadas. Afinal, o direito a um cuidado passa pelo direito ao exercício profissional em ambientes qualificados. Assim, o estudo justifica-se por sua relevância para ações políticas e profissionais consistentes em um cenário que demanda especial atenção – a atenção primária à saúde – em uma região que desafia o Sistema de Saúde por sua enorme disparidade de condições e recursos.

Nesse contexto, o presente estudo tem o objetivo analisar o trabalho na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos ambientes saudáveis.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, que adotou a Análise Temática (AT) de Braun & Clark (SOUZA, 2010), na configuração de análise reflexiva, que se refere a um processo de codificação fluida, aprofundando a análise dos dados. Foi elaborado um roteiro semiestruturado com sete questões para a entrevista com 46 profissionais atuantes na atenção básica, de sete Unidades de um município da região metropolitana de Belém, Pará, conduzidas pela pesquisadora principal, Msc. Enfermeira, mediante prévio treinamento. Também há registro de observações da pesquisadora durante 2 a 3 horas imersa nos campos de pesquisas (antes e após entrevistas), o que constituiu em seis relatórios de campo.

Os critérios de inclusão foram: trabalhadores atuantes por um período mínimo de dois meses. Os critérios de exclusão foram: vigias atuantes fora do horário de visita ao campo, bolsistas, residentes, trabalhadores em férias ou licença no período de coleta de dados. As entrevistas, com duração média de quinze minutos, foram orientadas por roteiro elaborado pelas pesquisadoras, com sete questões abertas, registradas por aplicativo digital Gravador de Voz® Versão 3 (42.0) e transcritas pela mesma entrevistadora. Não houve repetição de entrevistas.

Os dados qualitativos foram organizados e categorizados com o auxílio do software Atlas.ti versão 9.0.24., que tem como princípios a visualização, integração, intuição e exploração, permitindo organização e transparência no tratamento de temas, padrões e significados dos dados. As 46 entrevistas foram inseridas no software, organizadas em uma unidade hermenêutica que, em sucessivas leituras, passou pelo processo de codificação aberta. As citações inicialmente codificadas, conforme preconiza as seis etapas de Análise Temática de Braun e Clarke (2006): 1- familiarização dos dados; 2- geração de códigos iniciais; 3- busca de temas; 4- revisão de temas; 5- definição de temas; 6- relatórios das ideias.

O processo de tratamento de dados iniciou com mais de 840 citações em cerca de 42 códigos e três grandes redes temáticas. Após sucessivos aprimoramentos, conexões e rearticulações de códigos, foram produzidas duas redes temáticas. É objeto do presente estudo a rede analítica denominada “Ambiente de trabalho em saúde”, constituída por 03 categorias.

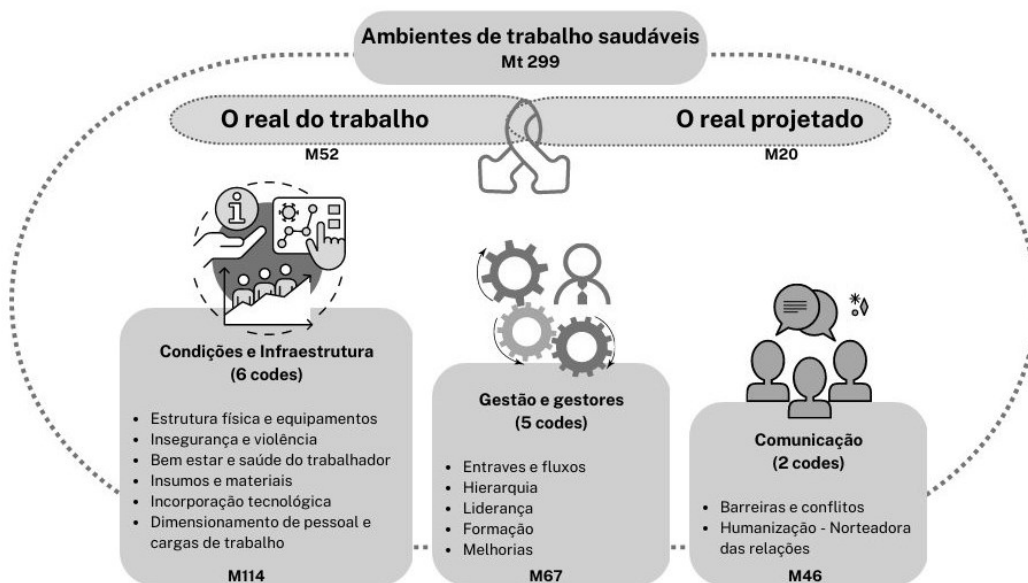
O estudo recebeu anuência institucional da SESAU e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 32493920.4.0000.0121 e parecer nº 4079091). As entradas nos campos seguiram escalas intercaladas e todas as medidas de prevenção aos riscos de contaminação da COVID. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram assinados pelos participantes, após claramente informados sobre os objetivos do estudo e compromissos assumidos pelos pesquisadores. Os participantes foram identificados por

códigos: Agente comunitário de saúde (ACS); Agente administrativo (AGD); Agente de serviços gerais (ASG); Auxiliar de saúde bucal (AUXBUC); Assistente Social (AS); Dentista (DENT); Enfermeira (ENF); Farmacêutica (FARM); Gerente (GER); Médica (MED); Nutricionista (NT); Técnica (o) em Enfermagem (TEC_ENF).

RESULTADOS

A figura (F11) representa o resultado da rede denominada “Ambientes saudáveis de trabalho”, com magnitude total (Mt) de 299 citações e 15 códigos, distribuídas em três categorias: Condições e infraestrutura (M=114); Gestão e gestores (M=67); Comunicação (M=46), além das categorias denominadas “O real do trabalho” e “O real projetado” que, embora funcionem como elementos articuladores da rede, também possuem uma magnitude própria de M=52 e M=20, respectivamente.

Figura 11 – Representação dos resultados da rede, com suas categorias distribuídas, com magnitudes (M) registradas.



Fonte: os autores com os recursos do Canva®. Belém, Pará, Brasil, 2022.

A Rede (macro categoria) denominada “Ambientes saudáveis de trabalho” articula três agrupamentos ou temas, remetendo a componentes complexos e integrados, que vão desde as condições materiais (in)adequadas para oferta de serviços da atenção à saúde (EPI e materiais), das condições gestionárias e de comunicação eficaz entre trabalhadores e público.

A análise permite articular os achados das três categorias em uma concepção de Ambientes Saudáveis de Trabalho dinâmica e em permanente interface entre o real do trabalho, com seus limites e contradições, e um trabalho projetado como desejo e horizonte. Nessa relação, nem sempre equilibrada, trabalhadores examinam seu ambiente e suas possibilidades de ser e trabalhar.

Da categoria “condições e infraestrutura” emergem sensíveis relatos, em grande parte em referência ao tempo pandêmico. A urgência da COVID-19 escancarou a importância e as dificuldades sofridas pelo SUS, já em processo de subfinanciamento e sob recentes ataques sob a lógica privatizante.

Nós não temos tudo o que precisamos para trabalhar bem e melhor, infelizmente. Mas isso a gente vê em todos os municípios. (ENF_01)

A gente já trabalha de uma forma totalmente diferente do que é saudável. (AGD_05)
Esse novo normal veio para alertar que estávamos fazendo as coisas erradas. Nós estamos num ambiente onde tudo aparece. Estamos propícios a várias doenças contagiosas. Nós não estávamos preparados para tudo isso. (ACS_09)

Meu ambiente de trabalho não é nada saudável, nem para mim muito menos para o usuário. [...] fica uma confusão. É muito pequeno para uma equipe ESF, isso acaba prejudicando a qualidade do atendimento. (MED_03)

No sentido da precariedade do “real do trabalho”, mostram-se as respostas lentas e os insuficientes investimentos voltados para as condições de trabalho: espaços físicos inadequados, mal equipados e insalubres; falta de insumos e materiais; precária e desigual incorporação tecnológica; insegurança e violência nos ambientes; consequentes prejuízos ao bem-estar e riscos à saúde do trabalhador. De modo transversal a esses seis códigos e 181 excertos, perpassa a noção dos prejuízos que tais condições acarretam para a qualidade do serviço prestado e para a imagem do profissional junto ao usuário.

Foram descritos e observados locais pequenos, fechados, com aglomeração de pessoas, impróprios ao atendimento e ao conforto ou bem-estar. São inúmeros os alertas sobre as condições insalubres de trabalho, exposição a riscos à saúde do trabalhador, incluindo relatos de agravos e adoecimentos relacionados ao trabalho. Além disso, os ambientes não são integrados, há barreiras no atendimento. Os atos de reformas nessas estruturas geram problemas com relação ao remanejamento de trabalhadores para locais não adequados minimamente, além de ociosidade desses ambientes, o que gera ansiedade nos trabalhadores.

Nós estamos aqui nesse ambiente escolar. Naquela sala são seis ESF funcionando junto com a secretaria, fazendo pré-atendimento, tudo junto. No momento não temos um ambiente saudável. (ACS_13)

Estamos todos amontoados aqui numa sala, os ESF estão juntos conosco, só o diretor tem uma sala. (TE_07)

Já teve adoecimento de funcionário aqui, que foi aposentado porque perdeu a visão quando funcionava o laboratório aqui. Foi comprovado que a pessoa foi contaminada por aqui. (ACS_01)

A carência de materiais nas unidades prejudica o atendimento e reflete-se numa visão negativa do serviço público como ineficaz e inoperante, enquanto condições insalubres e normas técnicas são ignoradas. Também são relatadas situações de insegurança e violência, que impõem mais constrangimentos e desconfortos ambientais, sem o apoio de equipes de segurança em áreas de periculosidade.

Nós gostaríamos de ser entendidos, olhados como ser humano, ter um trabalho digno. Ajudar sempre que for possível. Ter a liberdade é fundamental. (ACS_10)

A parte estrutural está sucateada, esses ambientes são totalmente insalubres. Não tem uma sala que não seja insalubre para gente trabalhar. (ENF_01)

Elas estão num calor louco. Sem ar-condicionado, sem ventilador. Eu acho desigual, deveria ser favorável para todos os trabalhadores. (AGD_02)

Os gestores anteriores tiveram que gradear e fechar as janelas do posto; nisso ficamos com um ambiente insalubre, sem ventilação adequada. (ENF_02)

Tem a parte física, nós estamos sem ar-condicionado novamente. Roubaram o compressor. Nós estamos numa unidade de saúde que infelizmente não tem segurança, sem agente de segurança desde 2017. (ACS_02)

Segurança! Nós já tivemos assaltos aqui, fizeram os funcionários de refém. Ficamos tensos e apreensivos, tem que gente que desenvolveu problemas psicológicos por conta disso. (ACS_06)

Segurança! Aqui é um local perigoso! (MED_02)

A insatisfação por não poder exercer boa parte da atenção e assistência também reside na falta de materiais e insumos básicos nas unidades. Trabalhadores relatam a prática de coletas de contribuições para adquirir itens como água mineral, alimentação, papelaria, materiais de higiene. Quando há materiais fornecidos pela secretaria de saúde, não há o controle de distribuição aos setores, o que deixa poucos com muito e muitos com pouco. Desses materiais, há relatos sobre a baixa qualidade.

Quando vêm os materiais muitas vezes chegam aqueles que não utilizamos. Alguns materiais são de boa qualidade, outros não. (AUXBUC_03)

Eu vejo que existiram fases. Momento que tiveram um ambiente bom em termos de disponibilidade de materiais, e outros momentos não. (DENT_01)

O que me falta é material: computador para eu digitar a produção, testes, luvas, material de consumo. E isso atrapalha, pois eu vou deixar de atender uma paciente por falta de luvas. Eu vou deixar de fazer um preventivo porque eu não tenho um espêculo. (ENF_04)

As vezes a gente quer um café, uma água, não tem. Tudo é coleta aqui. Já pensou passar várias manhãs aqui sem tomar água? Agora a gente faz a coleta para comprar a água, quem puder ajudar ou traz de casa. (AGD_02)

Observação e relatos reportam a carência tecnológica das unidades, acarretando problemas de arquivos, sistematização e guarda de dados, marcação de exames e outras demandas essenciais dos serviços. A alternativa restringe-se ao cadastro de famílias via celular ou no único equipamento presente na sala de gerência.

Na questão da informatização, mais computadores na unidade, mais internet de qualidade. O prontuário eletrônico que vai ser implantado e não temos. Questão do arquivo; a gente perde muito tempo procurando os dados. (ENF_02)

Eu não consigo marcar um exame. O sistema libera uma quantidade e fica ali, se acumulando. O paciente às vezes morre e não começou o tratamento. Então, esse tipo de situação me limita. (ACS_07)

Ainda influenciam os ambientes de trabalho as condições quanto ao dimensionamento de profissionais, principalmente para a assistência e serviços gerais, expondo a equipe à sobrecarga de trabalho.

Falta um pouco de cada. Profissional, alguns ares-condicionados, materiais, impressos. Está faltando médico, agente de saúde, técnico de enfermagem. Esses profissionais fortalecem a equipe, e enfraquece quando a equipe está incompleta. (GER_02)

Nós estávamos trabalhando meio que no doze. (ACS_01)

Eu particularmente queria mais um parceiro para trabalhar aqui. Eu fico muito cansado. (ASG_01)

A demanda é muito grande para uma grande quantidade de pessoas. (AGD_05)

Apesar do reconhecimento dos problemas sem resolução ou enfrentados de modo lento e burocrático, os trabalhadores contrapõem-se à narrativa que desacredita o serviço público em saúde, valorizando o empenho, compromisso e defesa do SUS. O olhar positivo sobre o ambiente de trabalho também recai sobre a presença de materiais e de conforto em alguns ambientes, mas ressalta as relações de trabalho e o bom convívio na equipe; em que pese uma divisão da equipe por turnos que impede a experiência compartilhada de grande parte dos trabalhadores (metade das unidades atendem apenas pela manhã).

Quando você vem para o serviço público você vai encontrar muita dificuldade, não é maravilha não. Tudo falta. (AGD_02)

Não é porque é SUS De que precisa ter aquela péssima imagem de que é tudo desleixado. Eu quero dizer que aqui nós nos esforçamos para que esse termo seja banido daqui do local de trabalho. (AUXBUC_02)

Alguma sala a gente vê harmonização, o ar-condicionado, um computador, as cadeiras em bons estados, mesas. Faltam algumas coisas. (GER_02)

A gente procura trabalhar com respeito entre todos os profissionais. (ENF_02)

Acredito que a divisão de departamentos ela serve para organizar, mas que ela não deveria separar. Acredito que deveria ser um trabalho integrado. (ACS_02)

Em síntese, na concepção sobre AST, evidenciam-se condições objetivas/estruturais e subjetivas/relacionais imbricadas, o que remonta à própria proteção e valorização do trabalhador

A parte da renumeração também pode ser saudável, uma pessoa bem remunerada também é saudável. Nós recebemos uma gratificação de 40%, para o estado do PA veio 20%. Nós não ganhamos até agora os 20%. Então, renumeração faz parte de um ambiente saudável e nós estamos aqui na linha de frente. (ACS_09)

Por fim, os resultados confirmaram os problemas de acordos entre entes gestores e os profissionais sobre a renumeração e/ou sistema de gratificações. É sabido que as categorias de profissionais da saúde promovem lutas por melhores condições de renumeração – a exemplo da Enfermagem. A configuração político-econômica dos últimos dez anos, no mínimo, vem atingindo as carreiras de saúde, com congelamento de salários, atrasos de pagamentos aos contratos em saúde ou mesmo acirrando a desvalorização do valor de trabalho em saúde, o que pode acirrar os níveis de desigualdades entre profissões.

Da categoria gestão e gestores, a crítica é direta ao sistema de gestão municipal, do qual se espera eficiência no atendimento das demandas das unidades. Há demora e insuficiência de investimento e ações voltadas para melhorar os ambientes ou para as necessidades dos próprios servidores e usuários, independente do cenário pandêmico, tanto em termos de condições laborais como de ações de qualificação/atualizações inclusivas e apoiadoras. A crítica também recai sobre parte do contingente de servidores, especialmente aqueles contratados provisoriamente, sob alegações de não produzirem seu trabalho com o mesmo comprometimento de um servidor concursado. A cada mudança de gestão, há cargos ocupados por profissionais que, em sua maioria, não são devidamente preparados para o atendimento ao público conforme o fluxo das unidades, o que empobrece cada vez mais a eficiência do atendimento.

Porque as ações [da gestão municipal] só foram feitas muito tempo depois do pico da Pandemia, as ações de higienização e desinfecção da unidade, principalmente. (ACS_01)

Se o barco está do jeito que está é porque nos unimos, se formos esperar da gestão... nós não temos nem água aqui. Às vezes eles [da gestão] chegam aqui e falam coisas que não é a nossa realidade. (AGD_03)

Às vezes não é da minha demanda, mas eu deveria saber para explicar e auxiliar aquele paciente. (AGD_01)

Às vezes a pessoa entra no serviço público e não é treinada para trabalhar e nem sabe que existem algumas normas, acaba que ela vai ter que engatinhar e aprender com o que ela vê. (MED_04)

De forma geral é complicado. Algumas pessoas infelizmente são indicações políticas. Nós estamos no final de um mandato, e provavelmente eles vão sair e parece que não tem preocupação com o serviço. (AS_01)

E quando a gente faz alguns cursos, como o de humanização, não são disponibilizados para todos. Nem todos os setores passam por esses cursos (ACS_02)

Muitas situações conflituosas poderiam ser resolvidas com definição da responsabilidade de gestores ao resolver pendências e situações administrativas dos ambientes de trabalho, além da cooperação entre diferentes instâncias hierárquicas. Sem isso, a gestão torna-se ineficiente no elo de comunicação para com os trabalhadores, estes marcados por cobranças unidirecionais dos níveis superiores até a instância da base, o que dificulta a gestão e relação de pessoas.

Teve uma reunião que eu participei, mas ouvi o que não deveria ouvir, mas sim a gerente que não foi nessa reunião. Sobre demandas de trabalho dos ACS eu ouvi cobranças que ela deveria ter ouvido. (ACS_03)

Ainda existem situações limitantes. Quando não conseguimos resolver uma coisa nós levamos para a coordenação e tentamos uma solução para amenizar os problemas. (ENF_03)

Sobre a liderança, é consenso que ela é importante no ambiente de trabalho, de forma a promover a motivação da equipe de trabalho e, também, o respeito à autonomia dos profissionais.

É uma liderança participativa, onde todos podem falar da sua necessidade, da sua demanda, dizer o que está acontecendo. (ENF_02)

Na nova gestão há mais autonomia para as quatro equipes ESF, diferente da gerência anterior. (MED_04)

Começando a observar pela direção da unidade. Parte muito dos líderes de saber tratar os seus funcionários, saber cobrar, orientar. (ENF_05)

A formação é encarada como limitação por conta dos níveis de atualização, uns com acesso, outros com atualização deficiente. É reforçado que todos os funcionários deveriam ter

oportunidade igualitária de atualização para saber lidar com os problemas que afetam o ambiente de trabalho.

Um fato que limita são essas diferentes formações das pessoas com quem nós trabalhamos. (ENF_01)

Eu acredito que são oferecidos muitos cursos, muitas formações, mas isso varia muito de pessoa para pessoa. (ACS_02)

Por mais que seja da enfermagem e do que nós aprendemos academicamente, mas às vezes há um desvio. Tanto nos setores que eu trabalho quanto dos profissionais, mas a gente procura resolver isso. (ENF_01)

Nós somos profissionais e fomos capacitados para estar aqui e receber tudo e a todos. (AUXBUC_02)

Então é complicado você trabalhar com aproximadamente quarenta ACS e só seis tiveram oportunidade de participar desse curso. (ACS_02)

Aqui nós nunca tivemos um respaldo de curso que deveria capacitar os funcionários, pois ao longo dos anos tudo se modifica, tudo se transforma. (AGD_02)

Depende das pessoas que precisam mudar, através dos cursos. (AS_01)

As melhorias requeridas são diretamente relacionadas às demandas mais cotidianas: comunicação, investimentos em renovação do ambiente, materiais para trabalho, formação profissional, cooperação entre pessoas e autonomia no trabalho.

É mais da parte estrutural e os materiais que nós não temos para trabalhar melhor. (ENF_01)

Teria que ser feito um projeto para dar uma renovada geral aqui na unidade. Nós temos uma área grande para ser construída, falta mesmo é boa vontade da gestão, da secretaria. (ACS_08)

Investimento para melhorar o prédio e materiais de consumo do posto. (DENT_01)

A equipe saúde da família precisa ter essa autonomia, cada equipe tem sua forma de trabalhar com a sua comunidade. (MED_04)

A gente precisa de mais formação humana, porque formação técnica é bastante oferecida. (ACS_02)

Da categoria comunicação, vincula-se uma imagem objetiva - os profissionais sentem necessidade de esclarecimento sobre papéis e responsabilidades pactuadas e compartilhadas, o que ajudaria a lidar com os conflitos relacionais dentro dos ambientes de trabalho.

Falta a questão da comunicação, porque muitos pacientes procuram qualquer profissional que esteja trabalhando para pedir uma informação a respeito de qualquer situação do posto. (AGD_01)

Para o ambiente fluir tem que haver comunicação e entendimento. (FARM_01)

Deveria ter mais reuniões, encontros com as equipes, onde nós possamos colocar questionamentos sobre a melhoria do atendimento da equipe. (MED_04)

Há relatos graves sobre problemas e barreiras de comunicação entre os trabalhadores e dos trabalhadores com a gestão, em ambos os casos dificultando as relações entre profissionais e o ambiente saudável.

Aqui tinha uma pessoa que, em vez de ela te chamar em particular, ela chamava todo mundo. Nossa, era muito feio. (ACS_11)

Existe muita falta de comunicação, pelo menos dentro na minha equipe tem. (ACS_04)

Quando começou a Pandemia aqui a administração central não chegou e ninguém veio aqui informar a gente: Olha equipe, se cuidem. A diretora pegou [COVID] e não falou nada. A ACS pegou não falaram nada. (AGD_03)

Problemas de comunicação entre trabalhadores, da gerência com trabalhadores, de trabalhadores para com o público, o que potencializa o estresse no ambiente de trabalho e proporciona o conflito ético no ambiente.

Tem muito profissional que têm problemas de casa e vem descontar aqui no colega. A gente tem que saber lidar com essas questões. (TEC_ENF_02)

Em termos pessoais, tem muitas pessoas que são mal-humoradas e acabam descontando nas pessoas, a gente acaba verificando esse tipo de comportamento na recepção. (ACS_05)

A noção que se manifesta sobre o próprio trabalho conecta-se a um princípio ou valor várias vezes assumido – da humanização. Apesar das dificuldades, presume-se fazer aquilo que está a seu alcance. O senso comum do dever entre os trabalhadores, de estar preparado para atender, é fortalecido e associado às práticas de humanização, no intuito de oferecer um atendimento de qualidade aos usuários que acessam a atenção primária.

No atendimento ao público em primeiro lugar. Porque as pessoas que chegam até aqui estão precisando realmente. E nós estamos aqui para atender. (TEC_ENF_04)

O paciente precisa sair satisfeito com seu atendimento. Ele precisa ser atendido num espaço adequado, que ofereça qualidade. (AUXBUC_02)

Por outro lado, há também a manifestação da desumanização, uma prática associada à falta de ética no ambiente de trabalho, caracterizando um despreparo do trabalhador para o atendimento ao usuário.

Quantas vezes eu já vi a pessoa vir para cá [ao posto] faltando trabalho para pedir uma informação, porque o seu agente de saúde não pôde dar um número de telefone. (ACS_02)

O usuário chega e não é acolhido da melhor forma. Está faltando um acolhimento melhor aqui. (ACS_05)

O paciente vem, fala com o funcionário e esse dá logo uma resposta, não atende direito, está no telefone, principalmente o telefone (WhatsApp). Não quer saber se o paciente está ali. (ACS_13)

A desumanização está nos atendimentos sem privacidade, na segregação e/ou barreiras entre os próprios funcionários, na falta de ética nas ações do cotidiano, nos embates entre profissionais às vistas dos usuários e da falta de comunicação e trabalho em equipe.

As maiores brigas é porque as pessoas não sabem trabalhar em equipe. Cada um só quer fazer o seu trabalho e só. (TEC_ENF_05)
Têm muitas equipes aqui, são quatro equipes que a gente trabalha. Algumas pessoas, em vez de ir com seu coordenador de equipe [enfermeira] vai direto com a coordenação geral. Em primeiro lugar, tem que respeitar a hierarquia. (ENF_03)
E quanto tem algum atrito dos próprios colegas trocaram farpas na frente do paciente. Então, isso repercute mau, tanto para os colegas quanto para a própria unidade. (AGD_02)
Se eu estou ali limpando um ambiente, você não vai jogar lixo no chão. Mas é o que acontece às vezes. (ASG_01)

Por fim, os profissionais sinalizam os atos para apaziguamento de conflitos em seus ambientes de trabalho.

Se o que ela vê é errado, ela vai repetir. Se o que ela ver e for ensinado for o mais adequado, ela vai fazer o que é mais adequado. (MED_04)
E temos a questão dos profissionais, da conversa e interação entre outros profissionais para darmos uma resposta ou solução para aquele usuário que precisa. (AS_01)
Às vezes acontece de um paciente estar chateado pelo tratamento recebido, eticamente devo chamar esse profissional e tentar falar com ele de forma que ele compreenda o que está acontecendo. (GER_02)

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde brasileiros passaram e continuam a passar por um turbilhão de desafios, diante de uma crise Pandêmica e pelas consequências de retrocessos que envolvem a gestão do sistema único de saúde. Ao se examinar o quadro orçamentário federal para o SUS em 2021, a saúde sofreu cortes abruptos conforme instituição do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA 2021), sem mínima previsão de continuidade do enfrentamento da Pandemia, suas consequências e com os mesmos desafios já impostos à atenção primária em saúde (FARIA; NOBRE; TASCA; AGUILLAR, 2022).

As condições de trabalho limitantes, os esforços descomunais ao prestar cuidados à população, a escassez de materiais de proteção, os EPI e o medo de se contaminar são situações

que elevam o potencial de desgastes desses profissionais (MIRANDA; SANTANA; PIZZOLATO; SAQUIS, 2020), situações essas bem diferentes do que se é proposto nas recomendações de fortalecimento da atenção primária: a “garantia de condições de trabalho adequadas, estrutura física e fornecimento de insumos” (recomendação 11) (TASCA *et al.*, 2020), o que permite inferir que esses ambientes de trabalho não são saudáveis para seus profissionais.

A insalubridade e o desconforto por falta de estrutura que os locais apresentam, a sobrecarga e esgotamento, **o excesso de demanda e de burocracia** levam ao aumento da taxa de absenteísmo nos ambientes de trabalho (NOGUEIRA; SILVA JUNIOR; MÜLLER, 2021). A mistura de tantas situações calamitosas dentro desses ambientes gera representações negativas diante do público, associando o ambiente público de atenção à saúde ao caos, em uma complexa subjetivação tensionada (ENZVEILER; WARMLING; PIRES, 2020).

Os modos como são colocados a realidade da escassez de materiais, a ponto de colocar trabalhadores para realizarem coletas para aquisição de materiais básicos refletem os percalços das relações trabalhistas na saúde brasileira, esta que se encontrava *adormecida ou negligenciada* durante o processo de austeridade econômica, os reflexos do sub financiamento na saúde devem continuar a ser pauta de reivindicação por melhores condições de trabalho pelas categorias de classe (SOUZA, 2021; ATHAYDE, 2021).

As dificuldades ligadas às questões estruturais, materiais e da relação com a gestão confirmam os entraves que impactam e comprometem o desenvolvimento da atenção à saúde nessas regiões (FERREIRA *et al.*, 2021).

A atenção primária, quando identificada por dimensões políticas, estruturais e de organização, mostra quão são desiguais entre regiões. A situação da região norte chama atenção em comparação às demais regiões, pois as diferenças podem estar relacionadas a fatores como desenvolvimento tecnológico e aprendizado institucional na organização do sistema de saúde (BOUSQUAT, 2019).

Tal diferença mostra-se perene na carência tecnológica, constatadas nas observações de campo nas unidades pesquisadas, da presença de armários mofentos com fichas de usuários e perdas de informações, da utilização de internet móvel própria dos profissionais para ter acesso à rede de internet e dificuldades de acesso aos sistemas de informações, como o cadastro de famílias ESF. Nota-se, então, a pressão por parte gestonária a esses profissionais em um curto espaço de tempo, em um sistema de *atingir metas*.

Outro desafio é a alta rotatividade e conseqüente carência profissional na atenção primária, o que prejudica sua consolidação da APS (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019). Observam-se equipes com oferta de profissionais enfermeiros e carência de profissionais médicos nas equipes de estratégia saúde da família, gerando desgastes na absorção das demandas aos profissionais além da sua adscrita (PIRES *et al.*, 2019).

Apesar dos desafios enfrentados cotidianamente e das situações calamitosas, é evidente que, ainda há satisfação no trabalho, como exemplo a relação harmoniosa com os usuários, o que reforça um bem-estar ou mesmo segurança desses profissionais pelo trabalho e ao seu ambiente de atuação (ASSIS *et al.*, 2020), que mesmo vivenciando situações degradantes, não desacreditam do serviço público.

Ao adentrar no reconhecimento do SUS, assim como o enaltecimento dos profissionais de saúde, convém ressaltar que eles precisam de melhores condições salariais (SANTOS *et al.*, 2020). O fato de a equipe ACS não receber a contento durante a pandemia reflete as péssimas condições salariais que esses e demais profissionais passam.

Na enfermagem, expressivo contingente de trabalhadores da área da saúde, em 2020 a campanha por piso salarial, em trâmites no congresso e senado por mais de vinte anos, sob a atual Proposta de Lei 2564/2020 (PL 2564/2020), obteve aprovação em outubro de 2022 (COFEN, 2021). Entretanto, por questões econômicas levantadas por entidades patronais, a Lei foi suspensa, e o processo segue em análise de julgamento pelo Tribunal Superior de Justiça (STJ). Os profissionais merecem a valorização, melhores condições de trabalho e equipamentos de proteção individual. São dignos de aplausos e reverências, mas não é só disso que esses indivíduos vivem. É preciso uma remuneração digna, de EPIs que protejam além de estratégias que valorizem essas carreiras (AIRES; MARZIALE, 2021).

Ao falar da ação gestonária na atenção primária, a insatisfação dos profissionais recai também na falta de responsabilidade das secretarias em propiciar um contrato favorável de trabalho. Nas situações de contratações provisórias advindas de políticas adotadas, o tipo de vínculo celetista tem repercussões importantes na estruturação dos riscos à saúde do trabalhador, em especial no que se refere aos transtornos mentais (AIRES; MARZIALE, 2021), pois não há um vínculo duradouro e alta rotatividade de profissionais. Bem diferente do vínculo empregatício formal e estável, que é considerado positivo ao sistema de saúde na implementação de ações a longo prazo (LOURENÇÃO *et al.*, 2021).

Também é constatada a relação ora de aproximação, ora de distanciamento entre gestores e profissionais da atenção primária (FERREIRA *et al.*, 2021), acentuando conflitos na tomada de decisões ou mesmo nas rotinas de gestão do ambiente de trabalho na APS, do ponto de vista da gestão municipal, envolvendo gestores públicos e profissionais da saúde, caracterizando uma despersonalização do trabalho, ao ter menos tempo para se dedicar aos pacientes (AIRES; MARZIALE, 2021).

Nos momentos de conflitos ressalta-se a importância da liderança nas equipes como promotora de acordos de convivência no ambiente de trabalho. Curiosamente a liderança foi levantada por profissionais de ensino superior, o que solidifica a relação entre a educação na formação de profissionais e a conscientização sobre a liderança. A autonomia dos profissionais, a começar pelos gestores, perpassa pela educação/capacitação para a gestão, até então ausente nos ambientes de trabalho estudados.

A formação/educação/capacitação é vista como escassa entre os profissionais de saúde. Apesar de ter discreta preponderância de profissionais de nível médio e superior, ainda há a carência de formação (SANTOS *et al.*, 2020), preferencialmente na educação permanente e continuada a todos os profissionais.

A comunicação é um item importante dentro de um ambiente de trabalho. Em um ambiente coletivo que é a atenção primária em saúde, onde há convivência entre equipes, ainda é persistente o problema de comunicação no ambiente, muitas vezes direcionado em comunicação ríspida, ocasionando níveis alterados de estresse entre enfermeiros de atenção primária (AIRES; MARZIALE, 2021).

A fragilidade apontada está nas formas de barreiras (ou resistências) de comunicação entre profissionais de cada setor, ou com a gestão, ou mesmo com o público. A desumanização tem essa imagem negativa conforme são relatadas as formas de atendimento de alguns profissionais que são destinadas ao público ou mesmo entre pares dentro do ambiente de trabalho. Para tais situações há, portanto, a sugestão da criação de espaços e oportunidades para a comunicação entre os atores envolvidos, seja em diferentes reuniões de equipes, discussões de casos, oficinas de relações pessoais, propostas que podem ser vinculadas à educação permanente desses profissionais (GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

Para que o processo comunicativo seja desejável, prioriza-se a padronização das informações, assim como o conhecimento das atribuições de cada profissional. A comunicação

saudável e respeitosa seria, portanto, uma ferramenta para o processo de trabalho na APS (PEREIRA *et al.*, 2021).

Ao falar da Humanização, como os dois lados das imagens positivas e negativas objetivas emergem, percebe-se que, nos ambientes de trabalho em saúde na atenção primária em saúde, há diversas/múltiplas relações. Claro que as pessoas podem não estar em sua totalidade de bom humor, ativas e favoráveis no cotidiano de trabalho. Por se tratar de uma forma de trabalho em um ambiente em que se lida o tempo todo com seres humanos, em sua maioria necessitando de ajuda, convém atentar que todos os seres presentes ali precisam de atenção, sobretudo na prática da empatia de ouvir, atender, compreender, ajudar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou fazer uma análise geral de como está o ambiente de trabalho na atenção primária em saúde sob a ótica dos ambientes saudáveis, em um contexto amazônico. Infelizmente, é perceptível que ainda há diversos desafios a serem enfrentados por todos os atores que pertencem a atenção primária e conseqüente nível de gestão municipal.

A educação permanente mais uma vez mostra ser um elemento decisivo para intenso e constante trabalho no ambiente de trabalho desses profissionais. Nota-se que sem esse elemento é impossível propiciar um ambiente favorável, pois nem seus trabalhadores possuem o direito de falar, opinar e sugerir as mudanças necessárias naquele setor, tornando-se servidores invisíveis.

O setor gestor precisa estar síncrono com as necessidades dos ambientes de trabalho, a ponto de somar forças ao cobrar investimentos, novos equipamentos, correta distribuição de suprimentos e de recursos pessoais para suas unidades. Falta uma noção mais coletiva em cada âmbito de gestão, para ter noção de que a atenção primária acontece pela união de vários profissionais, de várias áreas, mas que se não há recursos mínimos para essa práxis do cuidar, não há como avançar nesse cuidado, na prestação do serviço público. E as conseqüências recaem sobre os profissionais, estes que estão na porta de entrada do SUS.

A pandemia ampliou o alcance das lentes que observam os desafios de diferentes ordens que impõem precariedade na qualidade da assistência por questões estruturais e sentimento de impotência aos trabalhadores. Este estudo limitou-se a analisar o trabalho pela visão da maioria dos trabalhadores da APS durante um período crítico, porém outros trabalhadores por constarem no critério de exclusão não puderam ser ouvidos. Contudo, espera-se que este estudo

possa mobilizar uma discussão que considera e ultrapasse as dimensões estruturais e organizacionais dos ambientes de trabalho, atinja a interface com as questões psicossociais e éticas implicadas.

REFERÊNCIAS

AIRES GARCIA, G.P.; MARZIALE, M.H.P. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03675. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021503675>.

ALVARENGA, D. **Salário médio de contratação nas 100 profissões que mais empregam no país**. Portal de Notícias G1, 2021. Acesso em 30 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2021/10/26/veja-salario-medio-de-contratacao-nas-100-profissoes-que-mais-empregam-no-pais.ghtml>.

ATHAYDE, Tania. 2021. **Senadora Eliziane Gama apresenta emenda ao PL do Piso**. Disponível em: <http://rj.corens.portalcofen.gov.br>.

ASSIS, B.C.S; SOUSA, G.S.; SILVA, G.G.; PEREIRA, M.O. What factors affect job satisfaction and work overload in primary health care units? **REAS/EJCH**. 2020;12(6):e3134. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>.

BOUSQUAT, A *et al*. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35 Sup 2:e00099118. doi: 10.1590/0102-311X00099118.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Aprovada PEC que prevê o piso nacional da Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/aprovada-pec-que-preve-o-piso-nacional-da-enfermagem_100758.html.

ENZVEILER, Fabiane Cristina; WARMLING, Cristine Maria; PIRES, Fabiana Schneider. O acolhimento e o trabalho de enfermeiros na estratégia de saúde da família: práticas de cuidado. **Revista Saberes Plurais**. 2020;4(2): 129-32.

FARIA, M; NOBRE, V; TASCA, R.; AGUILLAR, A. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Nota Técnica n. 23. 1-7. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_NT23.pdf.

FERREIRA, D.S.; RAMOS, F.R.S.; TEIXEIRA, E.; MONTEIRO, W.F.; AGUIAR, A.P. Obstáculos para práxis educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021;42:e20190521. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521>.

GUIMARÃES, B.E.B.; BRANCO, A.B.A.C. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde.** 2020;12(1):143-55. doi: 10.20435/pssa.v12i1.669.

LOURENÇÃO, L.G.; SILVA, R.A.S.; MORETTI, M.S.R.; SASAKI, N.S.G.M.S.; SODRÉ, P.C.; GAZETTA, C.E. Career commitment and entrenchment among Primary Care nurses. **Rev Esc Enferm USP.** 2021;55:e20210186. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0186>.

MADUREIRA PEREIRA, L.E.; RAMOS, F.R.S.; BREHMER, L.C. DE F.; DIAZ, P. da S. Ambiente de trabalho saudável na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 26º de novembro de 2021 [citado 2022 nov 14];36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>.

MIRANDA, F.M.A.; SANTANA, L. de L.; PIZZOLATO, A.C.; SAQUIS, L.M.M. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020 [citado 2022 out 13]; 25. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>.

NOGUEIRA, L.S.; SILVA JUNIOR, M.F.; MÜLLER, E.V. Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 2021;16(43):2159. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2159](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2159).

OLIVEIRA, M.M.; PEDRAZA, D.F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 122 [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. 765-779. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912209>>.

Organização Mundial da Saúde. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para a ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.** Brasília (DF): SESI/DN; 2010.

PEREIRA, A.L.L.; SANTOS, J.C.; MOCCELLIN, A.S.; SIQUEIRA, R.L. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção

Primária à Saúde. **Research, Society and Development**. 2021; 10(10): e338101018942. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18942>.

PIRES, D.E.P.; VANDRESEN, L.; FORTE, E.C.N.; MACHADO, R.R.; MELO, T.A.P. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40:e20180216. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020 [citado 2022 ago 03]; 25(1):89-99. DOI: 10.1590/1413-81232020251.29562019 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnJWDbvYCwqdYdVypqrJMBm/?lang=pt>.

SANTOS, R.S.; MOURÃO, L.C.; ALMEIDA, A.C.V.; SANTOS, K.M. Armed conflict at primary care: challenges for practice Stand training. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(2):e20180179. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0179>.

SILVA, M.E. *et al*. Atenção à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Braz. J. of Develop**. 2020; 6(7):44617-31.

SOUZA, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021;19:e00311143. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>.

SOUZA, L.K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. 2010;71(2): 51-67.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W.M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e4. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.

VEDOVATO, T.G. *et al*. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2021, v. 46 [citado 2022 out 30], e1. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>.

5.2. MANUCRITO 2: COMPONENTES SUBJETIVOS E RELACIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

RESUMO

Objetivo: analisar os componentes subjetivos e relacionais do ambiente de trabalho a partir das experiências de profissionais atuantes na atenção primária em saúde num cenário amazônico. **Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido de agosto a dezembro de 2020, a partir de entrevistas com 46 profissionais atuantes em sete unidades de saúde, além da observação in loco. A Análise Temática sustentou este estudo. **Resultados:** Uma rede temática central composta por dois grandes agrupamentos denominados: Ética e subjetividade e Relações e equipes profissionais. Suas categorias expressam os elementos constituintes do trabalho, seja nas condições concretas para a realização do trabalho, seja na subjetividade as percepções dos trabalhadores acerca dos ambientes, incluindo aspectos éticos. **Considerações Finais:** A complexidade e nuances do tema revelam a forma como os trabalhadores manifestam potencialidades e dissonâncias, precariedades e conflitos, mas também, o valor simbólico que tais ambientes adquirem para uma permanente reconstrução e atualização. **Descritores:** Ambiente de Trabalho; Ética Institucional; Ética Profissional; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública;

INTRODUÇÃO

É essencial refletir sobre a subjetividade no ambiente de trabalho hoje, quando vivenciamos transformações, novas exigências e relações, além das marcas da precarização e dos diversos impactos produzidos na vivência e na saúde dos trabalhadores. Trabalhar é produzir junto, vivenciar, criar laços, construir a solidariedade coletivamente. Mas, é perceptível que essas experiências podem sofrer transformações conforme o cotidiano das relações, quando as regras do jogo capturam subjetividades e recrudescem as relações (VIEIRA; GHIZONI, 2020).

O termo trabalho é considerado polissêmico e em suas diferentes acepções pode acentuar a tônica de análise sobre a tarefa ou atividade, a profissão, o emprego ou o mercado, sua regulação e normas jurídicas, entre outros fatores. Acolher uma ênfase ou abordagem pode reduzir a compreensão da complexidade dessa polissemia, ou mesmo das diferentes funções do trabalho, seja a função utilitária, social ou identitária (LHUILIER; LACOMBLEZ, 2019).

Na área da saúde, o trabalho sofre os mesmos impactos da lógica capitalista de produção e regulação. Ele possui nuances e características próprias, além de expressões ligadas à geopolítica mundial, políticas nacionais e institucionais. Processos societários amplos atingem setores, nações e profissões de modos diversos (GRANEMANN, 2021).

O foco do presente estudo dirige-se ao trabalho em saúde, delimitado ao cenário da Atenção Primária em Saúde (APS), sob a tônica da relação trabalho e subjetividade e do conceito de ambientes de trabalho. A Atenção primária é a porta inicial de atendimentos e núcleo articulador do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inúmeras práticas de saúde são realizadas na APS, incluindo a avaliação do processo de trabalho para a proposição de novas formas de atenção e de comunicação dentro do sistema. O cuidado passa a ter novo significado quando é sabido que, para cuidar bem dos usuários, é preciso valorizar o trabalho e, sobretudo, olhar para quem é/são esse(s) trabalhador(es) e suas condições de saúde (BORDIN *et al.*, 2019).

Desde a proposição do conceito de ambientes de trabalho saudáveis pela organização Mundial de saúde e do conceito de ambientes favoráveis de prática (ou positivos para o cuidado) pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, há cerca de 15 anos, a profissão tem sido desafiada a propor processos analíticos e interventivos sobre os ambientes de trabalho. Para isso, é preciso considerar a complexidade do conceito, os aspectos objetivos e subjetivos que o envolvem, sem primazia de uns sobre outros, uma vez que as diversas condições, regulações e prescrições que incidem sobre as formas de trabalhar não podem ser isoladas da experiência subjetiva dos trabalhadores. Em igual importância, situam-se os diversos aspectos do ambiente psicossocial do trabalho, que afetam a vida do trabalhador, dentro ou fora do ambiente laboral - das relações, capacidades e trajetórias profissionais, dos valores e significados, das cargas e gratificações, das formas de participar e se expressar eticamente. (RAMOS *et al.*, 2021).

Em vista dessas questões, abordar a relação ambiente de trabalho e a subjetividade, ou as formas como subjetividades participam da construção e são impactadas por esses ambientes, constitui um estudo necessário para compreender os desafios que ainda estão vigentes na APS. Além disso, para territórios amazônicos, tal temática pode ser complemento importante para a análise de um cenário sobre o qual são descritos desafios impostos pela dimensão e distância geográfica, a distinção do urbano e o rural e os diferentes modos de vida da população, que se configuram entre vários pontos limitantes para o avanço e o desenvolvimento da APS (ANDRADE; PONTES, 2019).

O estudo tem por objetivo analisar os componentes subjetivos e relacionais do ambiente de trabalho, a partir das experiências de profissionais atuantes na atenção primária num cenário amazônico.

METODOLOGIA

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 407909, com autorização institucional da Secretaria de Saúde, atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº466/2012.

Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.

Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido em sete Unidades Básicas de Saúde do município de Ananindeua, estas que contemplam as principais áreas populacionais nas regiões de saúde: Guanabara, Cidade Nova IV, Cidade Nova VI, Águas Lindas, Júlia Seffer, Aurá, Unidade Centro Ananindeua.

Fontes de dados

Foram incluídos profissionais atuantes nas unidades do cenário de estudo por um período igual ou superior a três meses, concursados e/ou contratados, e excluídos servidores em férias ou licença, vigias e residentes. No total, 46 profissionais foram participantes, sendo Agentes comunitários de saúde (ACS); Agentes administrativos (AGD); Agentes de serviços gerais (ASG); Auxiliares de saúde bucal (AUXBUC); demais profissões de nível médio; Enfermeiras (ENF); Gerentes (GER); Médicos (MED); Auxiliares e Técnicos em Enfermagem (TEC_ENF). Para preservação do anonimato dos participantes, foram atribuídos códigos conforme função seguido de número arábico por ordem de entrevistados (por exemplo: ACS_01; ACS_02). Também foram realizadas observações diretas dos ambientes de trabalho pela pesquisadora principal, totalizando seis horas semanais e gerando relatórios complementares que serviram para triangulação de dados e embasamento da discussão dos resultados.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2020, com entrevistas individuais semiestruturadas, após autorização dos setores competentes, seguindo os protocolos de prevenção aos riscos de contaminação da COVID-19. Relata-se, ainda, a inclusão da observação de campo em cada visitação pela pesquisadora, gerando relatórios que posteriormente puderam contribuir para a discussão dos dados encontrados nos resultados. As entrevistas foram orientadas por roteiro com sete questões abertas, abordando temas sobre ética,

percepções e vivências no ambiente de trabalho. A duração aproximada das entrevistas foi de quinze minutos e gravadas digitalmente, via aplicativo Gravador de Voz® Versão 3. A pesquisadora principal realizou e transcreveu integralmente as entrevistas, assim como revisou os conteúdos das observações.

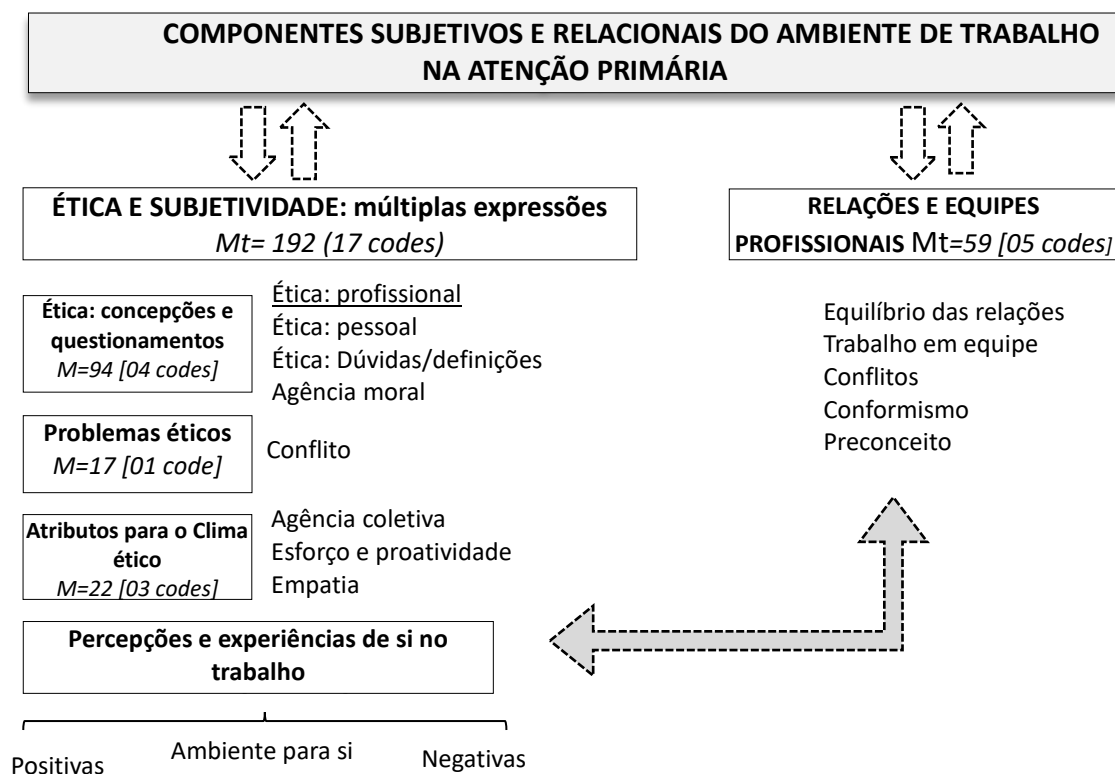
Análise de dados

Os dados obtidos foram organizados e categorizados com o auxílio do software Atlas.ti versão 9.0.24, ordenados em unidade hermenêutica única para documentos de entrevistas e relatórios de campo, que após sucessivas leituras passou pelo processo de codificação e análise. Para este estudo, elegeu-se o recorte de dois agrupamentos, derivados de 251 citações em 22 códigos e 4 subcódigos. Os dados obtidos foram analisados de acordo com a Análise Temática Reflexiva (ATR) de Braun & Clark (2006). A análise passa por seis etapas de Análise Temática (Braun e Clarke, 2006): 1- familiarização dos dados; 2- geração de códigos iniciais; 3- busca de temas; 4- revisão de temas; 5- definição de temas; 6- relatórios das ideias. O relatório de ideias valeu-se, também, de uma figura das redes construídas, que equivale ao tratamento e relatórios dos temas (etapas 5 e 6 da ATR). Todas essas etapas foram facilitadas pelas funcionalidades do Atlas.ti, uma vez que este permite codificar, criar memos (comentários analíticos), grupos de codes (códigos) e redes que expressam relações entre códigos e interpretações, o que é plenamente compatível com as etapas da ATR. Além disso, o software permitiu compartilhar relatórios entre as pesquisadoras, de modo a retificar, aprofundar e reconfigurar continuamente códigos e redes.

RESULTADOS

Resultou do processo analítico uma rede temática (tema central) composta por dois grandes agrupamentos ou categorias denominados: 1) Ética e subjetividade – múltiplas expressões; e 2) Relações e equipes profissionais. A figura F12 mostra as categorias, as subcategorias e códigos que compõem esses agrupamentos temáticos, com a magnitude total por agrupamento (Mt) ou de cada categoria (M).

Figura 12- Componentes subjetivos e relacionais do Ambiente de trabalho na Atenção primária em saúde.



Fonte: as autoras (2022).

A figura F13 denominada “Componentes subjetivos e relacionais do Ambiente de trabalho na Atenção primária em saúde” é composta por dois agrupamentos ou macro categorias: “Ética e subjetividade: múltiplas expressões” (Mt=192), e “Relações das equipes profissionais” (Mt=59), o qual possui uma estreita relação com a categoria percepções e experiências de si no trabalho. O agrupamento “Ética e subjetividade: múltiplas expressões” possui quatro categorias: “ética: concepções e questionamentos” (M=94); “problemas éticos” (M=17); “atributos para o clima ético” (M=22) e “percepções e experiências de si no trabalho” (M=59).

Especificamente, a categoria **ética: concepções e questionamentos** articula quatro subcategorias (ética profissional, ética pessoal, dúvidas e definições e agência moral), sendo que a ética profissional se desdobra em conteúdos diversos.

Inicialmente, a subcategoria ética profissional é vista como as condutas essenciais ao atendimento e prestação de serviços de saúde ao público. São destacados valores ou obrigações como confidencialidade, sigilo e privacidade, sendo esses os mais referidos pelos profissionais.

Ter contato com o paciente e saber de coisas que às vezes eles não contam para os familiares, ou parceiros. E se abrem com a gente, e a gente precisa guardar essa informação para que ela não vaze. Para que ela não seja deturpada. (ACS_01)

Ético é aquele que você respeita a confidencialidade do seu paciente, tem respeito pelo prontuário, pelas informações que são registradas e de acesso a todos [...] não omitindo informações importantes e [preservando] nos casos que vão comprometer o usuário em relação ao agente de saúde ou o enfermeiro. (MED_03)

A conduta ética é associada ao respeito como um princípio do exercício profissional e base para as relações pessoais, seja com colegas, com o usuário/paciente ou que transcende para o caráter coletivo e interprofissional do trabalho. O respeito ao trabalho coletivo impõe limites de atuação, formas de organização, cooperação e sintonia entre as metas e ações de cada trabalhador, o que faz tão importante o respeito aos espaços e saberes e a atenção à civilidade e às formas de tratamento.

O ambiente ético é aquele em que trabalhamos em equipe, e que cada um trabalhe na sua especialidade sem passar por cima da especialidade do outro. (NT_01)

Eu não posso interferir na conduta profissional de outra pessoa, do médico por exemplo, porque cada um tem a sua regulamentação, cada um tem a sua legislação do que deve fazer. Então a gente tem que trabalhar dentro dos limites que nossa profissão e atuação manda. (ENF_02)

Ainda no componente profissional da ética, destaca-se a noção de responsabilidade e compromisso, aqui incluído aquele dirigido à formação (própria e da equipe). Assim, a ética é valorizada como requisito ou ferramenta indispensável para os fins profissionais – cuidar e atender da melhor forma. Os aspectos normativos da ética, de pautas e normas a serem seguidas, vinculam-se e expressam essas responsabilidades. As concepções da ética pessoal são, também, relacionadas ao componente mais individual, que se equipara ao respeito no trato com as pessoas e ao cumprimento de normas, tratados acima, mas atribuindo um envolvimento, busca ou atributo pessoal aos comportamentos esperados.

A questão da ética é importante que possamos manter um trabalho certo, que possamos dar respostas a essas pessoas que vem nos procurar. (AS_01)

Ética é seguir as normas e levar em consideração o respeito ao próximo. (MED_04)

Não passando problemas e nem levando meus problemas para o trabalho. (ACS_08)

Alguns profissionais que tentam contribuir. Os profissionais são cordiais, outras são bem esquentadas, principalmente ali no atendimento. (ASG_01)

A subcategoria ética: dúvidas e definições permeia as imprecisões sobre a ética ou a sua referência às situações de ausências ou falhas – quando certas práticas não são éticas. Outros

mostram total ou parcial desconhecimento, talvez por falta de oportunidades formativas ou reflexão pessoal e coletiva que aproximem o tema do cotidiano de trabalho.

Tem certas coisas que acontecem aqui que nós sabemos que não é ético. (ACS_08)
Faço de tudo, mesmo que eu não entenda o que está acontecendo. (GER_02)
Não entendo dessas coisas de ética. (ASG_02)
Mas se isso não é ofertado é muito difícil... têm pessoas que nem sabem o que é ética. (ACS_02)

A subcategoria agência moral faz-se presente não porque esse conceito seja de fato utilizado pelos participantes, mas por representar um ideal internalizado por alguns sujeitos ao se verem como agentes morais, ou seja, aqueles que têm consciência do que é certo e honesto, do que convém e do que não convém no ambiente de trabalho e que são capazes de agir para concretizar ações justas; o que, de certa forma, possui relação com as demais categorias, como o respeito, a responsabilidade e o compromisso com o coletivo.

O ambiente ético parte do indivíduo, e só quem pode limitar a pessoa ser ética ou não é ela própria. (ACS_02)
Sendo honesto, trabalhador, sendo justo. (DENT_01)
Acredito que tenho que melhorar algumas coisas, mas estou exercendo a parte ética da melhor forma que posso. (MED_04)

A **categoria problemas éticos** (M=18) mostra o que acontece quando os conteúdos revelados na categoria anterior são opostos ao que se espera na vivência do trabalho, ou seja, mostra-se como o reverso ou o antagônico aos valores ou princípios citados, como o sigilo, o respeito, a responsabilidade ou a justiça. De certa forma, essa categoria trata de conteúdos indesejáveis presentes na realidade desses ambientes, confrontando o que é considerado ético.

Acho que na questão do ambiente ético é um pouco mais complicado, pois é um grupo grande e muita coisa “é solta no ar” e isso gera problema aqui dentro, sendo uma situação limitante. (ACS_01)
Falta a ética, justamente. Hoje mesmo eu estava falando com uma colega sobre isso, que tem coisas que deveriam ficar só na unidade, só na diretoria e não ficam, pois vazam. (TEC_ENF_05)
Se o que ela vê é errado, ela vai repetir. Se o que ela vir e for ensinado for o mais adequado, ela vai fazer o que é mais adequado. (MED_04)
Os relatos são ricos em faltas éticas relacionadas à quebra de sigilo, desvio de informações cujas situações passam pela falta de conhecimento e/ou despreparo, transcendendo a dimensão técnica da ação, estabelecendo o conflito no ambiente laboral
As maiores brigas é porque as pessoas não sabem trabalhar em equipe. Cada um só quer fazer o seu trabalho e só. (TEC_ENF_05)

Quando tem algum atrito dos próprios colegas trocarem farpas na frente do paciente. Então, isso repercute mal, tanto para os colegas quanto para a própria unidade. (AGD_02)

A prática desleal e não ética mostra-se em situações conflitantes, muitas vezes atribuídas às limitações dos profissionais, inclusive no que se refere à formação. Uma via de combate ao que se entende como problemática ética pode ser trabalhada em um contexto educativo para/com esses profissionais.

A terceira categoria refere-se aos **atributos do clima ético** (M=22). Os atributos destacados podem ser individuais, como a empatia e a polidez; ou promovidos pela equipe, denominado como agenciamento coletivo, a exemplo de autonomia, liberdade de expressão, comunicação adequada, respeitosa e protetiva, prudência em ações e decisões.

Um ambiente ético seria um ambiente em que todos, independente de posição, de sua carga horária, da sua função aqui dentro tivessem o mesmo espaço de fala quanto seu espaço decisório dentro da sua atividade. (ACS_02)
Ambiente ético é aquele que há respeito mútuo. (AUXBUC_02)

A proatividade é um quesito relatado pelos trabalhadores quando estes não se autolimitam a ajudar quando solicitados, mas antecipam respostas e buscam melhorias. O esforço ou busca por solução é valorizado e associado ao engajamento e compromisso, mesmo quando tal empenho não tem o desfecho desejado, por limitações de governabilidade.

Cada pessoa é diferente. Cada um tem sua particularidade. A gente consegue dialogar numa boa. Cada qual vai ajudando de sua forma, e todos são proativos. (ENF_02)
Algumas pessoas contribuem para ter um ambiente saudável, dão o suor, fazem o possível, se dedicam e fazem um esforço. Mas têm outros que ficam se escorando nos outros. (ENF_04)

A empatia é enfatizada no sentido de sua presença entre os trabalhadores e sua ausência em determinadas situações que poderiam melhorar o comportamento nas relações entre profissionais.

Cooperação, compreensão para se adaptar às situações, companheirismo dos colegas. (ACS_06)
Saber olhar o próximo da forma que você gostaria de ser olhado. (AS_01)

A categoria **percepções e experiências no trabalho** (M=59) possui três subcategorias: *Ambiente para Si*, *Impressões Positivas* e *Impressões Negativas*. A subcategoria *Ambiente para Si* expressa um entendimento sobre o ambiente de trabalho construído na mediação entre

impressões positivas e negativas, destacando necessidades de mudança e o modo como ele é o resultado da atuação dos próprios trabalhadores.

Ele (o ambiente) precisa ser demolido, porque ele já está insalubre para gente. (ACS_01)
Só quem conhece é quem está dentro. (AGD_05)
Quem faz o ambiente de trabalho é você. (FARM_01)
Mas existe muita coisa aqui que precisa ser melhorado, têm situações que não são éticas. (MED_04)

As *Impressões Positivas* revelam o alívio de estar naquele ambiente, visto como melhor se comparado a outras realidades. O sentimento de apoio é algo relatado na forma de escuta, atenção, diálogo e cooperação entre colegas. O pertencimento ao grupo, a ideia de ser uma família remete à participação, cumplicidade, união, comunicação entre os participantes e, também, liderança.

Aqui a gente tem sorte. Pelo que eu vejo de colegas que já trabalharam em outros postos, com outros diretores. Aqui a gente tem sim um bom ambiente de trabalho. (ACS_02)
Somos unidos, há uma cumplicidade e humildade. E quando tá um errado a gente fala, chama a atenção, para e pensa, reconhece que realmente aquilo não é o certo e procuramos fazer o certo. Nós tentamos procurar as melhorias. (TEC_ENF_03)
A liderança da minha equipe é feita por uma enfermeira, ela abre espaço para o diálogo. Por mais que ela seja nossa coordenadora ela abre espaço para saber o que nós pensamos, o que nós achamos. (ACS_02)

E, apesar de todos os problemas citados, há a satisfação entre os trabalhadores ao terem o trabalho coletivo bem reconhecido, seja pela comunidade ou pelos resultados de maior bem-estar aos próprios trabalhadores.

A cumplicidade entre nós é grande, eu gosto da equipe. Não tenho do quê reclamar. Há aquilo recíproco, e nos tornamos mais fortes e saudáveis. Saberem que o trabalho exercido ou mesmo as ações praticadas no ambiente de trabalho traz algum reconhecimento pela comunidade e conforto aos trabalhadores. (TEC_ENF_03)
E nós temos reconhecimento lá fora do nosso capricho e zelo no nosso ambiente de trabalho. (AUXBUC_02)

Há um sentimento de esperança e expectativa positiva de um ambiente saudável relacionado à reforma das unidades e possível contrato e/ou admissão via concurso de novos servidores.

Aqui está adaptado, a unidade está passando por reformas. Então acredito que vai ficar bem melhor. (NT_01)

Estamos com essa esperança, e eu de voltar pra minha sala, estou pedindo a Deus para permanecer trabalhando. (TEC_ENF_07)

Da subcategoria *Impressões Negativas*, há a desvalorização e o desrespeito. Os trabalhadores sentem-se desvalorizados diante de todos os empecilhos presentes e da falta de investimento no ambiente de trabalho.

Nós achamos que não estamos fazendo o suficiente pelo posto ou pelo público. Isso afeta bastante nosso desempenho. (ACS_04)

Falta incentivos pelos governantes, a categoria não é valorizada. (ACS_07)

A desassistência à saúde e às necessidades dos trabalhadores é um dos itens citados pelos profissionais, pois sabem que precisam de ajuda psicológica diante das cargas psicológicas e desgastes sobre a saúde mental. O medo do invisível, no caso da pandemia; o medo da violência, que deixa o trabalhador em alerta, com crises de ansiedade, e o medo da convivência em conflitos, que leva ao isolamento e ao trabalho “no modo piloto automático”.

Aqui nós precisamos de psicólogo, porque nós temos funcionários que passam por muitos problemas. Então isso acaba afetando o ambiente de trabalho. (AGD_02)

O posto aqui não dá estrutura nenhuma, são anos trabalhando nesse mesmo jeito e nós sabemos que isso não é bom para nós e nem para os pacientes. (ACS_08)

Segurança, nós já tivemos assaltos aqui, fizeram os funcionários de refém. Ficamos tenso e apreensivos, tem que gente que desenvolveu problemas psicológicos por conta disso. (ACS_06)

Do agrupamento (macro categoria) **Relações das equipes profissionais** (Mt=59), há a compreensão sobre a necessidade de ter e promover o equilíbrio nas relações profissionais para que o ambiente de trabalho flua positivamente. Há relatos da existência de conflitos e de como agir para amenizar/contornar a situação. Os trabalhadores percebem que há presença de uma cultura positiva em relação à equipe em seus respectivos ambientes de trabalho. Com a multiprofissionalidade presente, há maior espaço para interação e sincronismo entre os profissionais como condição para um atendimento de qualidade.

De certa forma tem limitações, a gente tenta passar para a equipe e tem parte que não concorda. Às vezes temos os conflitos, mas acho que faz parte do trabalho. Se nós sempre concordássemos com tudo acho que teria alguma coisa errada aí. (ACS_04)

Sou a mais velha. Digo para gente estar num ambiente bom, se todos trabalharem de comum acordo vamos trabalhar bem melhor. (ACS_10)

Respeitar o colega de trabalho. De quinze em quinze dias nós nos reunimos, para gente colocar se alguém está com algum problema e para não ficar falando pelos corredores. (ENF_03)

A equipe é muito boa em termos de relação e ética. São pessoas acessíveis, tem abertura para conversar e eles conseguem manter uma boa relação entre si. (GER_01)

No entanto, existem percepções e experiências negativas, algumas relacionadas aos conflitos nas relações, em muito gerados pela sobrecarga de trabalho – quando o trabalho parcial ou incorreto de um trabalhador, ou mesmo problemas pessoais penalizam o outro e as relações pessoais. Além disso, algumas pessoas demonstram conformismo diante de conflitos para os quais não veem resolução, tornando-se coniventes com situações por vezes desagradáveis.

Ser humano tá difícil. Mas a questão estrutura depende da gestão. A gente vive no empurrão, temos que cumprir o ritmo das cobranças. (ACS_03)

Já comuniquei a gerência e fica por isso mesmo. (ASG_01)

Em todo local acontece isso, de pessoas para pessoas. A gente sabe lidar com as situações, mas tem pessoas que não são éticas de jeito nenhum. (ACS_08)

Tem muito profissional que têm problemas de casa e vem descontar aqui no colega. A gente tem que saber lidar com essas questões. (TEC_ENF_02)

Por fim, há a descrição do preconceito ou julgamento sob o qual o funcionário público passa e sente no cotidiano, atribuído à desmoralização construída em discursos, muitas vezes falaciosos, gerando episódios de discriminação do público (usuário ou comunidade) sobre esses profissionais ou uma pretensa diferenciação de responsabilidade de acordo com a forma de contratação.

Por temos entrado juntos pelo concurso, o pessoal olha para gente de forma diferente. Nós somos constantemente julgados, a nossa equipe trabalha para evitar esse tipo de coisa, não dar motivos para que falem. (ACS_04)

Há uma adaptação difícil para nós [concurados]. É muito difícil você chegar, olhar o ambiente e não poder fazer nada, pois os recursos não dependem de você. (AUXBUC_02)

Porque nós ainda somos muito discriminados. Quem faz o SUS é o funcionário que trabalha com zelo. (AUXBUC_03).

DISCUSSÃO

Os ambientes de trabalho em saúde são complexificados por diferentes tipos de atores e relações, orientados por objetivos e valores pessoais, organizacionais e profissionais, entre outros (OGATA, 2018). Esses ambientes serão produzidos na mediação entre elementos objetivos (as condições concretas para a realização das atividades) e subjetivos, inclusive relacionados à ética, às capacidades individuais, aos sentidos e valores que são atribuídos conforme os modos de operar.

Capacidades, sentidos e valores individuais imprimem-se no ambiente de trabalho, pois esse resulta de complexas relações entre condições objetivas e subjetivas do próprio trabalho. As interações do trabalhador com o trabalho – e todas as outras subjetividades ali em construção – são marcadas pelo poder, competição, autonomia, cooperação, entre outras questões presentes na gestão do trabalho. Não apenas no setor saúde são evidenciadas as relações entre subjetividade e organização ou a importância de valores éticos individuais e coletivos para compreender os ambientes e a própria saúde psicossocial dos trabalhadores (NOGUEIRA; OLIVEIRA; BELLOC, 2020).

O discernimento sobre o modo correto de agir é uma manifestação da agência moral, da busca pela sábia decisão (BORBA *et al.*, 2021); tanto quanto a defesa de valores, como o respeito pelo próximo e o compromisso com a qualidade do serviço prestado, conforme evidenciado neste estudo.

A agência moral é entendida como a capacidade de prestar o bom cuidado superando obstáculos presentes no cotidiano laboral (GRACE, 2018). Significa também compreender a capacidade do profissional de saúde em reconhecer, refletir e responder ativamente às responsabilidades morais (MEEKER; WHITE, 2020).

Esse item ganha relevância no estudo, exatamente por sua capacidade de influenciar os ambientes de trabalho, nas interações dos sujeitos com os componentes subjetivos. Há evidências de que sem uma base sólida na ética da enfermagem ou em qualquer área da saúde para as tomadas de decisões éticas que levem à agência moral, os enfermeiros e profissionais de saúde de modo geral podem estar mais suscetíveis ao sofrimento moral (ROBICHAUX *et al.*, 2022).

As múltiplas expressões da ética e subjetividade (principal categoria do estudo) também encontram referência da relevância que os códigos de condutas assumem como instrumento de amparo, valorização do trabalho e autonomia (FERREIRA; RODRIGUES, 2018), embora deva-se reconhecer que também os códigos passam pelo filtro de interpretações e compreensões dos sujeitos (MATTOZINHO; FREITAS, 2021).

A maior magnitude de subcategorias da ética profissional e da agência moral deu-se por uma referência às obrigações estabelecidas em códigos deontológicos, com a garantia de princípios como do sigilo, privacidade, confidencialidade, já descritos como fundamentais à prática profissional em geral (FINKLER *et al.*, 2021), além de servir como item fundamental para formular e articular uma estrutura ética coerente para a educação ética na área da

enfermagem (ROBICHAUX *et al.*, 2022) e, em especial, na atenção primária (DOURADO *et al.*, 2020).

A confidencialidade é reportada como elemento essencial da ética na vivência profissional no ambiente de trabalho. Os indivíduos estão cientes do trabalho que realizam e entendem o modo como o ambiente de trabalho influencia sua capacidade de levantar questões sobre preocupações éticas (ANA, 2021), como a busca da garantia do sigilo, o respeito e a privacidade.

De forma complementar, a categoria de problemas éticos apontou para as situações em que esses princípios não são seguidos ou quando, por decisões individualistas, o acordo tácito de mútuo respeito entre os profissionais é quebrado.

A forma como os profissionais estudados caracterizaram os problemas éticos situa o não cuidado/zelo com a informação/comunicação, a exemplo da “fofoca” entre pares, no nível de más condutas diante da quebra de sigilo, caracterizando o desrespeito para com a ética profissional e fonte para conflitos. As informações repassadas por usuários entre consultas e mesmo a troca de informações dentro de uma equipe precisa ser entendida como objeto de responsabilidade por todos os profissionais (MARIN; RIBEIRO, 2021).

Para a equipe multidisciplinar da atenção primária, é necessário que os profissionais tenham essa sensibilidade de percepção das questões que envolvem o processo saúde doença, a promoção da saúde e o interagir com o público, onde o sigilo é o item fundamental para preservação de identidades, seja qual for a condição do usuário de saúde (GOMES *et al.*, 2020).

O estudo encontrou dúvidas e indefinições quanto à ética que permeiam o discurso de muitos profissionais, o que pode comprometer sua sensibilidade moral e capacidade para lidar com problemas e conflitos nas relações. A própria organização do serviço de saúde pode ser afetada, com perdas para o cuidado e rompimento de vínculos com o usuário – o que requer processos emancipatórios de educação permanente voltados para desenvolver a capacidade de identificar e solucionar questões éticas (DOURADO *et al.*, 2020).

Das formas como a ética é exercitada pelos profissionais, há a noção do “não prejuízo” ao ambiente de trabalho, quando os atos não prejudicam colegas e quando estes se assentam no princípio da responsabilidade frente aos usuários. Esses resultados referendam problemas envolvendo os membros de uma equipe em sua maioria cuja origem está na falta de companheirismo, respeito e colaboração, na dificuldade em limitar os papéis e funções de cada um na equipe (MARIN; RIBEIRO, 2021). Tais problemas geram reflexos também sobre a

assistência prestada, no sentido de quanto mais frequentes forem os sentimentos e atos negativos, menos empatia o profissional mostrará ao usuário (BORDIN *et al.*, 2019, p.4).

O destaque dado à ética profissional – bastante ligada à deontologia – faz retomar seus limites quanto à capacidade de abarcar toda a experiência moral, ou quanto à apropriação e interpretação sempre parcial ou integrada às identidades profissionais sob nuances individualizadas. Também enfatiza a educação ético-moral, para a conduta desejável social e profissionalmente, seja na formação inicial ou ao longo da carreira, alertando para como essa formação tem sido inconsistente ou focada mais em dilemas do que nas questões onipresentes da prática cotidiana (GRACE, 2018).

Na Enfermagem, por exemplo, não é novo o debate sobre o processo de formação ética, cujos desafios transcendem a dimensão metodológica ou a responsabilização quase que exclusiva do educador pela formação em ética moral (RAMOS *et al.*, 2013). A formação ética pode ser uma ferramenta de potência e aprendizado, envolvendo os profissionais afetivamente, de forma a compartilhar o compromisso com a construção da excelência profissional, que valoriza igualmente competências técnicas e éticas (FINKLER *et al.*, 2021).

O clima ético (CE) é um componente do clima organizacional, e deve ser trabalhado constantemente pela equipe sob a forma do respeito, comunicação e equilíbrio das relações. O compartilhamento de informações, a ponto de sentir-se ouvido/aceito pelo grupo é um dos fatores que favorecem a presença do clima ético e organizacional no ambiente de atenção primária (PERUZZO *et al.*, 2019, p. 758).

Sobre o agrupamento “percepções e experiências e de si no trabalho”, o ambiente está intrinsecamente conectado à própria experiência, naquilo que ela tem de bom ou ruim, em percepções positivas e negativas. E como toda experiência de si faz-se no encontro com o outro, foi lógico que essa categoria mostrasse uma vinculação à segunda macro categoria do estudo, que trata das relações e equipes profissionais.

O alívio (por estar naquele lugar e não em outro inferior), o constante apoio e o pertencimento ao grupo foram elementos expressos pelos profissionais como motivadores para continuarem a exercer suas competências na APS, de modo a integrar as percepções positivas que fazem de si no trabalho.

O reconhecimento, referido como uma consequência das experiências positivas no ambiente de trabalho, pode ser entendido como uma ressignificação do trabalho, quando a satisfação pelo serviço prestado torna a vivência gratificante e promove vínculos que

transformam os sujeitos (REFRANDE *et al.*, 2021, p.7). O reconhecimento entre pares é um vínculo vindo do pensar coletivo, de ter o esforço reconhecido pelos próprios trabalhadores, reforçando a colaboração profissional, esta que se constitui uma ferramenta para a qualidade da atenção à saúde e das relações entre os profissionais, repercutindo nas vivências das equipes, proporcionando troca de saberes e coesão entre seus membros (PERUZZO *et al.*, 2019, p. 760).

Entre tantos pontos que precisam de melhorias e constituem-se como desafios no ambiente de trabalho, há o otimismo e a esperança por mudanças, especialmente nos locais que sofreram intervenções físicas (reformas locais). Na atual situação de transição do período de pandemia para o pós-pandemia, é perceptível que profissionais de saúde se vejam de forma positiva e acreditem que o trabalho da equipe de saúde deverá ser reconhecido pelos governantes, no intuito de melhores condições de trabalho (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

No sentido inverso, há elementos negativos como a desvalorização, o desrespeito e a desassistência, todos associados a um ambiente de trabalho hostil e limitante. São todos sentidos criados em relações, que ao tratar de várias categorias profissionais, soa complexo atribuir causas a tais experiências, que remetem tanto a macro questões históricas e sociológicas das profissões como a micro gestão nos ambientes.

Políticas que incidem sobre o contexto da profissionalização e da regulação das práticas, os padrões e protocolos para melhorar a qualidade e a eficiência, ou mesmo a Prática Baseada em Evidências, podem limitar o arbítrio e a autonomia profissional, na medida em que podem vir acompanhados por uma cultura de auditoria e monitoramento que marginaliza aspectos afetivos das relações, atribuindo-lhes papel e status ambivalentes na prática (HANLON, 2021). Por outro lado, o sentimento de desvalorização pode ser atribuído ao aos desgastes sofridos durante o tempo de carreira, pela intensificação da desvalorização aliada à estagnação das funções duradouras e pela falta de autonomia (FINKLER *et al.*, 2021, p.5).

A categoria relações e equipes profissionais destaca o sincronismo entre ambiente e cultura positiva de relações fortalecidas pela comunicação e empatia, que fazem parte de múltiplas subcompetências colaborativas, potencializadoras da interprofissionalidade e de transformações no processo de construção da identidade moral e ética dos profissionais (FINKLER *et al.*, 2021).

Os conflitos nas relações intra equipe, por sua vez, anunciam a falta de comunicação como um agravante, assim como a sobrecarga de trabalho. Quando diversos problemas e

deficiências são persistentes e crônicas na atenção primária, é perceptível, também, a insatisfação por parte de gestores (NUNES; PIRES; MACHADO, 2020), causando uma cadeia de conflitos entre profissionais e, a longo prazo, o vislumbre do conformismo e da descrença sobre a possibilidade de avanços no ambiente de trabalho, cristalizando uma imagem precarizada e desestimulante desses ambientes.

A falta de diálogo, especialmente entre gestão e profissionais, exacerba a sobrecarga e o desgaste do trabalhador. A baixa disponibilidade ao diálogo e ao reconhecimento mútuo podem interditar o entendimento comunicativo entre os profissionais, gerar desconhecimento de papéis, desconfiança e prejuízos à coordenação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2021). Ao contrário da parceria, a ausência da empatia entre profissionais inibe a responsabilidade coletiva (PERUZZO *et al.*, 2019, p. 759-761), onde uns trabalham e outros deixam de colaborar na manutenção da práxis/modo de trabalhar.

O preconceito ao profissional emergiu a partir da forma de ingresso no serviço público nos ambientes de trabalho de APS, reforçando, pelo ponto de vista das trajetórias profissionais e das relações trabalhistas, a instabilidade do regime celetista de contratos por curto período, o qual sustenta a gestão da força de trabalho nesses ambientes, o que se baseia na insegurança dos profissionais (SOUZA; MENDES; CHAVES, 2020, p. 119), o que pode explicar tal tratamento referenciado aos servidores concursados, considerados impróprio e inadequado.

A ausência de preparo e de formação ética, seja ao adentrar no serviço ou durante o próprio processo histórico de formação profissional, são apontados como itens determinantes de ambiente de trabalho hostil. Para essas situações, a educação permanente profissional deve ser investida, pois é a uma estratégia capaz de despertar a reflexão e a ação ético-política dos profissionais (FINKLER *et al.*, 2021).

Além da capacitação e sensibilização, o agir comunicativo e a humanização do cuidado também são bases imprescindíveis de enfrentamento aos problemas éticos entre os profissionais, pois a construção do diálogo requer uma postura e vontade coletiva (MARIN, RIBEIRO; 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar subjetividade e trabalho requer um olhar analítico para o sujeito trabalhador a partir de suas vivências, experiências e reflexões sobre o ambiente em que trabalha. A complexidade e nuances do tema revelam-se na forma como os trabalhadores manifestam

potencialidades e dissonâncias, precariedade e conflitos, especialmente para a saúde psicossocial desses, em estrita relação com os ambientes de trabalho, mas também, no valor simbólico que os ambientes adquirem para o trabalho ser permanentemente remodelado.

A noção de responsabilidade para com a coletividade precisa ser a tônica da convivência dos trabalhadores da atenção primária em termos éticos. A formação ética é preocupação que mobiliza a integração de competências múltiplas para a excelência na práxis nas profissões de saúde. A APS é um dos ambientes de saúde que precisam ter equipes concretas, participativas, com vivências e reconstrução diante dos impasses, estes que são passíveis de intervenção psicossocial.

Da prática ética organizacional e pessoal para um ambiente saudável de trabalho, é proposto que haja investimento maciço na educação permanente de seus profissionais por parte da gestão municipal, estadual e federal. A política de educação permanente foi elaborada com esse intuito, no entanto, ainda é de uma escassez e desigualdade de oportunidades e projetos tão alarmantes que foi possível detectar as discrepâncias em torno dos ambientes estudados. A busca por um ambiente de trabalho que não seja nocivo à saúde dos trabalhadores, que não represente um encontro dramático com a fragilidade e a falta de perspectivas, de prazer ou realização, precisa ser o cerne do debate para melhorias desses ambientes de trabalho. A conquista, garantia e ampliação de direitos é fundamental, e não há caminhos únicos e isolados – passa pelas relações cotidianas, pelas pautas políticas, pela participação profissional e pelo seu direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Hylany Bezerra; *et al.* Communicational relations between healthcare professionals and their influence on coordination of care. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021 [cited 2022 April 20]; 37(2): e00022020. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n2/e00022020/pt>. doi: 10.1590/0102-311X00022020

ANDRADE, Ana Karina Pereira de; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde, subjetividade e trabalho na estratégia saúde da família fluvial no interior do Amazonas: uma análise Dejouriana. **RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades** – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. 2019 [cited 2021 Out. 30] 5(2):307-33. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/rech/article/view/6823/4812>

BATISTA, Miltene Kaline Bernardo; QUIRINO, Túlio Romero Lopes; SILVA, Maria Vanessa. Violence against children in primary health care: a matrix support proposal.

Mudanças [online]. 2020 [cited 2022 April 20];28(2):35-42. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n2/v28n2a05.pdf>

BORBA, Kátia Pereira; *et al.* Ética e promoção da saúde sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 2021[cited 2021 Sep. 16];35. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116>

BORDIN, Danielle, *et al.* Relationship between empathy and quality of life: a study with primary health care professionals. **Reme – rev min enferm.** 2019 [cited 2022 April 20];23:e-1253. Available from: <
https://www.researchgate.net/publication/337962487_RELATIONSHIP_BETWEEN_EMPATHY_AND_QUALITY_OF_LIFE_A_STUDY_WITH_PRIMARY_HEALTH_CARE_PROFESSIONALS. doi: 10.5935/1415-2762.20190101

CENTER FOR ETHICS AND HUMAN RIGHTS (ANA), 2021 [Internet]. **Nurses' Professional Responsibility to Promote Ethical Practice Environments.** [cited 2021 April 12]. Available from: <https://www.nursingworld.org/~4ab6e6/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/nursing-practice/nurses-professional-responsibility-to-promote-ethical-practice-environments-2021-final.pdf>

DOURADO, João Victor Lira; *et al.* Ethical problems experienced by nurses in the Family Health Strategy. **Revista Bioética** [online]. 2020 [cited 2022 April 20];28(2):356-64. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FC3wgg3B8frF4nnx3gV4k7w/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1983-80422020282397

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021[cited 2021 Ago. 6];19: e00321153. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1981-7746-sol00321

FERREIRA, Marcelo Marques; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná. **R. Saúde Públ.** 2018 [cited 2021 Out. 18];1(2):101-09. Available from: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/56/34>. doi: 10.32811/25954482-2018v1n2p101

FINKLER, Mirelle; *et al.* Ethical education of health professionals: the contributions of na interprofessional experience. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2021[cited 2022 April 20];25: e210096. Available from: <<https://doi.org/10.1590/interface.210096>. doi: 10.1590/interface.210096

GOMES, Andréa Patrícia; *et al.* Secrecy, confidentiality and privacy: educational perspectives in the Family Health Strategy. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília. 2020 [cited 2022

April 12];14(2):121-35. Available from:
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2796/2060>. doi:
10.18569/tempus.v14i2.2796

GRACE, Pamela. Enhancing Nurse Moral Agency: The Leadership Promise of Doctor of Nursing Practice Preparation. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. 2018. [access 2022 April 12]; 23(1): Manuscript 4. Available from:
<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-23-2018/No1-Jan-2018/Enhancing-Nurse-Moral-Agency.html?css=print>. doi: 10.3912/OJIN.Vol23No01Man04

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021 [cited 2021 Ago. 6]; 19: e00305137. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00305>. doi:
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00305>

HANLON, Niall. Professional caring in affective services: the ambivalence of emotional nurture in practice. **European Journal of Social Work**. 2021:1-13. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2021.1997925>. doi:
10.1080/13691457.2021.1997925

LEITE, Caroline do Nascimento; *et al.* Violence in the Family Health Strategy: risks to workers' health and care. **Rev enferm UERJ**. 2020 [cited 2021 out. 22]; 28: e45789. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/45789/35746>. doi:
10.12957/reuerj.2020.45789

LHUILIER, Dominique; LACOMBLEZ, Marianne. Subjetividade e trabalho: entre mal-estar e bem-estar: Apresentação do dossier. **Laboreal** [Online]. 2019 [cited 2021 Out.30];15(2). Available from: <http://journals.openedition.org/laboreal/15294>. doi:
<https://doi.org/10.4000/laboreal.15294>

MACHADO, Gilmar Antonio Batista; DIAS, Bruna Moreno; SILVA, Jean José; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmem Silva. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paul Enferm**. 2021[cited 2021 Ago. 6];34: eAPE00973. doi: 10.37689/actaape/2021AO00973

MARIN, Juliana; RIBEIRO, Carlos Dimas Marin. Ways of acting in conflict resolution in primary health care. **Revista Bioética** [online]. 2021 [cited 2022 April 20];29(2):354-362. Available from:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/6hrSCvxDzrvMdRhXB6xj8xz/?format=pdf&lang=en>. doi:
10.1590/1983-80422021292473

MATTOZINHO, Fabíola de Campos; FREITAS, Genival Fernandes. Tipos penais no exercício profissional de enfermagem: abordagem quantitativa. **Acta Paul Enferm**. 2021[cited 2021 Sep. 16];34:eAPE00221. Available from:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/cQwTH5tFvPfwQHxbHv7ftQd/>. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO00221

MEEKER, Mary Ann; WHITE, Dianne. Transition to comfort-focused care: Moral agency of acute care nurses. **Nurs Ethics**. 2021 [cited 2022 April 20];28(4):529-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34085584/> doi: 10.1177/0969733020952128

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida; SANTANA, Leni de Lima; PIZZOLATO, Aline Cecília; SAQUIS, Leila Maria Mansano. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of COVID-19. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2020 [cited 2021 Out. 22]; 25. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702/pdf_en. doi: 10.5380/ce.v25i0.7270

NOGUEIRA, Laura Soares Martins; OLIVEIRA, Paula de Tarso Ribeiro; BELLOC, Márcio Mariath. Safety and Health at Work and Ethical Suffering. **Rev. NUFEN** 2020 [cited 2022 April 18]; 12(2):41-61. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000200004&lng=pt&nrm=iso. doi: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº02artigo65>

NUNES, Ana Carolina Bornhaussen; PIRES, Denise Elvira Pires de; MACHADO, Rosani Ramos. Satisfaction and dissatisfaction in the work of managers in the family health strategy. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2020 [cited 2021 out. 27]; 25. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61440/pdf_en. doi: 10.5380/ce.v25i0.61440

OGATA, Alberto José Niituma. Promoção da Saúde no Ambiente de Trabalho. Conferência Pan-americana de Saúde do Trabalhador e Ambiental. **Rev Bras Med Trab**. 2018 [cited 2022 april 18];16(Suppl1):1-44. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v16s1a22.pdf>
Organização Internacional do Trabalho HealthWISE – **Melhoria do trabalho nos serviços de saúde**: manual de ação Brasília, Organização Internacional do Trabalho; 2014. 176 p.

PERUZZO, Hellen Emília; *et al.* Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. 2019 [cited 2022 April 20];72(3):721-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BBp9cDLRBtdXcxdtCCjRl3q/?lang=en>. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0770

RAMOS, Flávia Regina Souza, *et al.* Ambientes de trabalho em saúde e ergologia – articulações conceituais produtivas. In: **V Congresso da Sociedade Internacional de Ergologia Trabalho, Patrimônio e Desenvolvimentos**, 5, 2021, Porto (Portugal). Anais (online) Porto: Universidade do Porto, 2021 [cited 2022 Feb. 23]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/133713/2/464400.pdf>

RAMOS, Flávia Regina Souza; *et al.* The discourse of ethics in nursing education: experience and reflections of Brazilian teachers – case study. **Nurse Education Today**. 2013 [cited 2021 Out. 18]; 33 (10):1124-1129. Disponível em:

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917\(12\)00408-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917(12)00408-X). doi: 10.1016/j.nedt.2012.12.011

REFRANDE, Neusa Aparecida; *et al.* Original article resignifying care through the perception of the health team working in airports and airplanes. **Cogitare Enfermagem**. 2021 [cited 2022 April 20]; 26(1):1-9. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/70130/pdf_en. doi: 10.5380/ce.v26i0.70130

ROBICHAUX, Catherine; GRACE, Pamela; BARTLETT, Jennifer; STOKES, Felicia; LEWIS, Mileva Saulo; TURNER, Martha. Ethics Education for Nurses: Foundations for an Integrated Curriculum. **J Nurs Educ**. 2022 [cited 2022 April 20]. Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/pdf/10.3928/01484834-20220109-02>

SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Aquilas Nogueira; CHAVES, Alessandro Rodrigues. Trabalhadores da enfermagem: conquista da formalização, “dureza” do trabalho e dilemas da ação coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020 [cited 2021 out. 18]; 25(1):113-122. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S8VGKQWYWd5mjP6hPwFHm5BQ/?lang=pt>. doi: 10.1590/1413-81232020251.29172019

VIEIRA, Fernando Oliveira; GHIZONI, Liliam Deisy. Trabalho, subjetividade e contemporaneidade: confluência com o campo dos estudos organizacionais. **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**. 2020[cited 2021 Out. 30];7(18):20-36. Available from: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/5961>

5.3 MANUSCRITO 3: CLIMA ÉTICO NO AMBIENTE DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO

Objetivos: Analisar associações entre os fatores do clima ético e variáveis socio laborais. **Métodos:** Estudo transversal e correlacional realizado com trabalhadores de sete unidades de saúde, com amostra de 170 participantes. Para a coleta foi utilizado um questionário sócio laboral e o Inventário de Clima Ético (ICE). Para as análises foram utilizados os testes de normalidade de Shapiro-Wilk, teste t, ANOVA, Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman com níveis de significância de 5%. **Resultados:** Princípios e regras (F1), benevolência (F2) e individualismo (F3) foram os fatores presentes no clima ético nos ambientes de trabalho estudados, nesta ordem de relevância; os quais se relacionaram de forma fraca (F1 e F2) com tempo de formação e de forma regular (F3) com tempo de afastamento. **Conclusão:** no clima ético compartilhado prevalece a preocupação com o dever profissional e com a responsabilidade coletiva. O tempo de experiência profissional se relaciona positivamente com o sentido da benevolência e com princípios e regras que devem embasar a atuação dos profissionais de saúde. O individualismo é o fator menos expressivo, por vezes associado ao afastamento do trabalho. **Descritores:** Ética em enfermagem; Ética nas organizações; Ambiente de trabalho; Atenção primária à saúde; Saúde do trabalhador; Enfermagem em saúde pública.

INTRODUÇÃO

O Clima ético (CE) é um atributo oriundo do clima organizacional presente nos variados ambientes de trabalho, cujo estudos iniciais são majoritariamente da área corporativa e da administração, destacando teóricos como Victor e Cullen (1988) entre os detentores das definições sobre o CE e sua construção teórica dos construtos relacionados a satisfação e qualidade de vida do trabalhador no ambiente de trabalho (ALMEIDA & PORTO, 2019).

Conceitualmente, o CE é definido como a percepção e experiências dos profissionais de saúde sobre os ambientes laborais, acerca das práticas de assistência e cuidados éticos. A reflexão do CE dentro do ambiente de trabalho possibilita aos envolvidos orientações de como proceder diante dos desafios apontados dentro destes ambientes ou de uma organização (RIBEIRO *et al.*, 2016); (DALMOLIN; LANES; BERNADI; RAMOS, 2022); (CARPES LANES, 2022).

Na saúde, os estudos iniciais referentes ao CE começaram por pesquisadores como Jamenton e Olson, a partir dos anos 90 sobre a presença do CE nos ambientes hospitalares e sua associação ao sofrimento moral e psicológico, à saúde do trabalhador, à satisfação no trabalho, à intenção de rotatividade e até à danos de acidentes de trabalho. Tiveram ênfase os

setores considerados estressantes, como a UTI, Urgência/Emergência, Oncologia, levando à creditar ao CE grande importância e significativo impacto para a qualidade de vida do profissional (SAUERLAND *et al.*, 2014; VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020; TEI-TOMINAGA E NAKANISHI, 2020; LANES, 2020).

A avaliação do CE pode ser usada como ferramenta para diminuir o absenteísmo e a rotatividade, de forma a aumentar a satisfação, o desempenho e a adaptabilidade do servidor no ambiente de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2015, p. 50-65), além de trazer outras aplicabilidades ligadas a liderança ética e CE, a colaboração interprofissional de enfermeiros com o CE, situações de estresse moral relacionado ao trabalho e CE (GILVARI *et al.*, 2019; MCANDREWS; SCHIFFMAN, 2019; TARAZ *et al.*, 2019; ALOUSTANI *et al.*, 2020; TEHRANINESHAT; TORABIZADEH; BIJANI, 2020).

A atenção primária à saúde (APS) é potencialmente eficaz no atendimento à população e apresenta-se como um ambiente de trabalho com particularidades a serem consideradas (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Para o atendimento e cuidado integral e longitudinal a APS requer uma estrutura e uma atuação colaborativa das equipes, nas quais os elementos éticos são transversais no processo de trabalho e atenção contínua a os usuários que dela precisa

Estes ambientes de cuidado à saúde deveriam ter condições mínimas favoráveis para a qualidade da atenção prestada - o que a princípio é preconizado nas diretrizes da APS. No entanto, é comum estes ambientes serem retratadas pela vulnerabilidade e intensa exposição de seus trabalhadores a diversos fatores de riscos, desde a ausência de equipamentos de proteção individual (EPI), riscos biológicos, riscos psicossociais, dentre outros (MADUREIRA PEREIRA; RAMOS; BREHMER; SILVA, 2020).

A APS demanda que seus trabalhadores atuem em equipes; exerçam suas funções em mútuas interações e respondam às complexidades do trabalho em suas demandas relacionais e éticas. Demandas estas que podem se tornar desgastantes aos trabalhadores que fazem parte de um sistema de saúde que vem sofrendo ameaças de desfinanciamento, da heterogeneidade na qualidade da formação profissional, das desigualdades sociais, das condições de trabalho e da incapacidade de retenção dos profissionais nos territórios (TASCA; MASSUDA; CARVALHO; MENDES; BUCHWEITZ; HARZHEIM, 2019)

No Brasil é observado o crescimento de estudos do CE no campo da saúde, mas estes se concentram sobre ambientes hospitalares em detrimento de estudos na área da atenção

primária, o que poderia ampliar o entendimento sobre o conteúdo ético das práticas nos ambientes da APS. Há uma nítida lacuna referente a análise do CE nos ambientes de atenção primária, ou mesmo do entendimento sobre tais experiências. O objetivo deste estudo analisar associações entre os fatores do clima ético e variáveis socio laborais.

METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo e correlacional revisado conforme o checklist STROBE. Os participantes do estudo foram 170 trabalhadores atuantes em sete unidades de saúde da cidade de Ananindeua (Guanabara, Cidade Nova IV, Cidade Nova VI, Júlia Seffer, Águas Lindas, Aurá, Centro Ananindeua), no estado do Pará, tais sejam: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), farmacêuticos, dentista, técnico bucal, auxiliar bucal, agentes de serviços gerais, agente administrativo e gerente da unidade. Também se enquadraram profissionais do NASF (Núcleo de atenção à Saúde da Família) e colaboradores de cada unidade (compostos por nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico), que também compõem o ambiente de trabalho.

Os critérios de inclusão: profissionais concursados e/ou contratados, atuantes nas unidades de saúde por um período mínimo de dois meses. Como critérios de exclusão: servidores em férias ou licença, vigias e residentes no período pesquisado.

Para produção de dados quantitativos obteve-se uma estimativa das sete unidades municipais de saúde, com 444 trabalhadores. O cálculo amostral para população finita, considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, foi de 162 participantes.

A amostra se deu por conveniência, na qual, 214 trabalhadores foram comunicados sobre a intenção de pesquisa, 44 declinaram no decorrer da coleta, que foi concluída com 170 participantes. Para recrutamento valeu-se da publicização presencial nas unidades e comunicação via WhatsApp®. Os contatos foram obtidos via indicação da gerência das unidades e dos próprios trabalhadores que foram convidados a participar da pesquisa. Por se tratar de dados digitais preservou-se o anonimato dos participantes, o que constou no TCLE disponível do questionário.

A coleta ocorreu individualmente, por meio do preenchimento de um questionário online no período de agosto de 2020 a março de 2021, via formulário do Google Forms.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um questionário sócio laboral para caracterização dos participantes, incluindo idade, gênero, estado civil, filhos, situação conjugal, cargo e tempo na instituição, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade, pós-graduação, curso de aperfeiçoamento profissional, envolvimento com acidente de trabalho, além da última questão aberta envolvendo a saúde do trabalhador e afastamento do trabalho, e por fim, o preenchimento do Inventário de Clima Ético (ICE).

O ICE é um instrumento traduzido, adaptado e validado para o contexto das organizações brasileiras (RIBEIRO; PORTO; PUENTES-PALACIOS; RESENDE, 2016). Ela se constitui de 19 itens, abrangendo três fatores: benevolência (BNV) de 9 itens, princípios e regras (PR) de 6 itens e independência e instrumentalismo (IND) com 4 itens; todos associados a uma escala do tipo Likert com seis pontos, com extremos que vão de 1 (completamente falsa) a 6 (completamente verdadeira). Considerando a não necessidade de validação, foi realizado apenas o ajuste quanto a identificação do cenário (“unidades de saúde” ao invés de “organização” no texto dos itens) sem alteração dos seus conteúdos; além de ter sido obtida a autorização da primeira autora para seu uso.

A análise estatística foi realizada pelo software SPSS v.25. (IBM, 2017). As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão e as demais variáveis quantitativas foram representadas pela mediana e intervalo interquartilico (mediana [P25; P75]) de acordo com a distribuição verificada pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Para comparar a média dos fatores do ICE entre as variáveis qualitativas estudadas foi realizado o teste t para amostras independentes ou a análise de variância (ANOVA). Quando uma das categorias das variáveis obteve tamanho (n) menor que 12 sujeitos as variáveis quantitativas foram comparadas por teste não paramétricos de Kruskal-Wallis.

Foi realizado a correlação de Spearman para verificar o grau de relação entre os fatores do ICE e as variáveis quantitativas. Quando significativa a intensidade da correlação foi classificada conforme Callegari-Jacques, S.M. (2005): 0 – 0,3 = fraca; 0,3 – 0,6 = regular; 0,6 – 0,9 = forte e 0,9 – 1,0 = muito forte. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções 466/2012; 510/2016; 580/2018) foram respeitados, tendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4079091.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 170 (79,4%) trabalhadores de saúde. A idade média encontrada foi de 39 anos (DP± 10,2). A amostra foi composta de 133 (78,1%) de gênero feminino, com metade da amostra com companheiro (DP± 49,4), e 111 (65,7%) com filhos. 128 (75,3%) moram no município. Sobre a formação, quando perguntados o nível de formação à época de ingresso no serviço municipal 104 (61,2%) tinham o ensino médio/técnico. O tempo de formação esteve na média de 9 anos (DP±3;17), o tempo de atuação ficou em 7 anos e meio (DP± 4;15)

Ao se tratar do nível de formação nota-se a prevalência do ensino médio/técnico de 71 (41,8%), destacando-se a progressão da formação desde a admissão no serviço, incluindo a pós-graduação de 44 trabalhadores (25,9%). 107 (62%) se constituem de funcionários concursados, estes que possuem carga horária de 8 horas diárias ou 40 horas semanais; 120 (70,6%) fizeram aperfeiçoamento profissional, destes 88 (52,8%) na modalidade capacitação em curto/médio tempo. 109 (64,1%) não tem vínculo com outros provedores empregatícios. No período de 12 meses, correspondentes ao ano de 2020, 71,2% dos participantes permaneceram em seus postos de trabalho; 49 (28,8%) foram afastados de suas atividades laborais por causa principalmente da Covid-19 33 (70,2%). A média de afastamento ficou em 18 dias (DP± 14;30). As demais informações podem ser encontradas na tabela 2

Tabela 2 - Caracterização da amostra

		média (DP)
Idade		39,9 [10,2]
Anos de formação na área		9 [3; 17]
Tempo de atuação na função (em anos)		7,5 [4; 15]
		n (%)
Gênero	Feminino	133 (78,2)
	Masculino	37 (21,8)
Estado civil	Sem companheiro	86 (50,6)
	Com companheiro	84 (49,4)
Filho	Não	59 (34,7)
	Sim	111 (65,3)
Residente no município	Não	42 (24,7)
	Sim	128 (75,3)
Nível de formação (entrada no serviço)	Ensino fundamental	5 (2,9)
	Ensino médio/técnico	104 (61,2)

Nível de formação atual	Ensino superior	61 (35,9)
	Ensino fundamental	2 (1,2)
	Ensino médio/técnico	71 (41,8)
	Ensino superior	53 (31,2)
Função	Pós-graduação	44 (25,9)
	ACS	76 (45)
	ADM	18 (10,7)
	ENF	17 (10,1)
	MED	11 (6,5)
	Profissionais de nível superior	16 (9,5)
	Serviços gerais (ASG)	6 (3,6)
	Técnicos e auxiliares	25 (14,8)
Vínculo empregatício	Contratado (a)	63 (37,1)
	Efetivo (a) - concursado (a)	107 (62,9)
Carga horária	6 horas diárias (30 horas semanais)	58 (34,1)
	8 horas diárias (40 horas semanais)	110 (64,7)
	Mais de 8 horas semanais	2 (1,2)
Aperfeiçoamento profissional	Não	50 (29,4)
	Sim	120 (70,6)
Natureza do curso	Capacitação (curto/médio tempo)	88 (51,8)
	Doutorado	1 (0,6)
	Especialização	31 (18,2)
	Mestrado	5 (2,9)
	Não fiz nenhum curso	43 (25,3)
	Residência	2 (1,2)
Vínculo empregatício externo	0	109 (64,1)
	1	41 (24,1)
	2	20 (11,8)
Afastamento do serviço	Não	121 (71,2)
	Sim	49 (28,8)
Tempo de afastamento (dias)		18 [14; 30]
Motivo	Cirurgia	2 (4,3)
	COVID	33 (70,2)
	Doenças respiratórias	3 (6,4)
	Fraturas e luxações	2 (4,3)
	Licença maternidade	2 (4,3)
	Outros	5 (10,6)

Fonte: os autores (2021-2023).

O ICE é constituída por 19 itens, com variação likert de 6 pontos. A Tabela 3 mostra as médias de intensidade de cada item da ICE, atribuídas pelos trabalhadores de saúde, por ordem decrescente, levando a média geral do ICE de 4,15 e uma pontuação total de 79 (soma

dos 19 itens, cujo valor máximo é 114). O item com a maior média foi “espera-se que as pessoas façam sempre o que é melhor para os clientes e o público” (5,37 [DP± 1,52]) do fator princípios e regras, enquanto o item de menor média foi “o que importa neste serviço é o que cada pessoa considera certo ou errado” (2,48 [DP±1,61]) no fator independência e instrumentalismo, sendo que este fator teve seus quatro itens entre os menos pontuados. O fator princípios e regras destaca-se entre os com mais alta relevância (seus seis itens estão entre os oito mais pontuados)

Tabela 3 - Médias para a intensidade de cada item no inventário de clima ético (n=170) (ordem decrescente)

Fator	Item	média (DP)
PR	Espera-se que as pessoas façam sempre o que é melhor para os clientes e o público.	5,37 (1,52)
PR	Espera-se que as pessoas cumpram, acima de tudo, as leis e as normas profissionais.	5,14 (1,37)
PR	Neste serviço, espera-se que as pessoas sigam estritamente as normas legais e profissionais.	5,13 (1,06)
BNV	Espera-se que cada pessoa seja bem tratada quando as decisões são tomadas.	5,12 (1,29)
PR	É muito importante seguir estritamente as regras e procedimentos da unidade de saúde.	5,12 (1,30)
PR	Espera-se aderência de todas as pessoas às normas e aos procedimentos organizacionais.	5,05 (1,19)
BNV	As pessoas desta unidade de saúde têm um forte sentido de responsabilidade perante a comunidade exterior/externa.	4,90 (1,24)
PR	As pessoas preocupam-se ativamente com os interesses dos clientes e do público.	4,87 (0,97)
BNV	Na unidade de saúde, a nossa maior preocupação concentra-se no que é melhor para a outra pessoa.	4,69 (0,98)
BNV	Na unidade de saúde, as pessoas se preocupam com o bem de cada um dos outros.	4,47 (1,09)
BNV	A nossa maior preocupação é o bem de todos os que trabalham nesta unidade de saúde.	4,37 (1,11)
BNV	As pessoas deste serviço dão muita importância ao espírito de equipe.	4,22 (1,05)
BNV	A preocupação mais importante do serviço é o bem de todas as pessoas que nela trabalham.	4,21 (0,88)
BNV	A primeira preocupação nesta unidade de saúde é o que é bom para cada indivíduo.	4,18 (0,94)
BNV	As pessoas preocupam-se muito com o que é globalmente melhor para os servidores.	3,91 (1,06)
IND	Neste serviço, as pessoas guiam-se pela sua própria ética pessoal.	3,77 (1,58)
IND	Neste serviço, as pessoas protegem, acima de tudo, os seus próprios interesses.	3,28 (1,52)

IND	Neste serviço, cada pessoa, por si própria, decide o que acha correto e incorreto.	2,63 (1,61)
IND	O que importa neste serviço é o que cada pessoa considera certo ou errado.	2,48 (1,61)

■ Fator benevolência (BNV) com média (4,45); princípios e regras (PR) com média (5,11); independência e instrumentalismo (IND) com média (3,04)

Fonte: os autores (2021-2023)

Nota-se uma predominância do fator princípios e regras na classificação da média, seguindo do fator benevolência e finalizando com o fator independência e instrumentalismo.

Os parâmetros da análise fatorial confirmatória (AFC) estão muito próximos do esperado conforme a literatura. A tabela 4 mostra três correlações significativas: - **anos de formado** com o fator 1 (benevolência) ($r=0,231$; $P=0,002$) e fator 2 (princípios e regras) ($r=0,203$; $P=0,008$), ambas classificadas como fracas; - **tempo afastado** com o Fator 3 (independência) ($r=0,340$; $P=0,049$), classificada como regular.

Tabela 4 - Correlação entre os fatores do Clima Ético nas Organizações e as variáveis quantitativas estudadas

	Fator1 (BNV)	Fator2 (PR)	Fator3 (IND)
	r (P)	r (P)	r (P)
Idade (n=167)	0,097 (0,214)	0,073 (0,349)	0,005 (0,948)
Tempo de Formação na área (n=170)	0,231 (0,002)	0,203 (0,008)	-0,039 (0,610)
Tempo de atuação na função? (em anos) (n=170)	0,142 (0,066)	0,053 (0,494)	0,027 (0,724)
Tempo afastado (dias) (n=34)	0,062 (0,729)	-0,076 (0,668)	0,340 (0,049)

Fonte: os autores com uso da Correlação de Spearman (2022-2023)

Na comparação das médias dos fatores entre as categorias das variáveis qualitativas estudadas (APÊNDICE E), para os fatores benevolência e princípios e regras nenhuma média diferiu entre as variáveis estudadas ($P>0,05$). Para o fator independência e instrumentalismo (fator 3) somente a variável “mora no município” foi significativa ($P=0,030$). Aqueles que responderam morar na cidade tiveram um escore médio maior (diferença de 1,3 pontos) quando comparado com o escore médio dos que não moram na cidade.

DISCUSSÃO

Os três fatores do CE (princípios e regras, benevolência e independência/instrumentalismo) mostraram-se presentes na avaliação que os trabalhadores fazem de seus ambientes de trabalho, nesta ordem de importância. Presume-se que ao avaliarem o clima ético indicam as influências que pesam sobre este clima (suas determinações ou formas de expressão naquele retrato temporal do trabalho) e, por consequência, na forma como este clima pode, potencialmente, repercutir no cuidado, na reflexão dos atos, na autonomia do trabalhador e na satisfação com seu ambiente e trabalho.

A correlação do fator 2 “princípios e regras” com os anos de formação demonstra como os atos ou decisões do trabalhador são determinadas pela experiência de trabalho e pelo forte papel do respeito ao código deontológico e regras pactuadas no trabalho. Considera-se que a motivação e capacidade de entendimento do desafio moral e de agir de acordo com os objetivos profissionais se refere à própria agência moral, mas que esta requer ambientes de apoio (ROBICHAUX *et al.*, 2022) e dá em referência à padrões e arcabouços éticos normativos da profissão. Ou seja, os planos de ação que guiam a ação moral também são apoiados nas normas e condutas profissionais preconizadas nas instituições para a padronização das boas práticas em saúde (ALMEIDA; PORTO, 2019); (PARAIZO; BÉGIN, 2020). Em nossa interpretação, a maior relevância do fator princípios e regras e sua relação com a experiência (ambos resultados evidenciados) não significa lacuna ou perda da autodeterminação, da agência moral ou da autonomia individual, mas de possíveis influências da formação, do conhecimento ético-deontológico e do senso de responsabilidade profissional no interior do serviço.

A experiência parece influenciar o valor dado aos princípios e regras que pautam o exercício profissional (OKUMOTO *et al.*, 2020), o que pode estar relacionado ao maior tempo para assimilar tais pautas ético legais ou mesmo de vivenciar consequências de situações em que tais pautas são afrontadas. A própria capacidade de percepção (sensibilidade moral) e de decisão frente às questões éticas são relatadas como influenciadas pela formação e pela experiência, assim como por vivências de sofrimento moral (RAMOS *et al.*, 2020).

As relações com os usuários, as estruturas organizacionais e a colaboração com os colegas resumem grande parte das questões éticas vividas por enfermeiras e que podem ser transpostas para outros profissionais da equipe. A complexidade da prática de enfermagem e dos problemas e preocupações éticas vivenciadas se revelam pelo esforço por equilibrar dano e cuidado, sobrecarga e qualidade ou, ainda, atuar em meio ao desacordo, contidas entre valores profissionais, padronizações e regras organizacionais (HAAHR *et al.*, 2020).

De fato, a interpretação do papel do modo como a experiência, a sensibilidade moral e uso de elementos apoiadores da deliberação moral se associam ao distresse moral já foi relatada - maior distresse, com maior sensibilidade e empenho para solucionar conflitos levando a maior importância dada a elementos como a experiência profissional adquirida, o Código de Ética/Lei do Exercício profissional e os princípios éticos e bioéticos (RAMOS *et al.*, 2020).

Enfim, também para os profissionais estudados se mostra a importância de fundamentos éticos e deontológicos (fator princípios e regras) a conformar o clima ético, o que confirma o menor papel do fator 3 (independência e instrumentalismo), no qual prevaleceriam interesses, valores e juízos estritamente individuais.

A experiência do trabalhador diante das decisões baseadas nos protocolos marca o entendimento do que é o ambiente da atenção básica – que reúne conjuntos de ações de saúde, no âmbito coletivo e individual, com objetivo de promover e proteger a saúde. Apesar do peso do fator 1, há que se ponderar a importância da autonomia profissional, não como opositora, mas aliada de compromissos éticos; a qual é fundamental para transformar a assistência aos usuários, de forma a respeitar também a singularidade do cuidado e promovendo um ambiente de acolhimento (ENZVEILER; WARMLING; PIRES, 2020), para além da mera obediência às pautas organizacionais.

Na ética organizacional, as questões sobre os ambientes onde os trabalhadores atuam e ocupam funções são relevantes de análises, tanto ao nível micro (do indivíduo), intermediário (das instituições), quanto ao nível macro. Estas questões estavam e ainda persistem nas dificuldades pertinentes ao ambiente, aos conflitos gerenciais, às situações internas, onde há decisões que precisam ser discutidas e decididas, requerendo qualidade de julgamento e reflexão dos atores que dela fazem parte (PARAIZO; BÉGIN, 2020, p. 252).

O desenvolvimento do CE fundado na obediência às regras pode ter nuances negativas, se associado às dificuldades dos sujeitos em exercerem a autonomia na solução dos desafios morais, ou seja, na tomada de decisões cotidianas (SCHUTZ *et al.*, 2021 p. 11) o que pode desencadear sofrimento moral e variados graus de depressão, ansiedade e estresse, com aumento do risco de adoecimento entre trabalhadores da atenção primária (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022).

Por outro lado, a introjeção de princípios e regras pode ter seu lado positivo, visto que os trabalhadores de saúde, a exemplo da enfermagem, assumem valores que convergem com os códigos e regras que são formulados pela própria profissão, por si só expressão de sua

autonomia coletiva. A ética é entendida como item primordial na noção de promoção saúde “apoiadas em métodos, técnicas e procedimentos que inspiram o desenvolvimento do cuidado” e auxiliam no trabalho de enfrentamento dos problemas de saúde (BORBA; SILVA; BARBOSA; PETRY; CLAPIS; CORRÊA, 2021).

Outra correlação, entre os anos de formação com o fator 1 (benevolência), também indica que a maior experiência de atuação se reflete sobre a benevolência como valor a dar sentido ao trabalho, seja na busca pelo bem de cada um, da comunidade como um todo e, também, dos que ali trabalham, reforçando o espírito de equipe, a qualidade das interações e dos resultados produzidos. A noção de responsabilidade impera nas decisões que afetam aos usuários. Tais situações demonstram que há uma forte cultura organizacional, na qual a boa convivência e a responsabilidade estão enraizadas. Isto não desconsidera que na realidade destes serviços existem práticas destoantes e conflitivas problemas que geralmente fragilizam o clima ético nos ambientes de trabalho em saúde, como comunicação ineficiente ou violência nas relações dos usuários para com os trabalhadores. (VENTURA; SILVA; ALVES, 2020). Ao contrário, o clima ético revela como os trabalhadores percebem que os problemas são enfrentados e não necessariamente a inexistência de problemas (RAMOS *et al.*, 2020).

O tempo médio de trabalho dos participantes (7,5 anos) foi levemente menor do encontrado em outra realidade (9 anos) (PERUZZO *et al.*, 2019), embora possa revelar uma experiência profissional suficiente para embasar avaliação feita. Parte destes profissionais são concursados, possuindo carga horária de 8 horas semanais. Vale lembrar que os dados de idade e tempo de trabalho são importantes neste tipo de estudo, pois se relacionam a ampliação da exposição do trabalhador às condições do ambiente de trabalho (CATTANI *et al.*, 2021, p.5)

Sobre a terceira correlação, do tempo de afastamento com o fator 3 (independência), é possível que as decisões embasadas no que profissionais “preferem para si” sejam explicadas pelas consequências existentes nas deficiências nas condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores em ambientes de trabalho insalubres, somado ao excesso de trabalho durante o período pandêmico (o que ocorreu no cenário estudado), o que levou a esses trabalhadores ao esgotamento físico, mental, psicológico e conseqüente afastamento do ambiente laboral (LIMA, 2022).

Os profissionais de enfermagem vivenciaram dilemas morais ao prestarem assistência ao público sem adequada proteção, colocando em risco as próprias vidas, a dos usuários e dos

colegas no ambiente de trabalho. Além dos danos psicológicos de lidar com o novo, causando um clima de insegurança no trabalho (MIRANDA *et al.*, 2020, p.4); (QUEIROZ *et al.*, 2022).

Os fatores individuais podem gerar motivação e satisfação dentro de uma organização, surtindo um efeito positivo. Da mesma forma os ambientes de trabalhos ineficientes por falta das condições de trabalhos podem gerar efeitos prejudiciais, motivando o afastamento do trabalhador do ambiente laboral ou, possivelmente, em posições mais individualistas e de autopreservação, quando frustrações e inseguranças podem sobrepujar aos interesses coletivos.

Novamente se destacam os impactos na saúde mental destes trabalhadores, pela interação com o “novo normal” que acirrou elementos já vivenciados anteriormente à Pandemia - sentimentos negativos, fragilidade no fazer profissional, risco de contaminação, falhas na segurança, precarização do trabalho e falta de apoio emocional (QUEIROZ; SOUSA; MOREIRA; NÓBREGA, 2021, p.9).

Na saúde pública ou em qualquer âmbito institucional, a expressão do individualismo surtirá efeito a depender das características objetivas do ambiente (o ambiente físico, a gestão, a dimensão organizacional) e da interação entre indivíduos (as relações socioafetivas e psicossociais). As condições do trabalho farão sentido com base nas preferências, valores, altruísmo, expectativas e exigências de cada sujeito. De uma vez só, isso é causa e consequência da presença ou ausência do bem-estar, da motivação e da (in)satisfação no trabalho e, conseqüente, alto ou baixo desempenho no trabalho (ANTONIETTI *et al.*, 2020, p.6).

O ambiente de trabalho precário vem se constituindo por situações como abandono de emprego e função, rotatividade, deserção, absenteísmo e descontentamento. Essas situações são conseqüências de ambientes ausentes de intervenções no clima ético, o que, por sua vez, influencia negativamente na qualidade de vida dos profissionais (VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020; FRADELOS *et al.*, 2021).

A quarta e última associação mostrou a relação entre uma variável “morar no município” e a valorização do individualismo, este com médias baixas se comparadas aos demais fatores já mencionados. Existe, particularmente nesta situação uma tendência alta dos profissionais se guiarem pela própria ética pessoal. O entendimento desta associação é de difícil interpretação apenas com os dados dessa pesquisa, tampouco se pode afirmar que tal individualismo se relaciona a sentidos negativos ou egocêntricos (crença pessoal no individualismo), ou de sentidos críticos e baseados na confiança sobre o próprio conhecimento da realidade (crítica ao individualismo que observa no ambiente). Esta última possibilidade

parece mais coerente com o fato de residir no local e, por isso, almejar climas éticos mais desenvolvidos.

Por outro lado, para entender quais fatores podem influenciar essa correlação a ponto de influenciar o CE no ambiente de trabalho é possível sugerir que demais fatores externos podem ter conexões, como por exemplo, o fato da habitabilidade cada vez mais se integrar às vivências das pessoas como item primordial, visto a possibilidade de morar perto trazer benefícios à saúde (MARQUES, 2020), minimizando problemas de tráfego nas metrópoles e da distribuição desigual de renda que afasta os trabalhadores para áreas periféricas.

CONCLUSÃO

O estudo confirmou que o CE é presente nestes ambientes de atenção primária e, exatamente por revelar uma percepção compartilhada, por vezes difere das percepções individuais. Em síntese prevalece o dever acima de qualquer preocupação; seguida de uma forte noção de responsabilidade coletiva. As correlações mostraram ambientes fortemente alinhados aos princípios e regras como base da atuação dos profissionais de saúde; na benevolência como requisito essencial na qualidade de atenção ao cuidado; e na influência do individualismo em menor escala, porém ocorrendo em situações de afastamento do trabalho e do trabalhador morar no município.

Da utilização do ICE no contexto da APS, seus resultados mostram resultados iniciais e inovadores para esse contexto. Se comparado a outros ambientes de trabalho fechados, o CE se faz em torno de três fatores: é fortemente sedimentado por princípios e regras, mas torna-se instável por conta dos fatores externos, como condições de trabalho inadequadas, situações de crise no sistema, ou enfrentamento de ameaças, agravos e adoecimentos dos trabalhadores.

Uma contribuição da pesquisa foi a identificação de fatores do CE que incidem diretamente no ambiente de trabalho destes trabalhadores, apontando desafios para a gestão dos ambientes de trabalho, integrando intervenções por parte da equipe, coordenação local e gestão municipal responsável, com a colaboração destes trabalhadores.

As limitações quanto às poucas associações evidenciadas pode se relacionar com o tipo de estudo transversal e seu recorte amostral, assim como a impossibilidade de gerar análises diferenciadas para cada categoria profissional. Foi percebida algumas caracterizações dos profissionais atuantes que podem ter sido influenciadas pela situação conflituosa e de crise que

os profissionais enfrentaram e ainda enfrentam na saúde pública, especialmente no contexto pandêmico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Juliana G; PORTO, Juliana B. Ethical climate index: evidence of validity of the brazilian version. **Revista de Administração Mackenzie** [online]. 2019[access 2021 Dec. 13], v. 20, n. 3, eRAMG190030. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ram/a/Dwm6vQS5fwsj3nJ8KcGhR6y/?lang=pt#> doi:

<https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190030>

ALOUSTANI, S.; ATASHZADEH-SHOORIDEH, F.; ZAGHERI-TAFRESHI, M., *et al.* Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. **BMC Nurs.** 2020;19(15). doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0408-1>

ANTONIETTI, Laura; ESANDI, Maria Eugenia, DURÉ, Isabel; CHO, Malhi; ORTIZ, Zulma. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales **Rev Panam Salud Publica.** 2020;44:e111.

BACURAU, Francisco Rodrigo Sales; MELO NETO, Alexandre José; AGUIAR, Fernanda Burle; HIRSCH-MONTEIRO, Cristine. Qualidade de vida de trabalhadores de Unidades Saúde da Família. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA.** 2017;5(2):127-140.

BORBA, K.P. de; SILVA, D.A. dos S.; BARBOSA, L. de C.; PETRY, I.L.; CLAPIS, M.J.; CORRÊA AK. Ética e promoção da saúde sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 14º de julho de 2021 [citado 16º de setembro de 2021];35. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116>

CARPES LANES, T.; DALMOLIN, G.L.; SILVA, A.M.; RAMOS, F.R.S.; OLSON, L. L. Cross-Cultural Adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. **Journal of Nursing Measurement**, Volume 31, Number 2, 2022. P.1-19.

CATTANI, Ariane Naidon; *et al.* Trabalho noturno, qualidade do sono e adoecimento de trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2021, v. 34 [Acessado 25 nov. 2022], eAPE00843.

DALMOLIN, G.L.; LANES, T.C.; BERNARDI, C.M.S.; RAMOS, F.R.S. Conceptual framework for the ethical climate in health professionals. **Nurs Ethics.** 2022 Aug;29(5):1174-1185. doi: 10.1177/09697330221075741.

ENZVEILER, Fabiane Cristina; WARMLING, Cristine Maria; PIRES, Fabiana Schneider. O acolhimento e o trabalho de enfermeiros na estratégia de Saúde da família: práticas de cuidado*. **Revista Saberes Plurais.** Volume 4, Número 2. 2020. P. 129-32.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021, v. 19 [Acessado 6 ago. 2021], e00321153. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.

FERREIRA, Marcelo Marques; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná. **R. Saúde Públ.** 2018 [cited 2021 Out. 18];1(2):101-09. Available from: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/56/34>. doi: 10.32811/25954482-2018v1n2p101

GILVARI, T.; ABBASZADEH, A.; BORHANI, F.; PAYAM, M.; SATTARBAB, N.S. Relationship of the hospital ethical climate with nurses: attitude to interprofessional collaboration. **J Clin Diagn Res.** 2019;13(11). doi: <http://doi.org/10.7860/JCDR/2019/42752/13324>

HAAHR, A. *et al.* Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. **Nursing ethics**, v. 27, n. 1, p. 258-272, 2020.

IBM Corp. Released 2017. **IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0.** Armonk, NY: IBM Corp.

Inteligência em Pesquisa e Consultoria (IPEC). Mobilidade Urbana: Viver em São Paulo. 2022. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2021/09/ViverEmSP-Mobilidade-2021-apresentacao.pdf>

LANES, Taís Carpes *et al.* Evaluation of ethical climate in health services: a systematic review. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 718-729, dez. 2020. **FapUNIFESP** (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284436>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qfXhRthZ6M9MSj7XY47RVxH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LIMA, Everton. **Estudo aponta trabalhadores da saúde mais expostos à Covid-19.** Portal Fiocruz. Acesso em 18 mar. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-trabalhadores-da-saude-mais-expostos-covid-19>

MADUREIRA PEREIRA, Lenna Eloisa; RAMOS, Flavia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; DIAZ, Paola da Silva. Ambiente de trabalho saudável na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 26º de novembro de 2021 [citado 14 nov. de 2022];36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>

MARQUES, Vanessa. **Cinco grandes motivos para viver perto do trabalho.** Rede Jornal Contábil. 2020. Disponível em: <https://www.jornalcontabil.com.br/5-grandes-motivos-para-viver-perto-do-trabalho/>

MCANDREWS NS, SCHIFFMAN R. Relationships among climate of care, nursing family care and family well-being in ICUs. **Nurs Ethics**. 2019;26(7-8). doi: <http://doi.org/10.1177/0969733019826396>

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida; SANTANA, Leni de L; PIZZOLATO, Aline C; SAQUIS, Leila Maria M. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2020 [acesso em 13 out. 2021]; 25. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>

OKUMOTO, A.; YONEYAMA, S.; MIYATA, C.; KINOSHITA, A. The relationship between hospital ethical climate and continuing education in nursing ethics. **PLoS One**. 2022 Jul 21;17(7):e0269034. doi: 10.1371/journal.pone.0269034

OLIVEIRA, Maria Mônica; FIGUEROA PEDRAZA, Dixis. Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy. **Saúde debate**. 2019;43(122):765-79. doi: 10.1590/0103-1104201912209

PARAIZO, Claudia Borges & BÉGIN, Luc. Ética organizacional em ambientes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 1 [Acessado 13 Dezembro 2021] , pp. 251-259. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CXLkdYzNzswNhxsfNHVsxwC/?format=pdf&lang=pt>

PERUZZO, Hellen Emília; SILVA, Eraldo Schunk; BATISTA, Vanessa Carla; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço; PERES, Aida Maris; MARCON, Sonia Silva. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(3):721-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>

QUEIROZ, Aline Macedo *et al.* O ‘NOVO’ da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? **Acta Paul Enferm**. 2021;34:eAPE02523. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QGVBNdKMPTrkYf6RRJ6ZRDC/>

RAMOS, FRS.; BREHMER LCF; DALMOLIN, GL; SILVEIRA, LR.; SCHNEIDER, DG; VARGAS, MAO. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020;28:e3332. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>. Acesso em: 09 jan. 2023.

RIBEIRO, Patrícia Emanuele Cruz Dias; PORTO, Juliana Barreiros; PUENTE-PALACIOS, Katia; RESENDE, Marília Mesquita. Clima Ético nas Organizações: Evidências de Validade de uma Escala de Medida. **Temas em Psicologia** – 2016, Vol. 24, nº 2, 415-425; doi: 10.9788/TP2016.2-02. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a02.pdf>

ROBICHAUX, C., GRACE, P., BARTLETT, J., STOKES, F., SAULO LEWIS, M., & TURNER, M. (2022). Ethics Education for Nurses: Foundations for an Integrated Curriculum. **Journal of Nursing Education**, 61(3), 123-130.

SAUERLAND, J.; MAROTTA, K.; PEINEMANN, M.A.; BERNDT, A.; ROBICHAUX, C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. **Dimens Crit Care Nurs.** 2014; 33(4). doi: <http://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000050>

SCHUTZ, Thais Costa *et al.* Fatores associados ao clima ético em ambiente hospitalar. *Research, Society And Development, Vargem Grande Paulista*, v. 10, n. 2, p. 1-13, 18 fev. 2021. **Research, Society and Development.** Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12577/11334>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SILVA, O. T. da. Sobre a dispersão metropolitana: considerações sobre as mudanças na forma metropolitana», **Espaço e Economia** [Online], 11 | 2017, posto online no dia 05 abril 2018, consultado o 23 dez. 2022. URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/3077>; DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.3077>

SILVA, Valentina Barbosa da *et al.* EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM: INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO. **Cogitare Enfermagem** [online]. 2021, v. 26 [Acessado 25 nov. 2022], e71890. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71890>.

SILVA-E-DUTRA, F.C.M.; BARCELOS, J.L.M.; KOSOSKI, E.; CAVALCANTI, A. Health needs analysis based on the functional assessment of workers seen in primary care. **Rev Bras Med Trab.** 2021;19(2):122-31.

SOARES, Vitor Soares. **Em São Paulo, 70% gastam mais de uma hora no deslocamento ao trabalho:** Segundo estudo da USP, somente 16% dos postos de trabalho a menos de 1 hora de distância dos trabalhadores estão à disposição dos mais pobres. *Revista Exame*, 2021. Disponível em: <https://exame.com/carreira/deslocamento-trabalho-estudo-usp/>

SPINK, Mary Jane Paris *et al.* O Direito à Moradia: Reflexões sobre Habitabilidade e Dignidade. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2020, v. 40 [Acessado 21 dez. 2022], e207501. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003207501>.

TARAZ, Z.; LOGHMANI, L.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F.; SAFAVIBIAT, Z.; BORHANI, F. The relationship between ethical climate of hospital and moral courage of nursing staff. **Electron J Gen Med.**, 2019;16(2). doi: <https://doi.org/10.29333/ejgm/93472>

TASCA R.; MASSUDA, A.; CARVALHO W.M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2020;44: e4. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.

TEHRANINESHAT B, TORABIZADEH C, BIJANI M. A study of the relationship between professional values and ethical climate and nurses' professional quality of life in Iran. **Int J Nurs Sci.** 2020;7(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.001>

TEI-TOMINAGA, Maki & NAKANISHI, Mihar. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. **Environ Health Prev Med.** 2020;25(24):1-10.

VAN DEN BULCKE, Bo; *et al.* Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. **Intensive care med.** 2020;(46):46–56.

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz; SILVA, Doane Martins; ALVES, Marília. Cultura organizacional no trabalho da Enfermagem: influências na adesão às práticas de qualidade e segurança. **REME - Rev Min Enferm.** 2020[citado em 10 dez. 2021];24:e-1330. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1330.pdf>

5.4 MANUSCRITO 4: INFERÊNCIAS DO CLIMA ÉTICO NUM AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO MISTO

RESUMO

Objetivo: avaliar o clima ético em ambientes de trabalho da atenção primária de um município da região amazônica. **Método:** estudo misto paralelo convergente (QUAL+QUAN). Participaram 46 profissionais na fase qualitativa e 170 na fase quantitativa, nesta última foi utilizado o Inventário de Clima Ético traduzido, adaptado e validado na realidade brasileira. **Resultados:** a análise fatorial exploratória propôs uma nova configuração para os itens, mantendo alguns itens do fator princípios e regras; fator independência/individualismo, subdividindo o fator benevolência (BNV) em cinco itens mantidos como mostrado no inventário original e quatro itens relativos a um novo fator, denominado benevolência/responsabilidade social. **Conclusão:** Os resultados revelam a presença do clima ético nos ambientes de atenção primária, da prevalência dos Princípios e regras, da benevolência, da independência e instrumentalismo, com a discussão sobre as consequências negativas que podem surgir no ambiente de trabalho quando a atitude ética é negligenciada, esquecida ou mesmo desconhecida; a responsabilidade social provinda da benevolência, cuja preocupação é o compromisso de entrega do bom serviço. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Ética; Saúde do Trabalhador; Inquéritos e Questionários; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O tema clima ético (CE) foi introduzido pela primeira vez por Victor e Cullen (1988), envolvendo as percepções comuns do que é moralmente correto e como as questões éticas são resolvidas numa organização (CONSTANTINA, 2019). O CE é um tipo particular de clima organizacional, sendo um componente da cultura organizacional, englobando as percepções relativamente consensuadas por um grupo sobre as prescrições, interdições e permissões morais que funcionam em uma organização, transmitindo as seguintes ideias: “em determinada situação ou contexto, o que é o correto a se fazer?”; “como devo lidar com tal situação ética?” (REGO, 2001, p. 73) ou “quando uma decisão pode causar consequências para outros indivíduos, como uma organização identifica a escolha correta? (ALMEIDA, PORTO, 2019, p. 4)

Ao longo dos anos, os estudos de CE foram se aprimorando tanto na área da administração quanto nas áreas da saúde, a exemplo da Pesquisa e instrumento de Clima Ético Hospitalar (HECS) desenvolvido por Olson (1995;1998) que contribuiu muito para estudos de avaliação da percepção dos enfermeiros sobre o CE nos ambientes hospitalares. Também há

estudos que associam o CE à satisfação no trabalho, ao sofrimento moral e psicológico, a danos de acidentes de trabalho, todos em setores fechados como oncologia, UTI, urgência e emergência (ALOUSTANI *et al.*, 2020; VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020; LANES, 2020).

Reverendo a literatura sobre instrumentos utilizados para analisar o clima ético, foram encontrados o Hospital Ethical Climate Survey/Ethical Climate Survey (ECQ-20) – de Victor e Cullen; ECQ em versões hebraica e turca (GOLDMAN; TABAK, 2010); (DINC; HURIC, 2016); (KARAKA; OKZAN; KUCUKKELEPCE, 2018) que examinam o CE dos enfermeiros nos ambientes hospitalares. O Hospital Ethical Climate Survey (HECS) – Olson, HECS em versão farsi, persa, grega, sueca e brasileira (GORBANI *et al.*, 2014); (CONSTANTINA; PASTAVROU; CHARAMBOUS, 2018); (MIANDOAB; ZARE; MAHNAZSHAHRAKIPOUR, 2016); (CARPES LANES, 2022) os quais procuram examinar CE com o sofrimento moral, o Burnout e até atitudes educacionais dos profissionais de saúde nos ambientes hospitalares; Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale (SEW) (TEI-TOMINAGA; NAKANISHI, 2020) que examina as intenções de rotatividade e lesões e acidentes de trabalho entre cuidadores profissionais e o Ethical Decision-making Climate Questionnaire (EDMCQ) (BENOIT *et al.*, 2018); (VAN DEN BULCKE *et al.*, 2020) que avaliam o CE nos ambientes de UTI.

Apesar da variedade de abordagens e, ao mesmo tempo, da permanência de lacunas importantes para analisar clima ético em ambientes de trabalho em saúde é possível afirmar que complexos fatores estão associados ao clima ético dado seu caráter multidimensional. Sua abordagem dependerá de um referencial teórico de base. A abordagem de Victor e Cullen (1988), por exemplo, é inspirada em teoria ética de Fritzsche & Becker (1984) e de Williams (1985), assim como da teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (1992) e de teorias socioculturais das organizações. Os autores defendem que o clima ético está composto por duas dimensões: o critério ético usado para a tomada de decisão e o lócus de análise usado como referente nas decisões (REGO, 2001).

A tipologia do CE de Victor e Cullen foi baseada numa matriz 3x3 que combina três abordagens filosóficas (princípio, benevolência e egoísmo) com três níveis de análise (pessoal, local e cosmopolita) (ALMEIDA; PORTO, 2019, p. 4), produzindo nove arquétipos. A benevolência é um quesito para um clima de cuidado que se baseia na preocupação/bem com os outros; já um clima de leis e normas depende da percepção dos indivíduos em aderir às normativas e regulamentos de sua profissão, que são aceitos e determinados pela organização.

Em um clima independente/individualista os indivíduos agem conforme suas próprias crenças pessoais (DINC; HURIC, 2017, p. 3). Desta abordagem foi construído um instrumento de medição, o Inventário de Clima Ético (ICE), Ethical Climate Index na versão original de Victor e Cullen em 1987, que passou por atualizações e traduções, até a versão brasileira adaptada por Ribeiro et al (RIBEIRO et al, 2016).

Certamente os ambientes de trabalho em saúde são diferenciados conforme contextos culturais, complexidade e tipos de serviços, equipes atuantes, dentre outros. Em cenário hospitalar há uma parcela considerável de estudos pertinentes ao CE (SCHUTZ *et al.*, 2021); (DZIURKA; OZDOBA; OLSON *et al.*, 2022); (OKUMOTO; YONEYAMA; MIYATA; KINOSHITA, 2022). Por outro lado, não existem instrumentos especificamente elaborados para avaliar CE na APS. Daí a importância de relacionar experiências dos trabalhadores em ambientes de trabalho na APS com a avaliação de CE feita por trabalhadores destes cenários.

Procura-se entender sob a perspectiva qualitativa como se expressa a dimensão ética dos ambientes de trabalho na APS na visão de seus trabalhadores; e na perspectiva quantitativa, se questiona sobre que fatores/critérios do Inventário de Clima Ético (ICE) mostram relevância em um cenário da APS. Reconhecendo a existência de um instrumento de aferição do clima ético, a proposta do estudo foi de explorar convergências e/ou divergências entre itens do ICE e relatos discursivos sobre o ambiente de trabalho.

Deste modo, o objetivo proposto neste estudo misto é avaliar o clima ético em ambientes de trabalho da atenção primária de um município da região amazônica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo paralelo convergente (QUAL+QUAN) constituído pela fase 1 qualitativa e fase 2 quantitativa. Foi utilizada abordagem mista por permitir integração dos dados qualitativos e quantitativos, conforme a necessidade de compreender o fenômeno do clima ético como foco deste estudo. (CRESWELL, 2013); (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A fase 1 qualitativa foi realizada entre os meses agosto de 2020 a dezembro de 2021, com entrevista de 46 profissionais da APS da cidade de Ananindeua, Pará. Adotou-se a amostragem de conveniência mediante aceitação na participação da pesquisa, com participantes distribuídos nas sete unidades de saúde e dos seguintes cargos: enfermeiros, técnico e auxiliares de enfermagem, médicos, demais profissionais de nível superior (assistente social, psicólogo,

terapeuta ocupacional, nutricionista, dentista), agentes comunitários de saúde, demais profissionais de nível médio (técnico e auxiliar bucal, técnico em patologia clínica, técnico em radiologia), gerentes e assistentes administrativos, agentes de serviços gerais.

A fase 2 continuou entre dezembro de 2020 a março de 2021, com todos os profissionais atuantes em sete unidades de saúde do município de Ananindeua-PA, seguindo como critérios de inclusão: profissionais concursados e/ou contratados, incluídos mediante o critério de atuarem nas unidades de saúde selecionadas por um período mínimo de dois meses. Como critério de exclusão: servidores em férias ou licença, vigias e residentes das unidades pesquisadas.

Com base na quantidade de profissionais disponíveis no CNES Ananindeua 2019, a população constituiu-se de trabalhadores dos pólos 01 e 04, totalizando sete unidades municipais de saúde, com 444 trabalhadores. Para a fase quantitativa a amostra se deu por conveniência, após convite à mais de 200 trabalhadores com os quais foi possível contato, finalizando com um total de 170 trabalhadores que atenderam ao convite.

Para a coleta de dados da fase 1 (QUAL) foi composto um roteiro de entrevista, com sete perguntas abertas, submetidas a revisão após teste com dois usuários. As entrevistas individuais foram realizadas presencialmente, conforme a disponibilidade dos participantes, com duração média de quinze minutos. O registro dos dados se deu via aplicativo digital Gravador de Voz® Versão 3 (42.0).

As entrevistas foram integralmente transcritas e ordenadas no software Atlas.ti, cujas funcionalidades apoiaram as seis fases de análise temática reflexiva (ATR) de tipologia “médio q” ou livro de códigos (codebook), baseando na orientação por códigos e temas previamente definidos e estruturados (no caso são os 19 itens do ICE).

Foram realizados pelos pesquisadores o encontro de tais elementos qualitativos no corpo de dados, no intuito de facilitar a integração com o material com o ICE padrão. A análise qualitativa antecedeu a quantitativa e seguiu as seis fases previstas (familiarização dos dados; geração de códigos iniciais; busca de temas; revisão de temas; definição de temas; produção do relatório) (BRAUN & CLARCK, 2006); (SILVA; BARBOSA; LIMA, 2020).

Os dados foram analisados segundo a ATR, na condução aprofundada sobre o fenômeno de interesse – o clima ético. Por meio da coleta e análise de dados, foi realizado o rigoroso processo de familiarização com os dados, codificação dos dados e desenvolvimento de temas. Como as entrevistas são detalhadas, ricas em experiências foi possível por meio das

duplas conferência dos dados a checagem dos significados para o desenvolvimento das famílias, com seus codes e respectivas citações. Desta forma, foi criada a categoria denominada “Elementos subjetivos e éticos”, com magnitude (Mt) de 163 excertos.

Para a fase 2 (quantitativa) foi utilizado o Inventário de Clima Ético (Ethical Climate Index) traduzido, adaptado e validado na realidade brasileira (RIBEIRO, 2016). A versão brasileira do inventário dispõe de 19 questões em escala Likert de 6 pontos; do 1 (completamente falsa) ao 6 (completamente verdadeira), divididos em três fatores: benevolência (9 itens), princípios e regras (6 itens) e independência e instrumentalismo (4 itens). Considerando a não necessidade de validação, foi realizado apenas o ajuste quanto a identificação do cenário (Unidades de saúde ao invés de empresa no texto dos itens) sem alteração dos seus conteúdos; além de ter sido obtida a autorização da primeira autora (Ribeiro) para seu uso.

A análise estatística foi realizada pelo software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 25 (IBM, 2017). Foi usado o modelo de equações estruturais – análise fatorial confirmatória - (Structural Equations Modeling – SEM) para testar uma teoria de ordem causal entre um conjunto de variáveis., por meio do software IBM Amos Graphics v.20. Esta técnica possibilita investigar o quão correto os dados da amostra se ajustam ao modelo teórico proposto. Os índices de ajustes para aceitar o modelo foram: razão qui-quadrado por graus de liberdade (χ^2/gf) menores que 3; (A)GFI representando o (Adjusted) Goodness of Fit maiores ou iguais a 0,95; RMSEA menores que 0,06 onde o valor do intervalo de confiança de 90% desse indicador não deve ultrapassar 0,10; valores de Normed Fit Index (NFI), comparative fit index (CFI) e Tucker-Lewis index (TLI) maiores que 0,9 (GARVER; MENTZER, 1999; HAIR et al., 2005). Também foi realizada a análise fatorial exploratória (AFE) para verificar a melhor estrutura para os dados coletados. A análise fatorial é um nome genérico dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados cujo propósito principal é definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados, analisando a estrutura das correlações das variáveis e definindo um conjunto de dimensões latentes comuns chamadas de fatores.

Para associar a média dos quatro fatores do ICE com os dezenove códigos (subcategorias) qualitativas estudadas foi realizado o teste t para amostras independentes ou a análise de variância (ANOVA). Quando o resultado obteve tamanho (n) menor que 12 sujeitos as variáveis quantitativas foram comparadas por teste não paramétricos de Kruskal-Wallis.

Com os dados qualitativos e quantitativos tratados e analisados, chegou-se à etapa da integração, que consiste em produzir um resultado síncrono e consistente maior que a soma de partes qualitativa e quantitativas (LORENZINI, 2020). Do total dos dados analisados, foram explorados na fase de integração apenas aqueles referentes à família de códigos ou categoria denominada “Elementos subjetivos e éticos”, com magnitude (Mt) de 163 excertos, por sua relação com os dados quantitativos.

Os dados foram integrados por meio da narrativa, primeiramente descrevendo as falas qualitativas em relatórios, depois integrando via join display (quadros) a escrita narrativa com os dados quantitativos extraídos dos 19 itens do ICE. Os procedimentos de integração são “melhor conduzidos usando uma exibição visual, a exemplos de quadro ou tabela para copresentar os dados qualitativos e quantitativos, denominada de exibição conjunta” (CRESWELL, 2021, p. 9). Cada associação de ideias, segundo os depoimentos associados ao ICE, foi inserida em domínios, os quais possuem ideias convergentes e/ou divergentes. Constituiu-se, assim, uma abordagem de tecelagem no nível do método misto, ou fios de encontros por base por tema ou conceito por conceito (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013, p.2142).

O projeto de pesquisa recebeu anuência institucional da Secretaria de Saúde de Ananindeua (SESAU) e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 4079091, CAAE 32493920.4.0000.012, consonante à Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº466/2012.

RESULTADOS

Ao analisar os parâmetros da Análise Fatorial Confirmatória vemos valores menores que o esperado. A razão entre a estatística qui quadrado e graus de liberdade ficou dentro do esperado (valor = 2,0; referência: abaixo de 3,0). Os demais parâmetros foram abaixo do recomendado. AGFI foi de 0,81 valor menor que a referência igual a 0,95; NFI igual a 0,817, TLI de 0,880 e CFI de 0,897 todos abaixo de 0,900 conforme demonstra o quadro 6.

Quadro 6 - Parâmetros da AFC

χ^2 (df)	293,1 (146)
χ^2 /df	2,00
GFI	0,854
AGFI	0,810

NFI	0,817
TLI	0,880
CFI	0,897
RMSEA	0,075 IC90%: [0,063; 0,087]

Fonte: os autores.

Foi possível realizar dois tipos de análises. Pela Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi demonstrado resultado diferente do Inventário de clima ético (ICE) inicial. Já a análise fatorial exploratória (AFE) exposto na tabela 3 propôs uma nova configuração para os itens: mantendo seis itens para o fator princípios e regras (Fator 1 – PR); o fator benevolência (Fator 2 - BNV), com cinco itens; quatro itens para o fator independência/individualismo (Fator 3 – IDP); e quatro itens relativos ao novo fator, denominado responsabilidade social (Fator 4 – RS), que outrora pertencia ao fator benevolência. A tabela 5 mostra os 19 itens da escala original, com destaque (cinza) para aqueles que alcançaram preponderância (acima de 0,700), os quais foram utilizados para a integração aos dados qualitativos.

Tabela 5 - Análise Fatorial Exploratória composta por quatro fatores

Itens	Componentes			
	Fator1 PR média (0,69)	Fator2 BNV média (0,63)	Fator3 IDP média (0,72)	Fator4 BNV/RS média (0,62)
11. Espera-se que as pessoas cumpram, acima de tudo, as leis e as normas profissionais.	0,815	0,314	-0,141	0,105
12. Neste serviço, espera-se que as pessoas sigam estritamente as normas legais e profissionais.	0,772	0,265	-0,067	0,229
10. Espera-se aderência de todas as pessoas às normas e aos procedimentos organizacionais.	0,737	0,273	-0,124	0,193
15. É muito importante seguir estritamente as regras e procedimentos da unidade de saúde.	0,736	0,143	-0,086	0,048
13. Espera-se que as pessoas façam sempre o que é melhor para os clientes e o público.	0,573	0,216	-0,276	0,343
8. Espera-se que cada pessoa seja bem tratada quando as decisões são tomadas.	0,512	0,331	-0,099	0,484
2. A nossa maior preocupação é o bem de todos os que trabalham nesta unidade de saúde.	0,277	0,834	-0,013	0,173
1. A preocupação mais importante do serviço é o bem de todas as pessoas que nela trabalham.	0,213	0,753	0,143	0,091
6. Na unidade de saúde, a nossa maior preocupação concentra-se no que é melhor para	0,343	0,663	-0,308	0,198

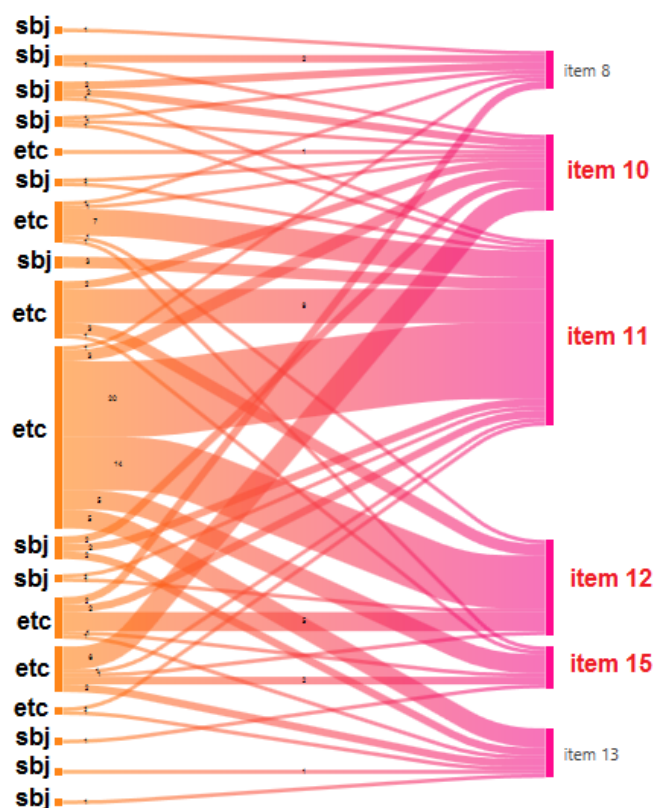
a outra pessoa.				
3.Na unidade de saúde, as pessoas se preocupam com o bem de cada um dos outros.	0,367	0,488	-0,251	0,269
4.As pessoas preocupam-se muito com o que é globalmente melhor para os servidores.	0,281	0,442	0,057	0,440
17.Neste serviço, as pessoas guiam-se pela sua própria ética pessoal.	0,087	-0,220	0,783	0,006
16.Neste serviço, cada pessoa, por si própria, decide o que acha correto e incorreto.	-0,254	0,178	0,717	-0,066
18.Neste serviço, as pessoas protegem, acima de tudo, os seus próprios interesses.	-0,153	-0,126	0,716	-0,354
19.O que importa neste serviço é o que cada pessoa considera certo ou errado.	-0,421	0,082	0,682	-0,125
14.As pessoas preocupam-se ativamente com os interesses dos clientes e do público.	0,115	0,094	-0,257	0,742
9.As pessoas desta unidade de saúde têm um forte sentido de responsabilidade perante a comunidade exterior/externa.	0,229	0,352	-0,175	0,616
5.A primeira preocupação nesta unidade de saúde é o que é bom para cada indivíduo.	0,083	-0,018	0,475	0,590
7.As pessoas deste serviço dão muita importância ao espírito de equipe.	0,239	0,356	-0,384	0,560

Fonte: os autores (2022-2023).

Quanto aos dados qualitativos, foram extraídas 163 citações da família “ética e subjetividade” a fim de trabalhar com os 19 itens da escala de clima ético. As categorias trabalhadas foram subjetividade ou “**sbj**” (medo, desvalorização e desrespeito, negativismo, desassistência, esforço e proatividade, percepção do ATS, apoio, empatia, reconhecimento, satisfação), ética ou “**etc**” (pessoal, agência moral, dúvidas, profissional, clima ético, conflito ético).

A figura F13 exemplifica a análise que foi aplicada a cada um dos quatro fatores do ICE, evidenciando relações (coocorrência) entre os códigos qualitativos da rede temática “ética e subjetividade” com os 19 itens dos quatro fatores do ICE. Dos demais fatores não serão apresentadas as figuras similares, podendo ter acesso via apêndice D para conferência.

Figura 13 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 1 (princípios e regras). Belém, PA, Brasil, 2021-2022



sbj: subjetivo; **etc:** ética

Fonte: os autores (2022) com auxílio do software Atlas.ti®.

Os resultados integrados são apresentados em quatro quadros (QUADRO 7, 8, 9, e 10) que destacam, para cada fator da escala, sínteses relevantes da análise quantitativa e convergências e divergências observadas quando articulados com subcategorias da fase qualitativa, especificamente abordando expressões e importância da ética profissional/pessoal e percepções e experiências no ambiente de trabalho envolvendo clima ético.

São descritos em colunas apenas os itens com maiores valores ($\geq 0,700$) segundo a análise fatorial (tabela 3), seguido pela identificação da categoria temática qualitativa com expressiva concentração de itens (coluna 2) e exemplos de excertos discursivos que exemplificam tal interpretação convergente (+) ou divergente (-) na coluna 3. Como se observa na Figura F14, há coocorrência com praticamente todas as categorias, mas a integração (quadro 7) explora a categoria com maior concentração de relações.

Quadro 7 - Integração de resultados entre Fator (1) Princípios e regras (QUANT) e categoria ética profissional (QUAL)

Fator 1 – Princípios e regras (PR)		
ICE – quanti	Categoria Quali	Convergências (+) ou Divergência (-)
<p>Evidenciado importante valorização de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leis e normas profissionais (expectativa de cumprimento e estrito seguimento) (itens 11 e 12) • Aderência às normas e procedimentos organizacionais (item 10) • Regras e procedimentos da unidade de saúde (estrito seguimento) (item 15) 	<p>Coocorrência concentrada dos itens 11, 12 e 10 com as categorias “Ética profissional”: valores, princípios e normas que pautam o exercício profissional e o trabalho em equipes multiprofissionais e o conflito ético.</p>	<p>(+): <i>É manter o sigilo das coisas, do que ocorre aqui. Às vezes comento sobre algum paciente em particular e comento para que não saia daqui que a pessoa não vá comentar com as pessoas lá fora. Que fique só entre a equipe. (ACS_05)</i></p> <p><i>Isso pra mim não é ético, se você entrou na área como profissional então você tem que fazer o que a sua área ou profissão te cobra. (TECENF_06)</i></p> <p><i>Eu não posso interferir na conduta profissional de outra pessoa, do médico por exemplo, porque cada um tem a sua regulamentação, cada um tem a sua legislação do que deve fazer. Então a gente tem que trabalhar dentro dos limites que nossa profissão e atuação manda. (ENF_02)</i></p> <p>(-): não observado</p>
<p>Síntese: O clima ético em ambientes de trabalho da APS é relacionado à ética profissional/profissionalismo que, por sua vez, relaciona-se tanto ao cumprimento de leis e normas profissionais quanto normas e regras institucionais.</p>		

O fator “princípios e regras” (itens 11 com 0,815; 12 com 0,772; 10 com 0,737 e 15 com 0,736) mostrou expressivas convergências com a categoria “ética profissional” (maior concentração), convergindo com os discursos sobre a importância dos códigos, normativas e regulações profissionais e institucionais para um clima ético positivo.

No quadro 8 há o fator benevolência (itens 2 com 0,834; 1 com 0,753) convergindo com a percepção do seu ambiente de trabalho (ATS) que destaca a preocupação com o bem de todos os que trabalham na unidade de saúde ou ali são atendidos.

Quadro 8 - Integração de resultados entre Fator (2) Benevolência (BNV) (QUANT) e categoria Percepções e experiências no ambiente de trabalho (QUAL)

Fator 2 – Benevolência

ICE – quanti	Categoria Quali	Convergências (+) ou Divergência (-)
Evidenciado importante valorização do: <ul style="list-style-type: none"> Bem (benevolência) de todos os que trabalham na unidade de saúde (item 2); Bem (benevolência) das pessoas que nela trabalham (item 1); 	Coocorrência concentrada dos itens 2 e 1 com as categorias subjetivas “Percepções e experiências no ambiente de trabalho e Pertencimento ao grupo;”	<p>(+): <i>Todos se respeitando primeiramente e tentando fazer o melhor que nós podemos dentro da estrutura, do ambiente de trabalho para o usuário. (ENF_01)</i></p> <p><i>Nós somos uma família, a gente procurar respeitar o setor de cada um. Em termos de organização, a gente procura ser mais organizado possível. (AUXBUC_01)</i></p> <p>(-): não observado</p>
<p>Síntese: O clima ético em ambientes de trabalho da APS é relacionado à benevolência que, por sua vez, se expressa nas percepções e experiências dos trabalhadores de consideração pelo bem comum e da união entre profissionais, assim como exige e promove relações de mútuo respeito na equipe.</p>		

No quadro 9 há o fator independência e instrumentalismo (itens 17 com 0,783; 16 com 0,783 e; 18 com 0,716), sendo que a categoria agência moral demonstrou maior influência. Observa-se convergência quando se manifesta a capacidade e empenho dos profissionais por se guiarem pela sua própria ética pessoal enquanto trabalham. Entretanto foi observado uma conotação divergente atribuída aos sentidos dos discursos – por mais que sejam coerentes com o fator independência – expressando a influência negativa do clima ético aos sujeitos que são negligentes, desconhecem ou pouco seguem os padrões éticos no ambiente de trabalho. Há falta ou negligência sendo desvelada nos discursos, o que pode contribuir para a insatisfação no serviço.

Quadro 9 - Integração de resultados entre Fator (3) Independência/instrumentalismo (IDP) (QUANT) e categoria ética pessoal (QUAL)

Fator 3 – Independência e instrumentalismo		
ICE – quanti	Categoria Quali	Convergências (+) ou Divergência (-)
Evidenciado importante valorização de: <ul style="list-style-type: none"> Guia da sua própria ética pessoal (item 17); Por si própria decidir o que acha correto e incorreto 	Coocorrência concentrada dos itens 17, 16 e 18 com a categoria ética: “Agência moral, ética pessoal e conflito ético”	<p><i>Eu ouço comentários que procuro até fugir. Só gera fofoca quando a gente dá trela. Tem gente que deixa de trabalhar e fica falando, escutando. (TEC_ENF_03)</i></p> <p><i>Contribuo com as minhas atitudes, pelo exemplo você consegue modificar muitas</i></p>

(item 16); • Proteção dos próprios interesses (item 18);		coisas. (MED_03) <i>Eu tento fazer a minha parte ética com todas as pessoas, para ver se conseguimos ter um ambiente ético. (ACS_12)</i> <i>Das decisões da alta gerência, elas são um pouco injustas e isso afeta a nossa relação no trabalho. (ACS_04)</i> <i>Mas tem situações em que um não sabe como se trabalha e a pessoa vem e aponta o dedo julgando. (AUXBUC_03)</i> <i>Ficar falando os dados de pacientes, ficar com conflito entre os colegas. Eu acho que aí já perde a ética. (ENF_03)</i> (-): não observado
<p>Síntese: O clima ético em ambientes de trabalho da APS é relacionado à agência moral, na medida em que os sujeitos exercitam seu julgamento moral e definem escolhas razoáveis diante de situações que envolvam problemas ou conflitos morais. Tais julgamentos recaem sobre fatos e circunstâncias que, negativa ou positivamente, remetem aqueles princípios e valores éticos que servem de base autodeclaradas (pessoais ou profissionais)</p>		

No quadro 10 apresenta-se o fator 4 - Senso de Responsabilidade Social (item 14 com 0,742), gerado a partir de uma subdivisão do fator Benevolência. Neste, a categoria esforço emergiu na convergência do discurso de preocupação ativa dos profissionais com os interesses do público e para com os usuários da APS; e na crítica às carências de condições físicas e estruturais que escapam da governabilidade e limitam a competência dos trabalhadores, expondo a necessidade da atuação das políticas públicas neste ambiente de trabalho. O que parece mutuamente complementar (mais do que diferenciar) os fatores 2 e 4 pode ser que o senso de comunidade/equipe ou reponsabilidade social se mostra como uma forma de concretizar o bem comum (benevolência - fator 4), ao mesmo tempo em que a benevolência interna (entre pares) consolida e integra equipes de trabalho (fator 2), que deste modo conseguem melhor exercer seu papel social.

Quadro 10 - Integração de resultados entre Fator Benevolência - Responsabilidade social (QUANT) e categoria Pertencimento ao grupo e clima ético (QUAL)

Fator 4 – Senso de comunidade/ responsabilidade social (RS)		
ICE – quanti	Categoria Quali	Convergências (+) ou Divergência (-)

<p>Evidenciado importante valorização da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com os interesses dos clientes e do público; 	<p>Coocorrência concentrada dos itens 14 com a categoria “subjetividade: Pertencimento ao grupo; e ética: clima ético”.</p>	<p>(+):<i>Eu procuro atender a minha clientela e ajudo meus colegas no que eu posso, no que está dentro da minha limitação eu ajudo e contribuo para o trabalho. (ENF_04)</i></p> <p><i>Eu zelo muito pelo serviço e vou além do serviço social, faço o que posso para as coisas acontecerem. (AS_01)</i></p> <p><i>Eu não posso ajudar tanto o paciente quanto eu gostaria. Tem paciente que não tem condições de pagar por exames, eles me cobram e eu tento falar com a gerência, às vezes não conseguem marcar então eu me sinto mal e limita meu trabalho. (ACS_05)</i></p> <p>(-): não observado</p>
<p>Síntese: O clima ético em ambientes de trabalho da APS é também relacionado ao senso de responsabilidade social dos trabalhadores no esforço de fazer um trabalho digno, o que inclui itens objetivos constituinte de um ambiente favorável de trabalho.</p>		

DISCUSSÃO

A diferenciação dos achados conforme a ICE em português brasileiro

Como afirma Orsi (2021) “uma das descobertas mais importantes da filosofia da ciência é a de que nenhuma ideia jamais é testada sozinha”. O que, de fato, foi proposto em termos de análises dos achados sob duas formas de interpretações estatísticas. Prezando pelo respeito aos dados fornecidos pelos participantes chegou-se à conclusão de que o instrumento utilizado para mensuração CE nos ambientes da APS se molda conforme algumas características destes ambientes, portanto, não é absoluto.

Os próprios tradutores da versão brasileira salientam que “são necessários estudos futuros, os quais precisam identificar a adequação dessa estrutura para avaliar o clima ético em organizações e investigar o seu poder preditivo” (RIBEIRO *et al.*, 2016, p.424).

Os profissionais da APS exprimem níveis coerentes (estáveis) de clima ético em seus ambientes de trabalho. No entanto, partindo dos arquétipos de CE, onde ele é entendido como “tributo de uma organização sendo capturado a partir das percepções individuais” (RIBEIRO *et al.*, 2016, p. 418), foi possível identificar os seguintes fatores dominantes nestes ambientes: Princípios e regras; Benevolência; Independência (individualismo/instrumentalismo) e Responsabilidade Social (desmembrado do fator Benevolência). A atenção vai para o fator benevolência e sua subdivisão, o que poderia elencar o grande papel da responsabilidade social

como um critério ético. No entanto, como ele já é atribuído ao fator benevolência então ele reforça uma característica cosmopolita entre todos os ambientes estudados (VICTOR; CULLEN, 1988, p.5).

Estudar o CE na APS requer mais análises tanto qualitativas quanto quantitativas do fenômeno, tendo em vista que, este cenário é imerso em dimensões subjetivas e objetivas do trabalho, ambas se complementando. Entendendo que, a forma como são atribuídos significados e entendimentos sobre a ética (sua presença e/ou ausência no cotidiano do trabalho) e na forma como a ética é “percebida e vivida”, agrega-se um sentido/valor ao ambiente de trabalho para cada profissional.

O fator 1 – “Princípios e regras” apresentou maior carga fatorial entre os profissionais, variando os níveis de formação e de acordo com os setores existentes nas unidades de saúde. A afirmação “Espera-se que as pessoas cumpram, acima de tudo, as leis e as normas profissionais” mostra que, de forma geral, os profissionais compreendem e esperam os cumprimentos das normas pertinentes de cada profissão, o que entendem como elementos constituintes do CE presentes nesses ambientes.

Esse achado também foi semelhante na atenção primária entre enfermeiros e médicos, pois há uma percepção de um clima de equipe favorável quando há respeito aos objetivos da equipe. Neste caso houve diferença significativa da percepção entre estas duas classes se comparada à classe odontológica, por exemplo. Entre a classe médica e de enfermagem houve uma forte integração, confirmando que a enfermagem se mostra mais próxima aos ideais dos objetivos do processo de trabalho coletivo (PERUZZO *et al.*, 2019, p. 758).

A ética organizacional nos ambientes de saúde provém da necessidade de coerência nas ações dos diversos públicos de interesse para que os valores de cada organização estejam em constante atualização (PARAIZO; BÉGIN, 2020, p. 255). Quer dizer, os valores variam de acordo com cada missão dos ambientes de saúde, sejam eles de diferentes complexidades assistências ou tecnológicas. No entanto, tais valores se diferem de regras ou normas constituintes da deontologia de cada profissão.

Significa que intervenções éticas nestes ambientes não precisam estar limitadas a regras e normas, mas sim estimuladas por meio da educação ética aos profissionais, de forma que eles possam exercer o julgamento de maneira honesta e responsável. A abertura ao diálogo entre equipes pode fazer com que o clima ético seja mais bem compreendido e modificado pelos profissionais.

No fator 2 – Benevolência, a afirmação “A nossa maior preocupação é o bem de todos os que trabalham nesta unidade de saúde” pode ter relação com o reconhecimento e satisfação com os gestores e com a adesão da equipe a objetivos comuns. A cooperação entre profissionais e o envolvimento destes com os usuários que procuram a UBS são elementos relatados como causas de satisfação no trabalho de gestores na estratégia saúde da família (NUNES; PIRES; MACHADO, 2020). O achado expressa como a união dos profissionais e senso de equipe reforçam o interesse comum e são ingredientes para manutenção de um ambiente favorável de trabalho.

A cooperação também é vista como elemento de subversão ao sofrimento imposto pelas condições adversas que há nos ambientes de trabalho. O senso de coletividade pode ser equivalente a benevolência no sentido de haver a construção de objetivos comuns a todos os profissionais que ali atuam, levando em consideração o respeito ético e a compreensão das normas comum a todos. (ANDRADE; PONTES, 2019, p. 327)

O fator 3 – Independência e instrumentalismo expressou o senso de priorização daquilo que é o interesse próprio dentro de determinada situação, ou o interesse na ação determinado pelo que o indivíduo acredita ser o correto. Foi possível detectar o grau de adesão dos dados qualitativos ao fator/afirmativa “Neste serviço, as pessoas guiam-se pela sua própria ética pessoal”.

O individualismo inserido no fator independência muitas vezes se sobrepõe aos interesses do público ou da equipe. Em certas situações o individualismo pode contribuir para a sobrecarga de trabalho na equipe e excesso de demanda para aos colegas de trabalho, pois não há como um profissional assumindo diferentes demandas próprias e de terceiros dar conta de tudo, gerando efeitos indesejados tanto sobre ambiente quanto sobre o público que é atendido (SORATTO *et al.*, 2017). O mesmo ocorre no esgotamento das relações, onde episódios não éticos, conflituosos e negativos podem provocar um clima indesejado, a exemplo do distresse moral diante de constrangimentos e alterações das percepções dos indivíduos e da pesada experiência moral nestes ambientes (MADUREIRA PEREIRA, 2022, p.9).

De certa forma esta problematização acerca da sobrecarga é amplamente discutida entre trabalhadores da atenção primária nas situações em que há regiões descobertas de atendimento por ACS e equipes ESF. Seja por deserção (abandono de cargo) oriundos de insatisfação no trabalho (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015, p.117), ou mesmo faltas consecutivas no ambiente de trabalho, - que foram ou não motivadas pelo individualismo –

estas podem contribuir para criação de um ciclo de exaustão da cooperação e de produção de respostas individualistas de autopreservação e defesa de interesses pessoais em tais ambientes de trabalho.

A falta de entrosamento e companheirismo no ambiente de trabalho pressupõe um ambiente com falta de comunicação, colaboração entre pares, refletindo um clima individualista por setores (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015, p. 122); (SIMAS *et al.*, 2016, p. 1485). Talvez por este ponto seja possível entender a percepção de conformismo dos trabalhadores, por ser e estar habituado num ambiente nada favorável sob o ponto de vista relacional de trabalho, sem perspectiva de mudanças, sendo essas lacunas encaradas como “normalidade” no ambiente de trabalho.

O problema de acesso a oportunidades de educação ética aos trabalhadores é uma realidade nestes ambientes. Para a categoria dos agentes comunitários de saúde (ACS) ainda não há um código de ética ou entidade com atribuição de fiscalização do exercício profissional, muito menos a percepção desse respaldo ético da categoria profissional diante de situações recorrentes nos atendimentos de clientes da atenção básica. Ainda assim, apesar de não possuírem um código de ética específico e reconhecido, a maioria possui percepção moralmente correta sobre o ambiente de acolhimento e assistência (FERREIRA; RODRIGUES, 2018, p. 107-109).

Nota-se a urgência do retorno de investimentos e valorização da educação permanente em saúde (EPS) na prática concreta dos serviços de saúde, salientando aqui as UBS e ESF, pois são espaços de aprendizados coletivos, com a inclusão do ACS neste processo (VALLEGAS *et al.*, 2020, p.13).

Quando não há estímulos ou ações de educação permanente aos profissionais relacionados às situações que requerem competência ética, as ações/inações éticas passam despercebidas, omitidas, negligenciadas e, portanto, sem resolutividade. O que pode trazer sofrimento moral a quem percebe tais lacunas, geralmente o profissional enfermeiro sensibilizado a perceber problemas morais, pois há em sua formação essas definições e entendimentos (BORBA *et al.*, 2021).

Do mesmo modo, no ambiente hospitalar há predominância do fator individualismo atuando negativamente, pois nestes ambientes há elementos simbólicos tais como o processo de trabalho, a sobrecarga de trabalho e quantitativo pessoal insuficiente que são influenciados pelas relações de poder conflituosas, se distanciando por vezes do sentimento de pertencimento

ao grupo. Nota-se o esforço da enfermagem em ocupar o local de poder no ambiente hospitalar, na necessidade da atuação da gestão ao encorajar os trabalhadores na prática da autonomia nos ambientes de trabalho (VENTURA; SILVA; ALVES, 2020).

Quando não há uma definição do que são os elementos éticos presentes nos ambientes de trabalho, os profissionais se deparam com a lacuna de como se portar, de como serão julgados a partir disso. “Como vou saber se ajo, penso e estou de acordo com os preceitos éticos ou mesmo do que é esperado de mim neste ambiente se não há um preparo, um diálogo ou mesmo uma visualização do que precisamos neste lugar?” é uma pergunta comum entre trabalhadores.

A responsabilidade social assume nesta análise um critério ético, não apenas como locus de análise ou uma característica cosmopolita do CE (RIBEIRO *et al.*, 2016, p. 417), conforme inicialmente proposta por Victor e Cullen (1988).

A responsabilidade social é vista neste contexto como um atributo do reconhecimento de fazer parte do sistema único de saúde disponível para o público que procura ajuda. É uma noção de pertencimento e reconhecimento de si como um profissional, atuante num serviço público apto a fornecer orientações, assistência, ajuda às pessoas que ali vão procurar atendimento. É uma noção próxima de quem trabalha com comunidades (ANDRADE; PONTES, 2019, p.326) quando há expectativa de resolução para determinados casos.

Por outro lado, inadequações são detectadas quanto às condições dos ambientes de trabalho de aspectos físicos e estruturais insalubres, associados com a falta de recursos e a segurança precária. A falta de recursos reflete o descontentamento do profissional que tenta ajudar em atividades de rotina, como marcação e realização de exames básicos e que acabam sendo negados. Situações dessa magnitude vão aos poucos ocasionando um sofrimento e impotência nestes profissionais, pois extrapolam os limites da sua unidade ou campo de atuação (ANDRADE; PONTES, 2019, p. 324).

A segurança precária provém da violência relacionada às localidades onde UBS e ESF estão inseridas e refletem uma relação simétrica entre desigualdade social, exclusões políticas e econômicas. Não obstante, tais ambientes de trabalhados estão inseridos em áreas periféricas da região metropolitana, cujas características são de localidades distantes dos centros urbanos, de difícil acesso, com infraestruturas carentes e maior vulnerabilidade social (LEITE *et al.*, 2020, p.4).

Apesar da riqueza dos achados o estudo teve como limitação a ausência da ampliação da estratificação amostral de algumas ocupações que permitissem explorar diferenças com os fatores envolvidos. Além disso, há que se reconhecer que o momento retratado estava altamente impactado pela pandemia de Covid-19.

CONCLUSÃO

Observou-se neste estudo que vários fatores relacionados à aferição do CE mostraram-se relevantes e pertinentes nos ambientes da APS analisados: a prevalência dos Princípios e regras, quando é referida aderência às normas pertinentes aos códigos deontológicos de cada profissão; a benevolência, ao referir o bem-estar dos sujeitos que ali trabalham por meio das experiências relatadas; a independência e instrumentalismo, que traz a discussão sobre os agentes morais e os conflitos que podem surgir no ambiente de trabalho quando a atitude ética é esquecida, negligenciada ou mesmo desconhecida; por fim, a responsabilidade social (ou com o público) derivada da benevolência, da preocupação de prestar um bom serviço.

Os resultados sugerem que o Inventário de Clima Ético pode ser utilizado na APS, levando em consideração as particularidades de cada ambiente. Para isto o estudo misto, mesclando dados qualitativos e quantitativos conseguiu projetar uma configuração interpretativa ampliada aos resultados obtidos com o inventário.

Estudos futuros com intuito de confirmar a efetivação do ICE em demais ambientes da atenção primária, noutras regiões do país, com aspectos diferenciados do que foi encontrado na cidade do norte amazônico poderão dar novas perspectivas para tipologias do clima ético nos ambientes de trabalho em saúde, reforçando que a captação da multiplicidade de dados é útil para subsidiar iniciativas de aprimoramento destes ambientes de trabalho para seus trabalhadores e usuários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Juliana G.; PORTO, Juliana B. Ethical climate index: evidence of validity of the brazilian version. **Revista de Administração Mackenzie** [online]. 2019[access 2021 Dec. 13], v. 20, n. 3, eRAMG190030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/Dwm6vQS5fwsj3nJ8KcGhR6y/?lang=pt#> DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190030>

ALOUSTANI, Soudabeh; *et al.* Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. **BMC Nursing**. 2020 [access 2022 Dec. 27]1-8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/339697700_Association_between_ethical_leadership_ethical_climate_and_organizational_citizenship_behavior_from_nurses'_perspective_a_descriptive_correlational_study DOI:10.1186/s12912-020-0408-1.

ANDRADE, Ana Karina Pereira de; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde, subjetividade e trabalho na estratégia saúde da família fluvial no interior do Amazonas: uma análise Dejouriana. **RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar**. 2019 [cited 2021 Out. 30] 5(2):307-33. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/rech/article/view/6823/4812>

BENOIT, D.D.; JENSEN, H.I.; MALMGREN, J.; METAXA, V.; REYNER, A.K.; DARMON, M.; *et al.* Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. **Intensive Care Med**. 2018 [acesso em 11 jun 2021];44(7). Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00134-018-5231-8>

BRAUN, Virginia & CLARKE, Victoria (2006): Usando a análise temática em psicologia, **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**, 3: 2, 77-101.

CARPES LANES, T.; DALMOLIN, G.L; SILVA, A.M; RAMOS, F.R.S. Cross-Cultural Adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. **Journal of Nursing Measurement**, Volume 31, Number 2, 2022. P.1-18.

CONSTANTINA, C.; PAPANASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. **Nurs Ethics.**, 2018 [acesso em 11 jun 2021];26(6). Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733018769358>

CONSTANTINA, Cloconi; PAPANASTAVROU, Evridiki; CHARALAMBOUS, Andreas. 'Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus', **Nursing Ethics**. 2019[acesso 2021 Dec. 13] 26(6), pp. 1805–1821. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/metrics/10.1177/0969733018769358> DOI: 10.1177/0969733018769358

CRESWELL, John W. In: Basic Characteristics of Mixed Methods Research. **A Concise Introduction to Mixed Methods Research**. SAGE Publications, 2021.168 p.

CRESWELL, John W. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Coleção Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

DE BORBA, Kátia Pereira; *et al.* Ética e promoção da saúde sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v35.43116. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116>. Acesso em: 25 nov. 2022.

DINC, M.S.; HURIC, A. The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia and Herzegovina. **Nurs Ethics**. 2016;24(8). Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733016638143>

DZIURKA, M.; OZDOBA, P.; OLSON, L.; *et al.* Hospital ethical climate survey - selected psychometric properties of the scale and results among polish nurses and midwives. **BMC Nurs** 21, 295 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01067-x>

FERREIRA, Marcelo Marques; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná. **R. Saúde Públ.** 2018 [cited 2021 out. 18];1(2):101-09. Available from: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/56/34>. doi: 10.32811/25954482-2018v1n2p101

FETTERS, Michael D.; CURRY, Leslie A.; CRESWELL, John W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Serv Res.** 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-56. doi: 10.1111/1475-6773.12117 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097839/>

GHORBANI, A.A.; HESAMZADEH, A.; KHADEMLOO, M.; KHALILI, S.; HESAMZADEH, S.; BERGER, V. Public and private hospital nurses' perceptions of the ethical climate in their work settings, sari city, 2011. **Nurs Midwifery Stud.** 2014 [acesso em 11 jun 2021];3(1):e12867. Disponível em: <http://doi.org/10.17795/nmsjournal12867>

GOLDMAN, A.; TABAK, N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. **Nurs Ethics**. 2010;17(2). Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0969733009352048>

IBM Corp. Released 2017. **IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0**. Armonk, NY: IBM Corp.

KARACA, T.; OKZAN, S.A.; KUCUKKELEPCE, D. Determining the ethical climate perceptions of nurses' and midwives' in an obstetrics and pediatrics hospital. **Int J Caring Sci.** 2018;11(2). Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/42._karaka_original_10_2.pdf

LANES, Taís Carpes; *et al.* Evaluation of ethical climate in health services: a systematic review. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 718-729, dez. 2020. **FapUNIFESP** (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284436>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qfXhRthZ6M9MSj7XY47RVxH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LEITE, Caroline do Nascimento; *et al.* Violence in the Family Health Strategy: risks to workers' health and care. **Rev enferm UERJ.** 2020 [cited 2021 out. 22]; 28: e45789. Available from: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/45789/35746. doi: 10.12957/reuerj.2020.45789

LORENZINI, Eliziane. Estratégias de combinação e integração – rigor metodológico. 2020. **Pesquisa de métodos mistos em enfermagem e saúde**. Disponível em: <https://youtu.be/ovgvLpCloXY>

MADUREIRA PEREIRA, Lenna Eloisa; RAMOS, Flavia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; DIAZ, Paola da Silva. Ambiente de trabalho saudável na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 26º de novembro de 2021 [citado 14º de novembro de 2022];36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>

MIANDOAB, N.; ZARE, S.; MAHNAZSHAHRAKIPOUR. The study of the effect of ethical climate on the university students' educational attitudes in operating room. **Asian J Pharm Clin Res.**, 2016 [acesso em jun 2011];9(Suppl. 2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22159/ajpcr.2016.v9s2.12433>

NUNES, Ana Carolina Bornhaussen; PIRES, Denise Elvira Pires de; MACHADO, Rosani Ramos. Satisfaction and dissatisfaction in the work of managers in the family health strategy. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020 [cited 2021 out. 27]; 25. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61440/pdf_en. doi: 10.5380/ce.v25i0.61440

OKUMOTO, A.; YONEYAMA, S.; MIYATA, C.; KINOSHITA, A. The relationship between hospital ethical climate and continuing education in nursing ethics. **PLoS One.** 2022 Jul 21;17(7):e0269034. doi: 10.1371/journal.pone.0269034.

ORSI, C. Escolha sua anomalia. *Questão de Ciência (IQC)*. 2021. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/apocalipse-now/2021/07/10/escolha-sua-anomalia>

PARAIZO, Claudia Borges e BÉGIN, Luc. Ética organizacional em ambientes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 1 [Acessado 13 dezembro 2021], pp. 251-259. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CXLkdYzNzswNhxsfNHVsxwC/?format=pdf&lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>.

PERUZZO, Hellen Emília; *et al.* Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm.** 2019 [cited 2022 April 20];72(3):721-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BBp9cDLRBtdXcxdTCcJrL3q/?lang=en>. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0770

REGO, Arménio. Climas éticos organizacionais: validação do constructo a dois níveis de análise. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 69-106, jun. 2001. Acesso em 11 dez. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v1n1/v1n1a04.pdf>

RIBEIRO, Patrícia Emanuele Cruz Dias; PORTO, Juliana Barreiros; PUENTE-PALACIOS, Katia; RESENDE, Marília Mesquita. Clima Ético nas Organizações: Evidências de Validade de uma Escala de Medida. **Temas em Psicologia** – 2016, Vol. 24, nº 2, 415-425 doi: 10.9788/TP2016.2-02

SCHUTZ, T. C.; LANES, T. C.; VILLAGRAN, C. A.; BERNARDI, C. M. S.; DALMOLIN, G. de L. Factors associated with ethical climate in a hospital environment. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e36910212577, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12577. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12577>. Acesso em: 28 dec. 2022.

SILVA, M.R.; BARBOSA, M.A.S.; LIMA, L.G.B. Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos Em administração: explorando a análise temática. *RPCA*, Rio de Janeiro v. 14, n. 1, p. 1-13, 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 1 [Acessado 13 Dezembro 2021] , pp. 113-128. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Pvxdg3vqg6GLZTj9v6YtyYr/?lang=pt#> DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100009>

SORATTO, Jacks; *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 13 dezembro 2021], e2500016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>

TEI-TOMINAGA, M.; NAKANISHI, M. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. **Environ Health Prev Med.** 2020 [acesso em 11 jun 2021];25(24). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00863-8>

VALLEGAS, Alessandra Branco; SOUZA, Ândrea Cardoso de; SANCHES, Livia dos Santos; ALVES, Livia Alencar. Permanent health education in the work process of community health workers. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. e129942962, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i4.2962. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2962>. Acesso em: 25 nov. 2022.

VAN DEN BULCKE, Bo; *et al.* Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. **Intensive care med.** 2020;(46):46–56.

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz; SILVA, Doane Martins; ALVES, Marília. Cultura organizacional no trabalho da Enfermagem: influências na adesão às práticas de qualidade e segurança. **REME - Rev Min Enferm.** 2020[citado em 10 dez. 2021];24:e-1330. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1330.pdf> DOI: 10.5935/1415-2762.20200067

VICTOR, Bart; CULLEN, John B. The Organizational Bases Of Ethical Work Climates.
Administrative Science Quarterly; Mar 1988[acess 2021 Dec. 13]; 33, 1; ABI/INFORM
Global pg. 101 Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/228298420> The Organizational Bases of Ethical
Work Climates

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os estudos acerca do ambiente de trabalho em saúde, a ética e a práxis do trabalho na atenção primária à saúde, foi possível compreender que esses temas se correlacionam de tal forma que conseguem transparecer situações delicadas que por vezes são tratadas como corriqueiras, banais, mas são realidades danosas que requerem atenção pontual dos pesquisadores. Falar do cotidiano de trabalho em saúde não é uma tarefa fácil; ainda mais ter a oportunidade de ouvir os sujeitos que são parte desse sistema.

Com o objetivo de analisar os ambientes de trabalho sob a ótica do ambiente saudável de trabalho, parto do princípio de que este deve ser minimamente favorável para a práxis de qualquer profissão; no entanto, se todo ambiente de trabalho fosse ótimo e perfeito, não haveria necessidade de estudos no nível de tese. A determinação de se estabelecer e entender quais são os limites mínimos para que os ambientes da APS sejam, de fato, favoráveis, marca esta tese.

Pode-se observar, no primeiro manuscrito, as faces do que é o real e o que é desejável para um ambiente de trabalho. A realidade emergida das falas mostra um cenário de pesquisa já em avançado processo de sucateamento do SUS. Por vezes, foi visível o peso da escassez de recursos que duelam com os desejos de melhorias por parte dos trabalhadores.

No segundo manuscrito, foi possível apreender as necessidades de melhorias e avanços diante das experiências ora positivas ou não desses trabalhadores. A subjetividade do trabalho permite perceber as transformações que há nesses ambientes, partindo justamente daqueles que são detentores da práxis. Nesses cenários, a ética é considerada “o ponto de inflexão” diante das condutas que ali são tomadas e exercidas.

Ao leitor deste trabalho, torna-se possível entender que, por mais que haja a presença da ética sob normas e condutas, sempre haverá situações que desencadeiam o conflito; afinal, somos todos humanos, passíveis de erros. No entanto, é possível transmutar tais realidades. É um processo a longo prazo, um investimento que tem início pela educação, e que deve ser compartilhado por todos os que fazem a APS: trabalhadores, saúde do trabalhador, equipes gestonárias dos níveis municipal, estadual e federal.

Quanto ao manuscrito terceiro, foi possível identificar correlações dos ambientes de trabalho na atenção primária aos preceitos éticos da profissão, sempre prezando o respeito na assistência prestada. Há influências do individualismo na situação de afastamento do trabalho.

A percepção de como lidar com determinada situação ética marca o manuscrito quarto. O clima ético predominante nos cenários de trabalho é aquele ligado às regras deontológicas, seguido da benevolência com as experiências coletivas, a independência com o livre arbítrio que se relacionam ao manter um ambiente de trabalho desejável; encerrando com a responsabilidade social e o esforço para propiciar o mínimo de atenção à saúde do público.

Como uma possível limitação metodológica qualitativa, o processo de construção de códigos e subcódigos deixou em algumas etapas de fazer pontes com outras famílias. Uma frase pode ter múltiplas interpretações e pode servir para vários contextos. Todavia, no processo de limitar-se a apenas um código e subsequente subcódigo, essa “conjunção de ideias” como característica qualitativa de percepção dos pesquisadores diante do dado se perde. As “conjunções de ideias” ou “intersecção” são pontos elencados ou pontes de ideias que poderiam ser bem aproveitados na discussão, porém passam despercebidos. Considera-se esse detalhe uma possível limitação metodológica ao decorrer da análise dos dados.

No que consiste o setor de pesquisa acadêmica do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os produtos desta tese contribuirão significativamente para os atuais e novos estudos do Laboratório de pesquisa sobre trabalho, ética, saúde e enfermagem – PRÁXIS, na linha Processo de Trabalho em Saúde e Subjetividade e relações de trabalho, possibilitando aporte científico para dimensão das necessidades e finalidades do trabalho em saúde na APS.

Ao setor gestor municipal de Ananindeua são sugeridas melhorias no quesito da educação ética no serviço a todos os trabalhadores das unidades básicas, assim como a criação de programas psicossociais voltados à saúde dos trabalhadores, uma vez que estas são condições imprescindíveis para ambientes de trabalho mais saudáveis, conseqüentemente, mais acolhedores e propícios ao cuidado qualificado e resolutivo.

6.1 A TESE DE CHEGADA

Ao final considero que a tese inicial foi confirmada, ou seja:

Experiências de trabalhadores de saúde em cenários de atenção primária à saúde expressam a inter-relação entre clima ético e valores desses agentes morais, como o profissionalismo, o respeito e a responsabilidade social; reforçam a importância da dimensão subjetiva e ética de ambientes saudáveis de trabalho.

REFERÊNCIAS

- AITAMAA, Elina; LEINO-KILPI, Helena; ILTANEN, Silja; SUHONEN, Riitta. Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. **Nursing Ethics**. V.23, n.6, p. 646-58, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25899724/>
- ALMEIDA, Hylany B.; *et al.* Communicational relations between healthcare professionals and their influence on coordination of care. **Cadernos de Saúde Pública** [online] v.37, n.2, p. e00022020, 2021 [acesso 2022 April 20]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2021.v37n2/e00022020/pt>
- ALMEIDA, Juliana G.; PORTO, Juliana B. Ethical climate index: evidence of validity of the brazilian version. **Revista de Administração Mackenzie** [online]. v. 20, n. 3, eRAMG190030, 2019 [acesso 2021 Dec. 13]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/Dwm6vQS5fwsj3nJ8KcGhR6y/?lang=pt# DOI: https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190030>
- ALOUSTANI, Soudabeh; *et al.* Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. **BMC Nursing**. 2020 [acesso 2021 Dec. 13]1-8. Disponível em: <https://dnb.info/1210819074/34>
- ANAZA, Nwamaka A.; RUTHERFORD, Brian; ROLLINS, Minna; NICKELL, David. Ethical climate and job satisfaction among organizational buyers: An empirical study. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v.30, n.8, p. 962–972. 2015. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JBIM-03-2014-0047/full/html?skipTracking=true>
- ANDRADE, Ana Karina Pereira de; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde, subjetividade e trabalho na estratégia saúde da família fluvial no interior do Amazonas: uma análise Dejouriana. **RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem-estar**. V.5, n.2, p. 307-33, 2019 [acesso 2021 out. 30]. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/rech/article/view/6823/4812>
- ANTONIETTI, Laura; ESANDI, Maria Eugenia, DURÉ, Isabel; CHO, Malhi; ORTIZ, Zulma. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales. **Rev Panam Salud Publica**. V.44, p. e111, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52708>
- ASGARI, Sharareh; SHAFIPOUR, Vida, TARAGHI, Zohreh; YAZDANI-CHARATI, Jamshid. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. **Nurs Ethics**. V.26, n.2, p. 346-356, 2019 [acesso 2021 dez.. 13]. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017712083?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
- Atlas.ti Scientific Software Development versão 9.0.24**. Alemanha: Thomas Muhr, Jörg Hecker, 2021.

BACURAU, Francisco Rodrigo Sales; MELO NETO, Alexandre José; AGUIAR, Fernanda Burle; HIRSCH-MONTEIRO, Cristine. Qualidade de vida de trabalhadores de Unidades Saúde da Família. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA*. v.5, n.2, p. 127-140, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5043/pdf_32

BARROS, A. M.; RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; BRITO, M. J. M.; RENNO, H. M. S.; ROCHA, J.M. The moral deliberation process of college nursing professors in view of moral distress. *Nurse education today*., v.73, p.71 - 76, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30530138/>

BARTH, Priscila Orlandi; RAMOS, Flávia Regina Souza; BARLEM, Edson Luis Devos; DALMOLIN, Grazielle de Lima; SCHNEIDER, Dulcinéia G. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. V.26, p. e3010, 2018. [Access 10/10/2019]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gGDCypZcgWXqrgjNk4qJnPp/?lang=en>

BARTH, Priscila Orlandi; RAMOS, Flávia Regina Souza; BARLEM, Edson Luis Devos; RENNÓ, Heloíza Maria Siqueira; BREHMER, Laura Cavalcanti Farias, ROCHA, Jéssica Mendes. Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. *Rev Bras Enferm* [Internet]. V.72, n.1, p. 35-42, 2019 [acesso 24 out. 2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/0034-7167-reben-72-01-0035.pdf>

BATISTA, Mitlene Kaline Bernardo; QUIRINO, Túlio Romero Lopes; SILVA, Maria Vanessa. Violence against children in primary health care: a matrix support proposal. *Mudanças* [online]. v.28, n.2, p. 35-42, 2020 [acesso 2022 abr. 20]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n2/v28n2a05.pdf>

BORBA, Kátia Pereira; *et al.* Ética e promoção da saúde sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. N.35, 2021[cited 2021 set. 16]. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116>

BORDIN, Danielle; *et al.* Relationship between empathy and quality of life: a study with primary health care professionals. *Reme – rev min enferm*. V.23, p. e-1253, 2019 [cited 2022 April 20]. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1399/en_1253.pdf

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: [lei orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil precisa criar protocolos para tratamento da síndrome pós-COVID-19**. 2022. Acesso em 18 de mar. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/brasil-precisa-criar-protocolos-para-tratamento-da-sindrome-pos-covid-19/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. DATA-SUS Ananindeua. 2019. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS Nº 580, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União Nº 135, 16 de julho de 2018, seção 1, página 55. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/do1-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 165, Seção I, p. 46-51, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20e%20da%20Trabalhadora.&text=Considerando%20a%20necessidade%20da%20defini%C3%A7%C3%A3o,Art

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 nov. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão do exercício de 2017 apresentado aos órgãos de controle interno e externo**. Portaria-TCU Nº 65, de 28 de fevereiro de 2018. 1458 p. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F61E310210161E6CD5C624005>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51 p.

BRAUN, Virginia & CLARKE, Victoria. Tamanho único: O que conta como prática de qualidade na análise temática (reflexiva)? **Qualitative Research in Psychology**, v.18, n.3, p. 328-352, 2021. DOI: 10.1080/14780887.2020.1769238

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3, n.2, p.77-101, 2006 [Acesso 15 de jun. 2021]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

BRESOLIN, Keberson. Rachels: Elementos da Filosofia Moral. **Rev Conjectura**, v. 16, n. 1, jan./abr. 2011. Disponível em: <https://www.anpof.org/periodicos/conjectura-filosofia-e-educacao/leitura/698/25390>

BRISTOT, Renato Belletini, CERETTA, Luciane Bisognin; SORATTO, Maria Tereza. Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. **Enfermagem Brasil**. 2017[acesso em 10 dez. 2021]:16(1). Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/899/1854> DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v16i1.899>

BULCKE, Bo van Den; *et al.* Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. **Bmj Quality & Safety**, [s. l], v. 27, n. 10, p. 781-789, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475979/>

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. V. 41, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/5xtwTHrPRxzysVTsfsCQ3Tp/abstract/?lang=pt>

CATTANI, Ariane Naidon; *et al.* Trabalho noturno, qualidade do sono e adoecimento de trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 34, p. eAPE00843. 2021 [Acessado 25 nov. 2022]. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/trabalho-noturno-qualidade-do-sono-e-adoecimento-de-trabalhadores-de-enfermagem/>

Center for Ethics and Human Rights (ANA), 2021 [Internet]. **Nurses' Professional Responsibility to Promote Ethical Practice Environments**. [cited 2021 April 12]. Available from: <https://www.nursingworld.org/~4ab6e6/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/nursing-practice/nurses-professional-responsibility-to-promote-ethical-practice-environments-2021-final.pdf>

CHAUI, Marilena. **Iniciação à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2013.

CHENG, Meng-Yu; WANG, Lei. The mediating effect of ethical climate on the relationship between paternalistic leadership and team identification: A team-level analysis in the Chinese context. **Journal of Business Ethics**, v.129, n.3, p. 639–654, 2015 [acesso 25 out. 2019]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10551-014-2189-5>

CLARKE, V. (2018) [cited 2021 Jun 17]. **Thematic analysis: What is it, when is it useful, & what does “best practice” look like?** [Vídeo]. Recuperado de <https://youtu.be/5zFcC10vOVY>

CONSTANTINA, Cloconi; PAPASTAVROU, Evridiki; CHARALAMBOUS, Andreas. ‘Cancer nurses’ perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus’, **Nursing Ethics**. v.26, n.6, p. 1805–1821, 2019 [acess 2021 Dec. 13]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/metrics/10.1177/0969733018769358>

CRESWELL, John W. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Coleção Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CULLEN; John B; VICTOR, Bart; BRONSON, James W. The ethical climate questionnaire: An assessment of its developments and validity. **Psychological Reports**, v.73, p. 667-674, 1993. [acesso 22 ago. 2019] Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1993.73.2.667?journalCode=prxa>

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo *et al.* (org.). **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017. 23 p.

DALMOLIN, G. de L.; LANES, T.C.; BERNARDI, C.M.S.; RAMOS, F.R.S. Conceptual framework for the ethical climate in health professionals. **Nursing Ethics**. V.29, n.5, p. 1174-1185, 2022. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09697330221075741?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

DE BORBA, Kátia Pereira; *et al.* Ética e promoção da saúde sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, 2021 [acesso 25 nov. 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116>

DEJOURS, Christophe. **Inteligência prática e sabedoria prática**: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: Lancman, Selma & Sznelwar, Laerte Idal. Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro/Brasília, Fiocruz/Paralelo 15, 2005.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev Produção**, v.14; n. 3; p. 27-34, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmkqdWHd6sh7Jsmq/?lang=pt>
DEJOURS, Christophe. Trabalhar não é interrogar. **Rev Laboreal**. v. 7; n. 1, p. 76-80, 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/8354>

DIAZ, Paola Silva; RAMOS, Flávia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; BARTH, Priscila Orlandi; ROCHA, Jéssica Mendes; MELO, Thayse A. Palhano; MADUREIRA, L.E. **Construção do Marco Conceitual para a análise de ambientes saudáveis de trabalho na atenção primária**. In: Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, 2018, Florianópolis. 2668 p.

DINC, M. Sait; HURIC, Alma. The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia Stand Herzegovina. **Nurs Ethics**. V.24, n.8, p. 922-935, 2017. [acesso 2021 dez. 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26993501/>

DOURADO, João Victor Lira; *et al.* Ethical problems experienced by nurses in the Family Health Strategy. **Revista Bioética** [online]. V.28, n.2, p. 356-64, 2020 [acesso 2022 abr. 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FC3wgg3B8frF4nnx3gV4k7w/?format=pdf&lang=en>

DRAGO, Laila Crespo; RAMOS, Flávia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcante De Farias; SILVEIRA, Luciana Ramos; BRITO, Maria José Menezes. Nurse managers' moral suffering in a university hospital. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v.12, p.1074 - 1080, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7776>

DUPAS, Gilberto, **Ética e poder na sociedade da informação**: de como a autonomia das novas tecnologias obriga a rever o mito do progresso. 3 ed. Ed. UNESP, 2011. 135p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/syjZBc3hdzL6dGvbQCtSHdv/?lang=pt>

DZENG, Elizabeth; CURTIS, J Randall. Understanding ethical climate, moral distress, and burnout: a novel tool and a conceptual framework. **BMJ Qual Saf**. N.27, p. 766–770, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6540991/>

FARIAS, Eliana Marília. **O diálogo entre as intersubjetividades na saúde**. In: LEOPARDI, Maria Tereza. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Ed. Papa Livros, 1999. 176p.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021[cited 2021 Ago. 6];19: e00321153. Available from:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=pdf&lang=pt>

FERREIRA, Marcelo Marques; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná. **R. Saúde Públ.** 2018 [cited 2021 Out. 18];1(2):101-09. Disponível em:
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/56/34>

FETTERS, Michael D; CURRY, Leslie A; CRESWELL, John W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Serv Res.** V.48, n.6, Pt 2, p.2134-56, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097839/>

FINKLER, Mirelle; *et al.* Ethical education of health professionals: the contributions of na interprofessional experience. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [online]. N.25, p. e210096, 2021[cited 2022 April 20]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/rKdBhNN47rF7xdqSJWbRYSr/abstract/?lang=pt&format=html>

GOMES, Andréa Patrícia; *et al.* Secrecy, confidentiality and privacy: educational perspectives in the Family Health Strategy. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília.; v.14, n.2), p. 121-35, 2020 [cited 2022 April 12]. Available from:
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2796/2060>

GRACE, Pamela. Enhancing Nurse Moral Agency: The Leadership Promise of Doctor of Nursing Practice Preparation. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.** V.23, n.1, p. Manuscript 4. 2018. [access 2022 April 12]; Disponível em:
<https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-23-2018/number-1-january-2018/enhancing-nurse-moral-agency/>

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. n.19, p. e00305137, 2021 [acesso 2021 ago. 06]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/VqhBxrX6GWp7LhbNLPWWxYH/>

HANLON, Niall. Professional caring in affective services: the ambivalence of emotional nurture in practice. **European Journal of Social Work.** 2021:1-13. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2021.1997925>

HARRISON, ROBERT L.; REILLY, TIMOTHY M.; Creswell, John W. (2020). Methodological Rigor in Mixed Methods: An Application in Management Studies. **Journal of Mixed Methods Research**, (), 155868981990058–. doi:10.1177/1558689819900585
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/338997993_Methodological_Rigor_in_Mixed_Methods_An_Application_in_Management_Studies

HASHIZUME, Cristina Miyuki. A precarização do trabalho e a subjetividade do trabalhador. **Rev Psico, Diversidade e Saúde**. V.6, n.2, p. 64-65, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1378/883>

HUMPHRIES, Anne; WOODS, Martin. A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. **Nursing Ethics**. Vol. 23, n.3, p. 265–276, 2016 [acesso 20 ago. 2019]. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733014564101?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

IBGE. **Estimativas da população residente Ananindeua**: com data de referência 1o de julho de 2018. Diretoria de Pesquisas - Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/anandindeua/panorama> acesso em 15 de abril de 2019.

IBGE. **População e Densidade demográfica Ananindeua**. Censo Demográfico 2010. Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/anandindeua/panorama> acesso em 15 de abril de 2019.
IBM Corp. Released 2017. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

JUNGES, José Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; PATUSSI, Marcos Paschoal; SCHAEFER, Rafaela; DELLA NORA, Carlise Rigon. Construção e validação do instrumento «Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde». **Rev. bioét.** (Impr.). v.22, n.2, p. 309-17, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222012>

LANES, Taís C.; *et al.* Evaluation of ethical climate in health services: a systematic review. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 718-729, dez. 2020 [acesso 22 nov. 2022]. **FapUNIFESP** (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qfXhRthZ6M9MSj7XY47RVxH/?format=pdf&lang=en>

LEE, Stacy H.; HA-BROOKSHIRE, Jung. Ethical climate and job attitude in fashion retail employees' turnover intention and perceived organizational sustainability performance: A cross-sectional study. **Sustainability**. V.9, n.3, p. 1–19, 2017 [acesso 25 out. 2019] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315501549_Ethical_Climate_and_Job_Attitude_in_Fashion_Retail_Employees'_Turnover_Intention_and_Perceived_Organizational_Sustainability_Performance_A_Cross-Sectional_Study

LEITE, Caroline do Nascimento; *et al.* Violence in the Family Health Strategy: risks to workers' health and care. **Rev enferm UERJ**. N.28, p. e45789, 2020 [cited 2021 out. 22]. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/45789/35746>

LEOPARDI, Maria Tereza. **A vida do trabalhador como centralidade do trabalho**. In: LEOPARDI, Maria Tereza. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ed. Papa Livros, 1999. 176p. p. 49-55

LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ed. Papa Livros, 1999. 176p.

LHUILIER, Dominique; LACOMBLEZ, Marianne. Subjetividade e trabalho: entre mal-estar e bem-estar: Apresentação do dossier. **Laboreal** [Online]. V.15, n.2, 2019 [cited 2021 Out.30]. Available from: <http://journals.openedition.org/laboreal/15294>

LIMA, Everton. **Estudo aponta trabalhadores da saúde mais expostos à Covid-19**. Portal Fiocruz. Acesso em 18 mar. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-trabalhadores-da-saude-mais-expostos-covid-19>

LORENZINI, Eliziane. **Estratégias de combinação e integração – rigor metodológico**. 2020. Pesquisa de métodos mistos em enfermagem e saúde. Disponível em: <https://youtu.be/ovgvLpCloXY>

LUCCA, Sérgio Roberto de. Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade. **Rev Laborativa**, v. 6, n. 1 (especial), p. 147-159, 2017. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

LUNARDI, Valéria Lerch et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.4 [cited 2019-10-10], pp.599-603. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nVsxDRB4DnGTDpmX8r8YBpv/abstract/?lang=pt>

MACHADO, Gilmar Antonio Batista; DIAS, Bruna Moreno; SILVA, Jean José; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmem Silva. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paul Enferm.** N.34, p. eAPE00973, 2021 [acesso 2021 ago. 6]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zH64QjdJHyKjYRGMky7h9j/>

MADUREIRA PEREIRA, Lenna Eloisa; RAMOS, Flavia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; DIAZ, Paola da Silva. Ambiente de trabalho saudável na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. baiana enferm.** [Internet]. 26º de novembro de 2021 [citado 14º de novembro de 2022];36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>

MARIN, Juliana; RIBEIRO, Carlos Dimas Marin. Ways of acting in conflict resolution in primary health care. **Revista Bioética** [online]. V.29, n.2, p. 354-362, 2021 [cited 2022 April 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/6hrSCvxDzrvMdRhXB6xj8xz/?format=pdf&lang=en>

MARQUES, Renato F.R.; GRAEFF, B. Análise Temática Reflexiva: interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte. **Motricidades**. v. 6, n. 2, p. 115-130, 2022. Disponível em: <https://www.motricidades.org/journal/index.php/journal/article/view/2594-6463-2022-v6-n2-p115-130>

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 17 dezembro 2022], pp. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Atenção Primária em Saúde**. In: PEREIRA I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MATTOZINHO, Fabíola de Campos; FREITAS, Genival Fernandes. Tipos penais no exercício profissional de enfermagem: abordagem quantitativa. **Acta Paul Enferm.** N.34, p. eAPE00221, 2021[cited 2021 Sep. 16]. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cQwTH5tFvPFWQHxbHv7ftQd/>

MEEKER, Mary Ann; WHITE, Dianne. Transition to comfort-focused care: Moral agency of acute care nurses. **Nurs Ethics.** 2021 [acesso 2022 abr. 20];28(4):529-42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34085584/>

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida; SANTANA, Leni de L; PIZZOLATO, Aline C; SAQUIS, Leila Maria M. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. **Cogitare enferm.** [Internet]. N.25, 2020 [acesso em 13 out 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1096018/4-72702-v25-en.pdf>

MOREIRA, I. J. B. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016 [acesso 25 nov. 2022]. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/967>

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018 [acesso 01 out. 2019] disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 222p.

NOGUEIRA, L.S.M.; OLIVEIRA, P.T.R.; BELLOC, M.M. Safety and Health at Work and Ethical Suffering. **Rev. NUFEN** v.12, n.2, p. 41-61, 2020 [cited 2022 April 18]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000200004&lng=pt&nrm=iso

NUMMINEM, Olivia; LEINO-KILPI, Helena; ISOAHO, Hannu; MERETOJA, Riitta. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses’ perceptions. **Nursing Ethics** Vol. 22, n.8, p. 845–859, 2015 [acesso 20 ago. 2019].

NUNES, Ana Carolina Bornhaussen; PIRES, Denise Elvira Pires de; MACHADO, Rosani Ramos. Satisfaction and dissatisfaction in the work of managers in the family health strategy. **Cogitare enferm.** [Internet]. N.25, 2020 [cited 2021 out. 27]. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61440/pdf_en

OGATA, Alberto José Niituma. Promoção da Saúde no Ambiente de Trabalho. Conferência Pan-americana de Saúde do Trabalhador e Ambiental. **Rev Bras Med Trab.** V.16, Suppl.1, p. 1-44, 2018 [cited 2022 abril 18]. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v16s1a22.pdf>

OLIVEIRA, J. L. C. de., MAGALHÃES, A. M. M. de, MATSUDA, L. M., SANTOS, J. L. G. dos, SOUTO, R. Q., RIBOLDI, C. de O., & ROSS, R. Mixed methods appraisal tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 30(Texto contexto - enferm., 2021 30). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0603>

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; MATSUDA, Laura Misue. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, p. e0560017, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MgZqzF7DmdTKhJrZk7QDSJQ/abstract/?lang=en>

OLIVEIRA, Marco Aurélio Caetano. **Agentes Morais**. Matéria de Filosofia do site InfoEscola. 2012. Disponível em: <https://www.infoescola.com/filosofia/agentes-morais/> acesso em 10 de maio de 2019.

OLIVEIRA, Maria Mônica; FIGUEROA PEDRAZA, Dixis. Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy. **Saúde debate**. V.43. n.122, p.765-79, 2019.

OLIVEIRA, Roberta Alamonica; OLIVEIRA, Simone Santos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Uma proposta de dispositivo de vigilância em saúde do trabalhador para o serviço público à partir da atividade. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana. V.6, n.1, p. 31-37, 2016.

OLSON, L. Hospital nurses’ perceptions of the ethical climate of their work setting. *Dissertation Abstr Int* 1995; 56(5):2563. Disponível em: https://indigo.uic.edu/articles/thesis/Hospital_nurses_perceptions_of_the_ethical_climate_of_their_work_setting_/10937078

OLSON, L.L. Hospital nurses’ perceptions of the ethical climate of their work setting. **J Nurs Scholarship** v.30, n.4, p. 345–349, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9866295/>

Organização Internacional do Trabalho HealthWISE – **Melhoria do trabalho nos serviços de saúde**: manual de ação Brasília, Organização Internacional do Trabalho; 2014. 176 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf;jsessionid=0BC2C708867F5B7F943AB83AB0E2A5E0?sequence=4

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis**: um modelo para a ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI, 2010. 26p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cinco chaves para Ambientes de Trabalho Saudáveis**: Não há riqueza nos Negócios Sem a Saúde dos Trabalhadores. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de ação sobre a saúde dos Trabalhadores 2015-2025**. Washington: 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33985/CD54_10Rev.1-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS**, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. 222p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2010**: Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura Universal. Genebra: OMS, 2010. 143p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Washington: Opas, 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>

ORSI, Carlos. **Escolha sua anomalia**. Instituto Questão de Ciência. 2021 [acesso em 2021 jul 11] Disponível em: <https://www.revistaquestaoodeciencia.com.br/apocalipse-now/2021/07/10/escolha-sua-anomalia>

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PARAIZO, Claudia Borges e BÉGIN, Luc. **Ética organizacional em ambientes de saúde. Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 1 [Acessado 13 Dezembro 2021] , pp.

251-259. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/CXLkdYZNzswNhxsfNHVsxwC/?format=pdf&lang=pt>

PEREIRA, Alexandre Severino; CUNHA, Cristianne Pereira; POMPEU, Júlio Cesar. Influência do clima ético sobre o comprometimento organizacional dos servidores de uma universidade federal. *Estudos do Cepe*, Santa Cruz do Sul, n. 43, p. 49, 10 jan. 2016. **APESC** - Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cepe/article/view/6462>

PERUZZO, Hellen Emília; SILVA, Eraldo Schunk; BATISTA, Vanessa Carla; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço; PERES, Aida Maris; MARCON, Sonia Silva. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm.** 2019;72(3):721-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BBp9cDLRBtdXcxdTccJrL3q/abstract/?lang=pt&format=html>

PIERUCCI, Antônio Flávio (trad.). **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo** / Max Weber; tradução José Marcos Mariani de Macedo; revisão técnica, edição de texto, apresentação, glossário, correspondência vocabular e índice remissivo — São Paulo : Companhia das Letras, 2004. 170p.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2 ed. São Paulo: CUT, 2008 83p.

PIRES, Denise; *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. N.24, p. e2677, 2016. [acesso 20 dez. 2019]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FnLzXDCBdWRpPSvrN4mMBCz/?format=pdf&lang=pt>

PLANO CLARK, Vicki L. & IVANKOVA, Nataliya. V. (2015). **Mixed methods research: A guide to the field**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 489p.

QUEIROZ, Aline Macedo et al. O ‘NOVO’ da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? **Acta Paul Enferm.** N.34, p. eAPE02523, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QGVBNdKmpTrkYf6RRJ6ZRDC/>

RACHELS, James. **Os elementos da filosofia moral** [recurso eletrônico] / James Rachels, Stuart Rachels; tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 7. ed. Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013. Disponível em <https://www.academia.edu/35054599/Livro_1_Os_Elementos_da_Filosofia_Moral_James_Rachels>

RACHELS, James; RACHELS, Stuart. **The elements of moral philosophy**. 3rd ed. Boston: McGraw-Hill; 1999. 225p.

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P. O.; BRITO, M. J. M.; CARAM, C. S.; SILVEIRA, Luciana Ramos; BREHMER, L. C. F. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. **Acta Paulista de Enfermagem.**, v.32, p.406 - 415, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qJPnm6W9DVqj37M8b3sFJPpy/?lang=en>

RAMOS, F. R. S.; BARTH, P.; BREHMER, L. C. F.; DALMOLIN, GRAZIELE DE LIMA; SCHNEIDER, D. G. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. **Revista da escola de enfermagem da USP.**, v.54, p.e035578 -, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/ySMWCWzh4g5hVz9pvPtjC6M/?lang=en>

RAMOS, F. R. S.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; BARLEN, E. L. D.; SCAPIN, S. Q.; SCHNEIDER, A. M. M. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. **REVISTA ENFERMAGEM UERJ.**, v.25, p.1 - 5, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/22646/24469>

RAMOS, F.R.S. *et al.* **Ambientes saudáveis e Ambientes favoráveis de prática** - proposição de instrumentos de análise para o trabalho em Saúde. Projeto CNPQ. Programa de Pós-graduação em enfermagem UFSC, 2018. 49p.

RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D.; DALMOLIN, G.L.; BRITO, M.J.M.; VARGAS, M.A. O.; SCHNEIDER, D.G.; BREHMER, L.C.F. Validation of the brazilian moral distress scale in nurses. **Journal Of Nursing Measurement.**, V.27, P.335 - 357, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TBZynQHDW8b877fYSDVcK9h/?format=pdf&lang=en>

RAMOS, Flávia Regina Souza, *et al.* **Ambientes de trabalho em saúde e ergologia** – articulações conceituais produtivas. In: V Congresso da Sociedade Internacional de Ergologia Trabalho, Patrimônio e Desenvolvimentos, 5, 2021, Porto (Portugal), Anais (on-line) Porto: Universidade do Porto, 2021 [acesso 2022 fev. 23]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/133713/2/464400.pdf>

RAMOS, Flávia Regina Souza. **Quem produz e a quem o trabalho produz?** In: LEOPARDI, Maria Tereza. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ed. Papa Livros, 1999. 176p. [p.105-120].

RAMOS, Flávia Regina Souza; BARLEM, Edison Luis Devos; BRITO, Maria José Menezes; VARGAS, Mara Ambrosina; SCHNEIDER, Dulcineia Ghizoni; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto.** (Ufsc Impresso); V.25, P.E4460015, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BQV84m5ZvGhCNwqphSdnstb/abstract/?lang=pt>

RAMOS, Flávia Regina Souza; BARLEM, Edison Luis Devos; BRITO, Maria José Menezes; Vargas, Mara Ambrosina De Oliveira; Schneider, Dulcineia Ghizoni; Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros - um estudo metodológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, V.26, P.E0990017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TBZynQHDW8b877fYSDVcK9h/?lang=pt>

RAMOS, Flavia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; DALMOLIN, Grazielle de Lima; SILVEIRA, Luciana Ramos; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v.28, p.e3332 -, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CpMgPzRhWkTJLs7qdBPDPJN/?format=pdf&lang=en>

RAMOS, Flávia Regina Souza; *et al.* The discourse of ethics in nursing education: experience and reflections of Brazilian teachers – case study. **Nurse Education Today.** 2013 [cited 2021 Oct. 18]; 33 (10):1124-1129. Available from:

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917\(12\)00408-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917(12)00408-X)

RATHERT, Cheryl; MAY, Douglas R.; CHUNG, Hye Sook. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. **International Journal of Nursing Studies**, v.53, p. 39–49, 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915003089?via%3Dihub>

REFRANDE, Neusa Aparecida; *et al.* Original article resignifying care through the perception of the health team working in airports and airplanes. **Cogitare Enfermagem.** V.26, n.1, p. 1-9, 2021 [acesso 2022 abr. 20]. Disponível em:

https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/70130/pdf_en

REGO, Arménio. Climas éticos organizacionais: validação do constructo a dois níveis de análise. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 69-106, 2001 [acesso 11 dez. 2021]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v1n1/v1n1a04.pdf>

RIBEIRO, Patrícia Emanuele Cruz Dias; PORTO, Juliana Barreiros; PUENTE-PALACIOS, Katia; RESENDE, Marília Mesquita. Clima Ético nas Organizações: Evidências de Validade de uma Escala de Medida. **Temas em Psicologia.** V. 24, n.2, p. 415-425, 2016. doi: 10.9788/TP2016.2-02. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a02.pdf>

RITTENMEYER, Leslie; HUFFMAN, Dolores. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. **JBI library of systematic reviews**, v.7, n.28, p. 1234–1291. DOI: <https://doi.org/10.11124/01938924-200907280-00001>

ROBICHAUX, Catherine; GRACE, Pamela; BARTLETT, Jennifer; STOKES, Felicia; LEWIS, Mileva Saulo; TURNER, Martha. Ethics Education for Nurses: Foundations for an Integrated Curriculum. **J Nurs Educ.** 2022 [acesso 2022 abr. 20]. Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/pdf/10.3928/01484834-20220109-02>

RODRIGUES, Priscila Françoise; BELLINI, Maria Isabel Barros. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. **Texto & Contexto.** Vol. 9, n. 2, p. 345-357, 2010. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7458/5794>

SÁ, Ubirajara. **Definição para construto**. Dicionário Informal [internet]. 2018. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/construto/>

SANTOS, José Luís Guedes dos, ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MEIRELLES, Betina Höner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino Melo Lanzoni; CUNHA, Viviane Pecini; ROSS, Ratchneewan. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, p. e1590016, 2017 [acesso 07 out. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt>

SANTOS, Tiago Veloso dos Santos. **Metrópole e Região na Amazônia**: trajetórias do planejamento e da gestão metropolitana em Belém, Manaus e São Luís. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2015, 276 f.

SCHUTZ, Thais C., *et al.* Fatores associados ao clima ético em ambiente hospitalar. *Research, Society And Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. 1-13, 2021 [acesso 02 mar. 2022]. **Research, Society and Development**. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12577/11334>

SEDOP. **Estudo de delimitação da região metropolitana de Belém**. Organizadores: Helena Lúcia Zagury Tourinho; Andréa de Cássia Lopes Pinheiro; Leonardo Augusto Lobato Bello. Belém: SEDOP, 2018. 172 p.

SELL, Ingeborg. **Projeto do trabalho humano**: melhorando as condições de trabalho. Ed. da UFSC, 2002. 469 p.

SEMAD. PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA. **Informações da Secretaria de Saúde de Ananindeua**. Disponível em <http://www.ananindeua.pa.gov.br/transparencia/> acesso em 29 de março de 2019.

Significado de Trabalho. Disponível em: <https://www.significados.com.br/trabalho/#:~:text=Trabalho%20%C3%A9%20um%20conjunto%20de,filosofia%2C%20na%20hist%C3%B3ria%2C%20etc.> Acessado em: 17 de dezembro de 2022.

SILVA, M.C. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe**: Team Climate Inventory no contexto das Atenção Primária à Saúde no Brasil. [Dissertation on the Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014 [cited 2019 ago. 22]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-30102014-165103/fr. Php>.

SILVA, M.R.; BARBOSA, M.A.S.; LIMA, L.G.B. Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos Em administração: explorando a análise temática. **RPCA**, Rio de Janeiro v. 14, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/pca/article/view/38405>

SILVA, Maria da Anunciação et al. **Diferentes olhares sobre o trabalho em enfermagem**. Cuiabá: EdUFMT, 2005. 190p.

SILVA, Valentina Barbosa da et al. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. **Cogitare Enfermagem** [online]. v. 26 [Acessado 25 nov. 2022], p. e71890, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/sbXLsqhFnbPDMhN6Hkhtqfm/>

SILVA-E-DUTRA, F.C.M.; BARCELOS, J.L.M.; KOSOSKI, E.; CAVALCANTI, A. Health needs analysis based on the functional assessment of workers seen in primary care. **Rev Bras Med Trab**. V.19, n.2, p. 122-31, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8447642/>

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca; *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 5, p. 1481-1490, 2016 [acesso 13 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D8DcdNyT4GLxR3L7SpSyZbt/abstract/?lang=pt#>

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 24, n. 1 [Acessado 13 Dezembro 2021], p. 113-128, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Pvxdg3vqg6GLZTj9v6YtyYr/?lang=pt#> DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100009>

SOARES, S.S.S. *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: paradigma da prosperidade ou reflexo do modelo neoliberal? **Rev baiana enferm**. n.35, p. e38745, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38745>

SORATTO, Jacks; *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 13 dezembro 2021], e2500016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>

SOUTO, R.Q. *et al.* Translation and cross-cultural adaptation of the mixed methods appraisal tool to the brazilian context / Tradução e adaptação transcultural do instrumento mixed methods appraisal tool ao contexto brasileiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 12, p. 510-516, 2020 [acesso 10 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8615>

SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Aquilas Nogueira; CHAVES, Alessandro Rodrigues. Trabalhadores da enfermagem: conquista da formalização, “dureza” do trabalho e dilemas da ação coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.25, n.1, p. 113-122, 2020 [acesso 2021 out. 18]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S8VGKWYWd5mjP6hPwFHm5BQ/?lang=pt>

SOUZA, Luciana Karine. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, 2019; 71(2): 51-67. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE, 2002. Brasília: EDITORA MS, 45p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf

SPINK, Mary Jane Paris *et al.* O Direito à Moradia: Reflexões sobre Habitabilidade e Dignidade. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2020, v. 40 [Acessado 21 Dezembro 2022], p. e207501. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003207501>

STRAUSS, Anselm. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

SZNELWAR, Laerte Idal *et al.* A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social: revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-30, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/Nhfd8gj8YmXzWjmDQqPHBjM/?format=pdf&lang=pt>

TAQUETTE, Stella R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Investigação Qualitativa em Saúde. **Atas CIAIQ** v. 2, p. 524-33, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/790/777>

TEI-TOMINAGA, Maki & NAKANISHI, Mihar. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. **Environ Health Prev Med**. V.25, n.24, p. 1-10, 2020.

TREVIÑO, Linda Klebe; DEN NIEUWENBOER, Niki. A.; KISH-GEPHART, Jennifer. J. (2014). (Un)ethical behavior in organizations. **Annual Review of Psychology**, n.65, p. 635–660. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-113011-143745>

VALLEGAS, Alessandra Branco; SOUZA, Ândrea Cardoso de; SANCHES, Livia dos Santos; ALVES, Livia Alencar. Permanent health education in the work process of community health workers. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. e129942962, 2020 [acesso 25 nov. 2022]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2962>

VAN DEN BULCKE, Bo; *et al.* Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. **Intensive care med**. n.46, p. 46–56, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6954133/>

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz; SILVA, Doane Martins; ALVES, Marília. Cultura organizacional no trabalho da Enfermagem: influências na adesão às práticas de

qualidade e segurança. **REME** - Rev Min Enferm. V.24, p. e-1330, 2020 [acesso 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1330.pdf>

VICTOR, Bart; CULLEN, John B. The Organizational Bases Of Ethical Work Climates **Administrative Science Quarterly** v.33, n.1; p. 101,1988 [cited 2021 Dec. 13]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/228298420_The_Organizational_Bases_of_Ethical_Work_Climates

VIEIRA, Fernando Oliveira; GHIZONI, Liliam Deisy. Trabalho, subjetividade e contemporaneidade: confluência com o campo dos estudos organizacionais. **Farol** – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade. V.7, n.18, p. 20-36, 2020 [cited 2021 Out. 30]. Available from: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/5961>

WHITEHEAD, Phyllis B.; HERBERTSON, Robert K.; HAMRIC, Ann B.; EPSTEIN, Elizabeth G.; FISHER, Joan M. Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. **Journal of Nursing Scholarship**, v.47, n.2, p. 117–125, 2015. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12115>

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 313p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E CONSENTIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

(pg. 01 de 02)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) trabalhador (a), você foi convidado (a) para participar da pesquisa de Doutorado intitulada "Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde". Este estudo tem como objetivo analisar os ambientes favoráveis de trabalho na atenção primária em saúde no cenário amazônico, assim como suas dimensões intersubjetivas, além de discutir a relação do 'clima ético' e 'agência moral' no ambiente favorável de trabalho.

Trata-se de um estudo misto, com duas etapas de coleta de dados que está sendo desenvolvido por Lenna Eloisa Madureira Pereira, doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pelas professoras Dr^a Flávia Regina Ramos e Dr^a Laura Cavalcanti de Farias Brehmer.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de **ENTREVISTA na fase 1 e/ou Preenchimento de Instrumento Quantitativo na fase 2**. Solicitamos a sua colaboração, participando na etapa de entrevista, por possuir experiência de trabalho relacionada ao tema da presente pesquisa. As entrevistas serão feitas em local, data e horário que lhe for conveniente, e terá uma duração média de 40 minutos. Sua entrevista será gravada em áudio, para posterior transcrição e análise.

Para a fase 2, solicitamos sua participação no **preenchimento do instrumento quantitativo**, constituídos de escalas com fatores de análises. Após o período de coleta dos dados nas fases 1 e/ou 2, a pesquisadora vai construir um banco de dados, que será analisado e discutido com base nos referenciais teóricos, gerando o produto final: a tese de doutorado. Os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas, assim como há garantia do livre acesso às informações da pesquisa. Na remota possibilidade de quebra involuntária de sigilo (como perda ou roubo de documentos ou equipamentos) as consequências serão tratadas nos termos da lei. Materiais produzidos pela coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados. Sobre riscos e desconfortos: É possível que haja risco de conflitos pessoais (autoestima), alterações de visão de mundo. Para evitar esses desconfortos é garantido o anonimato de sua identificação. Por outro lado, os benefícios deste estudo são a longo prazo, no avanço de estudos na área de Ética, Trabalho e Saúde, aproximando a realidade de sua prática com o contexto geral da pesquisa. Significa desenvolver permanente estudos sobre o trabalho, saúde do trabalhador e ambientes saudáveis de trabalho. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo à priori, mas em casos atípicos, onde haja possíveis gastos (como transporte e alimentação) haverá ressarcimento por parte da pesquisadora. Este trabalho será realizado com recursos CAPES. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Neste estudo será preservada sua identidade e garantido seu sigilo. Preconiza-se a garantia de acompanhamento e assistência ao participante em todas as etapas da pesquisa, assim como indenização, caso haja algum dano de ordem material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

(pg. 01 de 02)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) trabalhador (a), você foi convidado (a) para participar da pesquisa de Doutorado intitulada "Ética e ambiente de trabalho na atenção primária em saúde". Este estudo tem como objetivo analisar os ambientes favoráveis de trabalho na atenção primária em saúde no cenário amazônico, assim como suas dimensões intersubjetivas, além de discutir a relação do 'clima ético' e 'agência moral' no ambiente favorável de trabalho.

Trata-se de um estudo misto, com duas etapas de coleta de dados que está sendo desenvolvido por Lenna Eloisa Madureira Pereira, doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pelas professoras Dr^a Flávia Regina Ramos e Dr^a Laura Cavalcanti de Farias Brehmer.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de **ENTREVISTA na fase 1 e/ou Preenchimento de Instrumento Quantitativo na fase 2**. Solicitamos a sua colaboração, participando na etapa de entrevista, por possuir experiência de trabalho relacionada ao tema da presente pesquisa. As entrevistas serão feitas em local, data e horário que lhe for conveniente, e terá uma duração média de 40 minutos. Sua entrevista será gravada em áudio, para posterior transcrição e análise.

Para a fase 2, solicitamos sua participação no **preenchimento do instrumento quantitativo**, constituídos de escalas com fatores de análises. Após o período de coleta dos dados nas fases 1 e/ou 2, a pesquisadora vai construir um banco de dados, que será analisado e discutido com base nos referenciais teóricos, gerando o produto final: a tese de doutorado. Os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas, assim como há garantia do livre acesso às informações da pesquisa. Na remota possibilidade de quebra involuntária de sigilo (como perda ou roubo de documentos ou equipamentos) as consequências serão tratadas nos termos da lei. Materiais produzidos pela coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados. Sobre riscos e desconfortos: É possível que haja risco de conflitos pessoais (autoestima), alterações de visão de mundo. Para evitar esses desconfortos é garantido o anonimato de sua identificação. Por outro lado, os benefícios deste estudo são a longo prazo, no avanço de estudos na área de Ética, Trabalho e Saúde, aproximando a realidade de sua prática com o contexto geral da pesquisa. Significa desenvolver permanente estudos sobre o trabalho, saúde do trabalhador e ambientes saudáveis de trabalho. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo à priori, mas em casos atípicos, onde haja possíveis gastos (como transporte e alimentação) haverá ressarcimento por parte da pesquisadora. Este trabalho será realizado com recursos CAPES. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Neste estudo será preservada sua identidade e garantido seu sigilo. Preconiza-se a garantia de acompanhamento e assistência ao participante em todas as etapas da pesquisa, assim como indenização, caso haja algum dano de ordem material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA FASE I

FASE 1- Instrumento Qualitativo

1- OBJETIVOS DA PESQUISA:

- a) Analisar os ambientes sob a ótica dos ambientes favoráveis de trabalho na atenção primária em saúde num cenário amazônico.
- b) Identificar a relação do 'clima ético' e 'agência moral' no ambiente favorável de trabalho.
- c) Discutir as dimensões intersubjetivas que compõem o ambiente favorável de trabalho na atenção primária em saúde.

ROTEIRO DA ENTREVISTA


QUESTÕES:

1. O que você considera um ambiente de trabalho saudável ou favorável para sua prática? Que elementos ou características deve ter um ambiente de trabalho para que seja saudável ou positivo para sua prática profissional? (ampliar para pessoais, relacionais, de gestão, de condições)
2. O que é para você um ambiente ético no trabalho?
3. Você identifica as características de um ambiente saudável no seu de trabalho? (Quais? Quais faltam)
4. Você identifica que no seu trabalho as condições de um ambiente ético
5. De que forma você, como profissional, contribui para um ambiente saudável e ético no seu trabalho? Você se percebe em condições para atuar nesse sentido? O que te limita?
6. E a equipe, como o trabalho da equipe contribui para um ambiente de trabalho saudável e ético? Existem situações limitantes na equipe? Como são essas situações?
7. O que você pensa que pode melhorar no ambiente de trabalho, aqui neste serviço?

GUIA PARA RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO DIRETA:

Relatar público-alvo do relatório e estratégias e formas de abordagem e comunicação utilizadas; tema abordado nas atividades; resultados das atividades;

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ON-LINE COM INVENTÁRIO DE CLIMA ÉTICO FASE 2



Pesquisa: "Ética e ambiente de trabalho na APS"- Questionário

Olá participante,
Esta é a FASE 2 da pesquisa "Ética e Ambiente de Trabalho na APS", integrando a pesquisa de Tese de Doutorado da Enf. Lenna Madureira, sob orientação da Profa. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos e Co-orientadora Profa. Dr^a. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

Os participantes são profissionais que já realizaram a etapa 1 (entrevista) ou àqueles que somente participarão desta segunda etapa.

A seguir, na segunda seção do formulário você poderá ler o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Sua concordância (ao final desta seção) é importante para o acesso ao questionário (mesmo que você já tenha assinado o TCLE impresso anteriormente). Nele garantimos que todos os seus direitos serão respeitados, inclusive o sigilo de seus dados. Caso queira, pode baixar o documento - clicando no link disponível.

Na terceira seção as questões se referem ao perfil do participante.

Na quarta seção está a Escala de Clima Ético nas Unidades de Saúde a ser respondida.

Por favor, preencha todos os campos. Sua contribuição é de fundamental importância para a construção deste estudo.

Próxima Página 1 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

1
Google Formulários

Na remota possibilidade de quebra involuntária de sigilo (como perda ou roubo de documentos ou equipamentos) as consequências serão tratadas nos termos da lei. Materiais produzidos pela coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados. Sobre riscos e desconfortos: É possível que haja risco de conflitos pessoais (autoestima), alterações de visão de mundo. Para evitar esses desconfortos é garantido o anonimato de sua identificação. Por outro lado, os benefícios deste estudo são a longo prazo, no avanço de estudos na área de Ética, Trabalho e Saúde, aproximando a realidade de sua prática com o contexto geral da pesquisa. Significa desenvolver permanente estudos sobre o trabalho, saúde do trabalhador e ambientes saudáveis de trabalho. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo à priori, mas em casos atípicos, onde haja possíveis gastos (como transporte e alimentação) haverá ressarcimento por parte da pesquisadora. Este trabalho será realizado com recursos CAPES. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Neste estudo será preservada sua identidade e garantido seu sigilo. Preconiza-se a garantia de acompanhamento e assistência ao participante em todas as etapas da pesquisa, assim como indenização, caso haja algum dano de ordem material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

A pesquisadora compromete-se a conduzir a pesquisa conforme exigido pelas Resoluções 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e recomendações dadas a este CEP pela própria Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Pesquisadora: Lenna Eloisa Madureira Pereira, residente na Avenida Perimetral, 514. Montese. Belém-PA. E-mail: lenna.madureira@gmail.com e contato: (91)992501999.

Disponível no link:

https://drive.google.com/file/d/1H5NNP9fY2DpmNe0vHm67H_xakNuAG5Rx/view?usp=sharing

Você concorda com o termo acima*?

- Sim
 Não

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Página 2 de 4

2

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários





Pesquisa: "Ética e ambiente de trabalho na APS"- Questionário

*Obrigatório

Perfil

Qual sua idade? *

Sua resposta

Identidade de gênero *

- Feminino
- Masculino
- Outros

Estado civil *

- Solteiro (a)
- Casado (a) / União estável
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

Possui filho(s)? *

- Sim
- Não

Mora em Ananindeua? *

- Sim
- Não

Qual era o seu nível de formação no tempo que você entrou no serviço de saúde? *

- Ensino fundamental
- Ensino médio/técnico
- Ensino superior

3



E hoje, qual formação você possui? *

- Ensino fundamental
- Ensino médio/técnico
- Ensino superior
- Pós-graduação

Quantos anos você tem de formado(a) na área? *

Sua resposta _____

Qual sua função na unidade de saúde? *

Sua resposta _____

Há quanto tempo você atua nessa função? (em anos) *

Sua resposta _____

Qual o tipo de vínculo empregatício nesta Unidade? *

- Efetivo (a) - concursado (a)
- Contratado (a)

Qual sua carga horária na unidade? *

- 6 horas diárias (30 horas semanais)
- 8 horas diárias (40 horas semanais)
- Mais de 8 horas semanais

Você fez algum curso de aperfeiçoamento profissional nos últimos anos? *

- Sim
- Não

Qual a natureza do curso (marcar a opção de maior grau feito) *

- Não fiz nenhum curso
- Capacitação (curto/médio tempo)
- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado

Quantos vínculos empregatícios você tem além da unidade de saúde? *

- Não tenho. Só trabalho aqui na unidade
- 1 vínculo
- 2 vínculos

4



Qual o tipo de vínculo empregatício nesta Unidade? *

- Efetivo (a) - concursado (a)
- Contratado (a)

Qual sua carga horária na unidade? *

- 6 horas diárias (30 horas semanais)
- 8 horas diárias (40 horas semanais)
- Mais de 8 horas semanais

Você fez algum curso de aperfeiçoamento profissional nos últimos anos? *

- Sim
- Não

Qual a natureza do curso (marcar a opção de maior grau feito) *

- Não fiz nenhum curso
- Capacitação (curto/médio tempo)
- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado

Quantos vínculos empregatícios você tem além da unidade de saúde? *

- Não tenho. Só trabalho aqui na unidade
- 1 vínculo
- 2 vínculos
- Mais de 2 vínculos

Você teve afastamento do seu serviço por doença ou acidente nos últimos 12 meses? *

- SIM
- NÃO

Se você respondeu SIM na questão anterior, informe o motivo e o tempo do afastamento

Sua resposta

5

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Página 3 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários





docs.google.com/forms

3



Pesquisa: "Ética e ambiente de trabalho na APS" - Questionário

***Obrigatório**

Escala de Clima Ético nas unidades de saúde

Nessa Escala há 19 frases afirmativas sobre clima ético nas unidades de saúde.

Por favor, leia as afirmações e informe o quanto elas são verdadeiras ou falsas na sua Unidade.

Sendo:

- 1 = Completamente falsa
- 2 = Na maior parte, é falsa
- 3 = É um pouco falsa
- 4 = É um pouco verdadeira
- 5 = Na maior parte, é verdadeira
- 6 = Completamente verdadeira

Você deve marcar a melhor alternativa de acordo com sua opinião, levando em consideração sua experiência e da equipe de trabalhadores no serviço.

Na unidade de saúde, as pessoas se preocupam com o bem de cada um dos outros. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

É muito importante seguir estritamente as regras e procedimentos da unidade de saúde. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

6



Neste serviço, cada pessoa, por si própria, decide o que acha correto e incorreto. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Neste serviço, as pessoas protegem, acima de tudo, os seus próprios interesses. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

O que importa neste serviço é o que cada pessoa considera certo ou errado. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

A preocupação mais importante do serviço é o bem de todas as pessoas que nela trabalham. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Espera-se que as pessoas cumpram, acima de tudo, as leis e as normas profissionais. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira



Espera-se aderência de todas as pessoas às normas e aos procedimentos organizacionais. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Na unidade de saúde, a nossa maior preocupação concentra-se no que é melhor para a outra pessoa. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Neste serviço, espera-se que as pessoas sigam estritamente as normas legais e profissionais. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

A nossa maior preocupação é o bem de todos os que trabalham nesta unidade de saúde. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Neste serviço, as pessoas guiam-se pela sua própria ética pessoal. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

8



9

Espera-se que as pessoas façam sempre o que é melhor para os clientes e o público. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

As pessoas deste serviço dão muita importância ao espírito de equipe. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

As pessoas desta unidade de saúde têm um forte sentido de responsabilidade perante a comunidade exterior/externa. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

As pessoas preocupam-se ativamente com os interesses dos clientes e do público. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

As pessoas preocupam-se muito com o que é globalmente melhor para os servidores. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira



- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

As pessoas preocupam-se muito com o que é globalmente melhor para os servidores. *


- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

A primeira preocupação nesta unidade de saúde é o que é bom para cada indivíduo. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Espera-se que cada pessoa seja bem tratada quando as decisões são tomadas. *

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Na maior parte, é falsa
- 3 - É um pouco falsa
- 4 - É um pouco verdadeira
- 5 - Na maior parte, é verdadeira
- 6 - Completamente verdadeira

Obrigada! Sua colaboração foi muito importante! Agora é clicar no botão ENVIAR  para que as respostas sejam submetidas no sistema de dados.

[Voltar](#)

[Enviar](#)

Página 4 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

10

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Fonte: Autora (2020-2023).

APÊNDICE D- FIGURAS COOC DOS QUATRO FATORES

Figura 14 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 1 (princípios e regras). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.

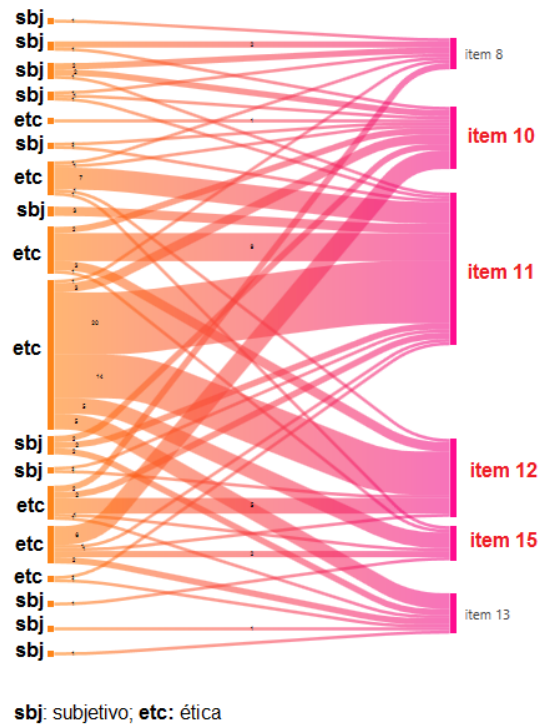


Figura 15 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 2 (benevolência). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.

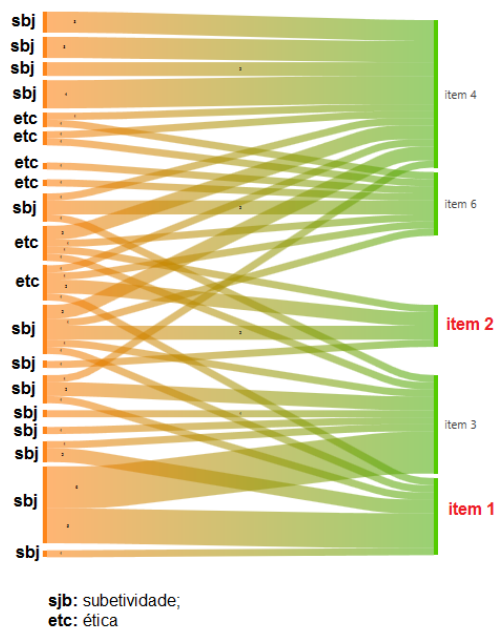


Figura 16 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 3 (independência e instrumentalismo). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.

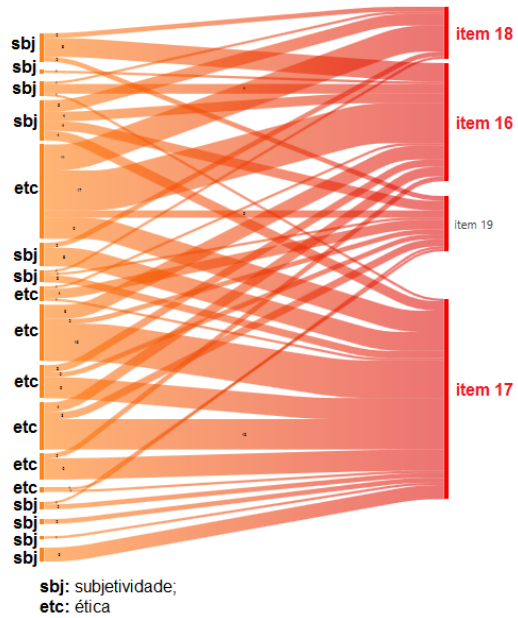
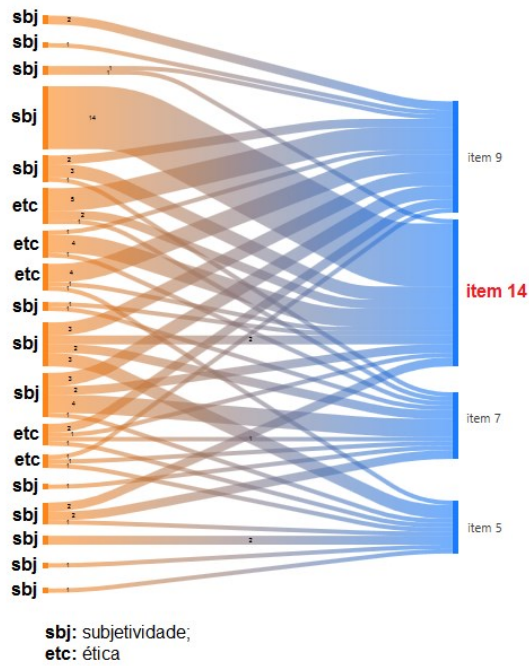


Figura 17 - Análise de coocorrência entre codes qualitativos e itens do fator 4 (responsabilidade social). Belém, PA, Brasil, 2021-2022.



APÊNDICE E – TABELA DE COMPARAÇÃO DE MÉDIAS

Comparação das médias dos fatores entre as categorias das variáveis estudadas

	Fator 1		Fator 2		Fator 3	
	média (DP) [n]	min - máx	média (DP) [n]	min - máx	média (DP) [n]	min - máx
Identidade de gênero						
Feminino (n=133)	34,2 (6,1)	10,5 - 45,6	30,1 (5,1)	7,0 - 38,2	5,6 (3,2)	-0,1 - 12,3
Masculino (n=37)	33,8 (4,9)	20,6 - 45,9	29,5 (4,6)	19,1 - 37,0	5,7 (2,9)	-0,4 - 11,8
P	0,715		0,552		0,837	
Estado civil						
Sem companheiro (n=86)	34,1 (6,4)	10,5 - 45,6	29,7 (5,4)	7,0 - 38,2	6,1 (3,0)	0,4 - 11,7
Com companheiro (n=84)	34,2 (5,3)	19,0 - 45,9	30,2 (4,5)	18,7 - 37,3	5,2 (3,3)	-0,4 - 12,3
P	0,904		0,558		0,082	
Possui filho(s)?						
Não (n=59)	33,1 (5,1)	19,0 - 45,6	29,5 (4,3)	19,1 - 35,7	5,2 (3,0)	-0,4 - 11,4
Sim (n=111)	34,7 (6,2)	6,2 - 10,5	30,2 (5,3)	5,3 - 7,0	5,9 (3,2)	3,2 - -0,1
P	0,102		0,417		0,173	
Mora em Ananindeua?						
Não (n=42)	34,3 (4,5)	23,8 - 42,8	30,6 (4,1)	19,8 - 37,3	4,7 (2,8)	0,3 - 11,4
Sim (n=128)	34,0 (6,2)	10,5 - 45,9	29,7 (5,3)	7,0 - 38,2	6,0 (3,2)	-0,4 - 12,3
P	0,792		0,333		0,030	
Qual era o seu nível de formação no tempo que você entrou no serviço de saúde?						
Ensino fundamental (n=5)	35,1 (7,7)	22,4 - 42,5	30,0 (7,5)	17,5 - 37,0	6,4 (2,6)	2,6 - 8,6
Ensino médio/técnico (n=104)	34,7 (5,7)	20,0 - 45,9	30,3 (4,7)	15,4 - 38,2	5,8 (3,3)	0,1 - 12,3
Ensino superior (n=61)	33,0 (5,8)	10,5 - 42,8	29,4 (5,2)	7,0 - 37,3	5,3 (2,9)	-0,4 - 10,6
P	0,209		0,499		0,549	
E hoje, qual formação você possui?						
Ensino fundamental (n=2)	32,4 (14,2)	22,4 - 42,5	27,3 (13,7)	17,5 - 37,0	5,2 (3,7)	2,6 - 7,8
Ensino médio/técnico (n=71)	35,5 (5,5)	21,5 - 45,9	30,8 (4,6)	15,4 - 38,2	5,8 (3,2)	0,1 - 11,8
Ensino superior (n=53)	32,6 (5,2)	20,0 - 41,0	29,0 (4,5)	18,7 - 35,5	5,5 (3,1)	-0,4 - 12,3
Pós-graduação (n=44)	33,8 (6,4)	10,5 - 43,7	29,8 (5,7)	7,0 - 37,3	5,5 (3,1)	-0,1 - 11,7
P	0,08		0,124		0,927	
Função arrumada						
ACS (n=76)	34,1 (5,9)	20,0 - 45,6	29,9 (4,9)	17,5 - 38,2	5,7 (3,2)	-0,4 - 12,3
ADM (n=18)	34,5 (5,6)	25,3 - 44,5	29,4 (5,1)	20,5 - 36,3	6,0 (3,5)	0,3 - 11,4
ENF (n=17)	32,3 (7,9)	10,5 - 41,3	28,9 (7,3)	7,0 - 36,7	5,1 (2,9)	0,6 - 9,7
MED (n=11)	35,2 (4,6)	23,6 - 39,4	31,1 (2,8)	24,0 - 33,5	5,1 (1,9)	1,1 - 7,7
Profissionais de nível superior (n=16)	33,2 (5,3)	25,0 - 42,8	29,5 (4,8)	21,0 - 37,3	5,3 (3,1)	-0,1 - 9,0
Serviços gerais (n=6)	35,0 (6,6)	26,8 - 45,9	31,2 (3,8)	25,1 - 35,8	6,0 (3,2)	2,0 - 11,8
Técnicos e auxiliares (n=25)	34,8 (5,3)	21,5 - 44,0	30,5 (5,0)	15,4 - 37,5	5,9 (3,6)	0,3 - 11,7
P	0,808		0,930		0,981	
Qual o tipo de vínculo empregatício nesta Unidade?						
Contratado (a) (n=63)	34,8 (5,4)	21,5 - 45,9	30,2 (4,5)	15,4 - 37,5	6,2 (3,1)	0,3 - 11,8
Efetivo (a) - concursado (a) (n=107)	33,7 (6,1)	10,5 - 45,6	29,8 (5,3)	7,0 - 38,2	5,3 (3,1)	-0,4 - 12,3
P	0,223		0,606		0,095	
Qual sua carga horária na unidade?						

6 horas diárias (30 horas semanais)	33,7 (5,8)	10,5 - 45,9	29,4 (5,2)	7,0 - 36,4	5,8 (3,2)	-0,1 - 11,8
8 horas diárias (40 horas semanais)	34,3 (5,9)	19,0 - 45,6	30,2 (4,9)	15,4 - 38,2	5,6 (3,1)	-0,4 - 12,3
P	0,52		0,332		0,594	
Você fez algum curso de aperfeiçoamento profissional nos últimos anos?						
Não (n=50)	33,7 (5,8)	10,5 - 45,9	29,4 (5,2)	7,0 - 36,4	5,8 (3,2)	-0,1 - 11,8
Sim (n=120)	34,3 (5,9)	19,0 - 45,6	30,2 (4,9)	15,4 - 38,2	5,6 (3,1)	-0,4 - 12,3
P	0,395		0,258		0,340	
Qual a natureza do curso (marcar a opção de maior grau feito)						
Capacitação (curto/médio tempo) (n=88)	34,7 (5,8)	10,5 - 45,6	30,3 (5,2)	7,0 - 38,2	5,5 (3,0)	0,1 - 12,3
Doutorado (n=1)	30,8 (0,0)	30,8 - 30,8	32,2 (0,0)	32,2 - 32,2	-0,1 (0,0)	-0,1 - -0,1
Especialização (n=31)	33,3 (6,8)	19,0 - 43,7	29,5 (5,4)	15,4 - 37,3	6,0 (3,5)	0,3 - 11,7
Mestrado (n=5)	33,9 (6,0)	25,3 - 39,4	29,9 (5,7)	19,8 - 33,5	5,3 (2,0)	3,1 - 8,1
Não fiz nenhum curso (n=43)	33,5 (5,4)	23,8 - 45,9	29,3 (4,5)	21,0 - 36,3	5,8 (3,3)	-0,4 - 11,8
Residência (n=2)	36,6 (0,9)	35,9 - 37,2	32,4 (1,2)	31,6 - 33,3	7,5 (0,3)	7,3 - 7,7
P	0,474		0,571		0,493	
Número de vínculos						
0 (n=109)	34,0 (5,7)	20,0 - 45,9	29,7 (4,9)	15,4 - 38,2	5,8 (3,1)	0,2 - 12,3
1 (n=41)	34,1 (6,0)	10,5 - 44,5	30,2 (5,3)	7,0 - 37,0	5,3 (3,1)	-0,4 - 10,5
2 (n=20)	35,0 (6,3)	19,0 - 42,8	30,5 (4,8)	19,8 - 37,3	5,6 (3,3)	0,6 - 11,5
P	0,760		0,752		0,718	
Você teve afastamento do seu serviço por doença ou acidente nos últimos 12 meses?						
NÃO (n=121)	34,1 (5,7)	19,0 - 45,9	29,9 (4,8)	15,4 - 37,5	5,7 (3,2)	-0,4 - 12,3
SIM (n=49)	34,3 (6,2)	10,5 - 44,7	30,1 (5,5)	7,0 - 38,2	5,6 (3,1)	-0,1 - 11,5
P	0,838		0,747		0,787	


1 - Teste t para amostras independentes;

2 - ANOVA;

3 - Teste de Kruskal-Wallis

ANEXOS
ANEXO A – TERMOS DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ANANINDEUA (SESAU)

Diretoria Tel.
Protocolo nº: 1389
Data: 17/02/2020
P. Cayana

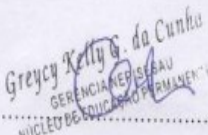

P M A
REPUBLICA DE
ANANINDEUA
SESAU
Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DE ANANINDEUA
SESAU ANANINDEUA

TERMO DE ANUÊNCIA

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 da Universidade Federal de Santa Catarina, e como representante legal da Instituição SECRETARIA DE SAÚDE DE ANANINDEUA, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **ÉTICA E AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**; e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, sob responsabilidade de Lenna Eloisa Madureira Pereira (COREN-SC 000.377.170) e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Ananindeua, 17 / 02 / 2020

ASSINATURA: 
GERÊNCIA DE PESQUISA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



CARGO: Coordenação do Núcleo de Educação Permanente

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL DE SUBMISSÃO CEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ÉTICA E AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 207			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Flavia Regina Souza Ramos			
6. CPF: 346.027.041-15		7. Endereço (Rua, n.º): Gilmar Darli Vieira, 312 Campeche Apto 32 B FLORIANOPOLIS SANTA CATARINA 88063650	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 48999112880	10. Outro Telefone:
		11. Email: flareginaramos@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: _____ 08/ _____ 05/2020 _____		 <p>Documento assinado digitalmente Flavia Regina Souza Ramos Data: 08/05/2020 17:12:54-0300 CPF: 346.027.041-15</p> <p style="text-align: center;">Assinatura _____</p>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Santa Catarina		13. CNPJ: 83.899.526/0001-82	14. Unidade/Órgão: Programa de Pós-graduação em Enfermagem
15. Telefone: (48) 3721-9206		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>JUSSARA GUE MARTINI</u>		CPF: <u>380.655.330-00</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador do PPGENF-UFSC</u>			
Data: _____ 08/ _____ 05/ 2020 _____		 <p>Documento assinado digitalmente Jussara Gue Martini Data: 08/05/2020 17:32:27-0300 CPF: 380.655.330-00</p> <p style="text-align: center;">Assinatura _____</p>	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ÉTICA E AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Flavia Regina Souza Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32493920.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.079.091

Apresentação do Projeto:

"ÉTICA E AMBIENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Projeto de pesquisa de Tese de Doutorado de Lenna Eloisa Madureira Pereira, orientado pela Profa. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos e coorientado pela Profa. Dr^a. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Um estudo de método misto (MMR), com abordagens qualitativa e quantitativa, delineamento exploratório descritivo. Dentro do MMR, situa-se como projeto paralelo construtivista, sob o qual há duas fases sequenciais: I – momento qualitativo, e fase II – quantitativo; com conexão entre os dois elementos na fase de análise. O projeto de tese visa analisar os ambientes favoráveis de trabalho no ambiente amazônico, assim como as dimensões subjetivas e discutir a relação do clima ético e agência moral que podem constituir o cenário de ambiente favorável de trabalho na atenção primária. O local de pesquisa são duas regiões de atenção primária em saúde da cidade de Ananindeua-PA que contém uma população estimada de 444 participantes.

Critério de Inclusão:

Trabalhadores das Unidades de Saúde, ESF e NASF atuantes em 07 das 12 unidades básicas de saúde, nas Regiões 1 e 4 da cidade de Ananindeua; - atuação no serviço pelo período mínimo de

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

Continuação do Parecer: 4.079.091

permanente transformação. A participação dos trabalhadores dar-se-á efetivada quando assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, o qual preconiza os itens aqui advertidos sobre malefícios e benefícios deste estudo. É imprescindível à ciência e anuência da Secretaria de Saúde de Ananindeua (SESAU), com autorização da Diretoria Técnica e da Coordenação de Atenção Básica. Após aprovação CEP/UFSC serão disparados ofícios de comunicação de intenção de pesquisa ao setores responsáveis citados, assim como ofícios às gerências das 07 unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. O ambiente favorável de trabalho vem sendo atribuído ao longo dos anos como ambiente propício de promoção de segurança e bem-estar aos trabalhadores, o que inclui cultura e organização de trabalho, segurança física e psicossocial, ética e valores. O estudo visa analisar os ambientes favoráveis de trabalho no ambiente amazônico, assim como as dimensões subjetivas e discutir a relação do clima ético e agência moral que podem constituir o cenário de ambiente favorável de trabalho na atenção primária. O tema tem relevância científica para a área, a documentação está completa e o TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Brochura - projeto de pesquisa;
- 3) TCLE;
- 4) Orçamento;
- 5) Folha de rosto (assinada pela Coordenadora do PPGENF-UFSC);
- 6) Termo de Anuência (assinada pela Secretaria de Saúde de Ananindeua);
- 7) Declaração do pesquisador;
- 8) Cronograma.

O TCLE atende na íntegra todas as exigências das Resoluções CNS 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

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

Continuação do Parecer: 4.079.091

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências o inadequações neste projeto.

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_DO_PROJETO_1552541.pdf	23/05/2020 16:10:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	23/05/2020 16:10:32	LENNA MADUREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/05/2020 16:05:52	LENNA MADUREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/05/2020 18:21:49	Flavia Regina Souza Ramos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_ass.pdf	08/05/2020 18:21:21	Flavia Regina Souza Ramos	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	08/05/2020 14:58:42	Flavia Regina Souza Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_pesquisador.pdf	07/05/2020 22:19:29	Flavia Regina Souza Ramos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/05/2020 22:10:26	Flavia Regina Souza Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Junho de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(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

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZO Nº 03/2020

Ananindeua (PA), 12 de março de 2020.

AO COMITÊ DE ÉTICA, ENSINO E PESQUISA

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Prezados,

Informamos que está **AUTORIZADA** por esta SESAU – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, O PROJETO DE PESQUISA DE CAMPO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA, INTITULADO: “ Ética e ambientes de trabalho na Atenção Primária em Saúde” A referida pesquisa será realizada pela doutoranda, **LENNA ELOÍSA MADUREIRA PEREIRA**, aluna, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Laboratório de pesquisa de Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – PRÁXIS, sob a orientação do Prof^o, Doutora FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS E CO – ORIENTADORA: PROF^a DOUTORA LAURA CAVALCANTI DE FARIAS BREHMER, responsáveis pela pesquisa.

OBJETIVO GERAL:

- ANALISAR OS AMBIENTES FAVORÁVEIS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CENÁRIO AMAZÔNICO, ASSIM COMO SUAS DIMENSÕES INTERSUBJETIVAS.

A referida pesquisa será realizada com os profissionais dos serviços das Unidades dos polos sanitários I e IV.

Considerando o tema, a referida pesquisa em questão será importante para contribuir com dados relevantes que possam ser determinantes na elaboração de ações estratégicas que visam melhorar as condições de trabalho dos servidores de saúde do Município de Ananindeua.

Atenciosamente,

PAULO SAINT JEAN TRINDADE CAMPOS
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANANINDEUA - PA

ANEXO E – MEMORANDO SESAU AOS GERENTES DAS SETE UNIDADES



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS-RH
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE-NEP

MEMO. CIRC. Nº 23 /2020 – CGP/RH/NEP

Ananindeua (PA), 06 de agosto de 2020.

ÀS UBS's
ÁGUAS LINDAS, AURÁ, JÚLIA SEFFER, CIDA NOVA IV E VI, ANANINDEUA
CENTRO, GUANABARA

Assunto: COLETA DE DADOS PARA PESQUISA DE CAMPO

Senhores gerentes,
Prezados,

Informamos que está **AUTORIZADA** por esta SESAU – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, O PROJETO DE PESQUISA DE CAMPO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA, INTITULADO: " Ética e ambientes de trabalho na Atenção Primária em Saúde" A referida pesquisa será realizada pela doutoranda, **LENNA ELOÍSA MADUREIRA PEREIRA**, aluna, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Laboratório de pesquisa de Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – PRÁXIS, sob a orientação do Prof^o, Doutora FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS E CO – ORIENTADORA: PROF^a DOUTORA LAURA CAVALCANTI DE FARIAS BREHMER, responsáveis pela pesquisa.

OBJETIVO GERAL: ANALISAR OS AMBIENTES FAVORÁVEIS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CENÁRIO AMAZÔNICO, ASSIM COMO SUAS DIMENSÕES INTERSUBJETIVAS.

A coleta de dados será realizada com os profissionais das equipes de saúde, incluindo os gerentes.

Considerando o cenário de pandemia em que estamos vivendo, informamos que todas medidas preventivas de controle do novo coronavírus – COVID 19 serão respeitadas.

Certo de sua especial atenção e deliberação, subscrevo-me.
Atenciosamente;

GREYCY KELLY GOMES DA CUNHA
COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP