

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

Taís Carpes Lanes

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE*  
*SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Santa Maria, RS, Brasil  
2020

**Taís Carpes Lanes**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY*  
PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Enf<sup>ª</sup> Grazielle de Lima Dalmolin  
Co-orientador: Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Augusto Maciel da Silva

Santa Maria, RS, Brasil  
2020

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Lanes , Taís Carpes  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO HOSPITAL ETHICAL  
CLIMATE SURVEY PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS / Taís  
Carpes Lanes.  
2020.  
198 p.; 30 cm

Orientadora: Grazielle de Lima Dalmolin  
Coorientador: Augusto Maciel da Silva  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Clima ético 2. Ética 3. Enfermeiros 4.  
Enfermagem  
5. Estudos de validação I. de Lima Dalmolin, Grazielle  
II.  
Maciel da Silva , Augusto III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados  
fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da  
Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central.  
Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, TAÍS CARPES LANES, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Taís Carpes Lanes**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

**Aprovado em 07 de Fevereiro de 2020**

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Grazielle de Lima Dalmolin (UFSM)**  
(Presidente da Banca/Orientadora)

---

**Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Augusto Maciel da Silva (UFSM)**  
(Co-orientador)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Flávia Regina Souza Ramos (UFSC)**  
(Membro Titular)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM)**  
(Membro Titular)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rafaela Andolhe (UFSM)**  
(Membro Suplente)

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que és meu Senhor e fortaleza, autor de meu destino, meu guia, meu melhor amigo na alegria e na tristeza, socorro presente nos momentos mais angustiantes e temerosos de minha vida. À minha mãe Vilma e meu pai José com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. E à Valentina, meu animalzinho de estimação que esteve sempre ao meu lado nos dias mais difíceis, sempre dando carinho e amor sem pedir nada em troca.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela concepção da vida e pela oportunidade de acordar todos os dias com saúde e disposição para lutar e conquistar o meus sonhos.

Àos meus pais **Vilma Salete Carpes** e **José Roseli Rodrigues Lanes** que tanto trabalharam e derem o seu suor, para que eu pudesse cursar mestrado em enfermagem em uma das universidades públicas mais conceituadas do Brasil. Obrigada por tudo, vocês foram excepcionais em cada detalhe dessa conquista. Nunca se esqueçam, por tudo que lutei, pelos desertos que passei e por estar aqui, hoje defendendo a minha dissertação é por vocês e para vocês! Meu bem maior, amo vocês até o infinito!

À professora **Graziele de Lima Dalmolin** que soube despertar a minha admiração e amor, de modo único, pela ética. Por ter me oportunizado e acreditado em meu potencial de realizar este estudo, pelo seu incentivo, apoio, orientação e pelo carinho sincero, os quais foram essenciais para conclusão deste trabalho. Gratidão por tudo!

Ao professor **Augusto Maciel da Silva** por ter aceitado ser co-orientador desta pesquisa e por estar sempre disposto a sanar minhas dúvidas sobre os testes psicométricos. Muito obrigada.

Ao **Grupo de Pesquisa Trabalho Ética Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP)**, liderado pelas Professoras Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Grazielle de Lima Dalmolin e Rafaela Andolhe, que me acolheu com muito amor e carinho, fazendo me sentir parte de uma grande família, a família GTESSP!! Grata pelo aprendizado e por ter tornado a minha jornada mais leve. Em especial à **Alessandra Carneiro** por ter oferecido um abraço acalentador nos momentos mais difíceis do mestrado e pelo nosso happy hour, que precisamos repetir mais vezes! E à **Bruna Moraes** por ter compartilhado todo o seu conhecimento e companheirismo durante os estudos.

À minha amiga **Juliana Dal Ongaro** que sempre me acompanhou desde a graduação e mestrado. Minha dupla, parceira na horas tristes e felizes, sempre com um conselho e ombro amigo para oferecer! Sou grata por ter tido a oportunidade de ter convivido contigo durante esses sete anos de academia e por mais quatro anos de doutorado que estão por vir.

Ao **Andirlei Claudir da Silva** que foi o primeiro a me incentivar a realizar a pós-graduação, sempre me apoiando e dando suporte em todos os momentos difíceis deste percurso. Grata pelo ombro amigo e por sonhar comigo este momento.

Aos **enfermeiros** que se propuserem, de forma voluntária, a participarem deste estudo, em que de forma especial auxiliaram na concretização deste sonho.

Aos **bolsistas de iniciação científica, mestrandos, doutorandos e mestres do GTESSP** por terem se engajado na coleta, tabulação e digitação dos dados, sem vocês este processo seria muito mais difícil. Em particular, à **Ana Carolina Magnago** e **Thaís Schutz** pela parceria e suporte técnico, vocês foram incríveis.

À **banca de defesa**, pela disponibilidade de participar e sobretudo, por meio de suas contribuições, me ajudaram a tornar este trabalho mais rico. Em especial, à **Prof. Tânia Magnago**, que acompanhou todos os meus passos desde a graduação e com sua imensa sabedoria ajudou a plantar uma semente dentro de mim, a semente do amor pela enfermagem, pesquisa e pela docência. Gratidão a senhora por participar deste momento tão especial de minha vida.

À **Universidade Federal de Santa Maria** por ser um espaço que privilegia o aprendizado e o senso crítico-reflexivo.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** pela disponibilidade de amparo ao discente e oportunidade de aprender mais com uma equipe de professores muito competentes e acessíveis.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** pela disponibilidade e oferta de bolsa para suporte dos estudos.

Ao financiamento do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, que via Edital Universal, oportunizou que este estudo pudesse ser realizado.

Por fim, aos meus **professores do ensino básico e às escolas Duque de Caxias e Profº Antônio Lemos de Araújo**, que oportunizaram a me desenvolver como ser humano, por semearam a esperança e a vontade de evoluir sempre.

Obrigada a todos os envolvidos nesta caminhada!

*“A preocupação com a administração da vida parece distanciar o ser humano da reflexão moral”.*

(Zygmunt Bauman)



## RESUMO

### ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS<sup>1</sup>

AUTORA: Taís Carpes Lanes  
ORIENTADORA: Grazielle de Lima Dalmolin  
CO-ORIENTADOR: Augusto Maciel da Silva

O clima ético pode ser definido como a perceptibilidade dos profissionais de saúde referente ao tratamento ético das questões assistenciais e das relações em seu ambiente de trabalho. Essa temática vem sendo avaliada, por meio de alguns instrumentos, em serviços hospitalares. Dentre os instrumentos, o *Hospital Ethical Climate Survey* é um dos mais utilizados para avaliação do clima ético entre enfermeiros hospitalares. Diante disso, apresentou-se como objetivo geral adaptar transculturalmente o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* para cultura brasileira. E objetivos específicos: caracterizar a população quanto aos dados sociodemográficos e laborais e, avaliar a percepção de enfermeiros hospitalares sobre o clima ético. Trata-se de um estudo metodológico, que seguiu sete etapas para a operacionalização da adaptação: Tradução direta; Síntese das traduções; Retrotradução; Comitê multidisciplinar; Painel de especialistas; Teste piloto e Validação do instrumento. A população deste estudo foi constituída por enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria, os quais preencheram os instrumentos de caracterização sociodemográfica e laboral e o *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira, no período de abril a julho de 2019. A análise dos dados ocorreu por meio dos testes psicométricos e estatística descritiva. O projeto está vinculado ao matricial, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o n.º. do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 92702318.9.0000.5346 e parecer 049598. Quanto aos resultados, inicialmente na etapa de adaptação, alguns ajustes linguísticos foram necessários para se manter o sentido original do instrumento. Após, na etapa de validação participaram do estudo 269 enfermeiros, sendo 88,1% do sexo feminino e com idade média de 40,6 anos (Desvio Padrão= 8,65). Na realização dos testes psicométricos, obteve-se valor do Kappa ponderado quadrático e coeficiente de correlação intraclasse, variando de 0,15 a 0,74, sendo adequados para a amostra deste estudo. Todas as cargas fatoriais foram maiores que 0,4, variando de 0,445 a 0,859. Com relação à confiabilidade, o valor de alfa de Cronbach foi de 0,93 e, a análise confirmatória demonstrou adequabilidade do modelo com cinco fatores e 26 itens validados. As correlações por fatores e o total foram consideradas de moderada a forte. O ponto de corte de 3,5 do clima ético foi testado e confirmado pelo método *K-Nearest Neighbor*. Quanto à avaliação do clima ético, evidenciou-se percepção positiva dos enfermeiros para o clima ético ( $3,68 \pm 0,55$ ). Dentre os cinco fatores de avaliação, “médicos” apresentou o menor escore ( $3,26 \pm 0,70$ ), enquanto o fator “pares” apresentou escore superior ( $4,07 \pm 0,57$ ). Conclui-se, que a versão do instrumento adaptada para o português do Brasil, foi considerada válida e fidedigna nesta amostra. Além disso, o clima ético no geral foi percebido como positivo com pequenas variações entre os cinco fatores do instrumento, podendo ser potencializado por meio de estratégias que estimulem as relações interpessoais entre a equipe multiprofissional, gestão e pacientes. Sugere-se que o *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira seja aplicado em outros serviços hospitalares, de diferentes contextos, fazendo associações com aspectos relacionados à organização do trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Clima ético. Ética. Enfermeiros. Enfermagem. Estudos de validação.

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## ABSTRACT

### CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY FOR BRAZILIAN NURSES

AUTHOR: Taís Carpes Lanes  
ADVISOR: Grazielle de Lima Dalmolin  
CO-ADVISOR: Augusto Maciel da Silva

The ethical climate can be defined as the perception of health professionals regarding the ethical treatment of care issues and relationships in their work environment. This theme has been evaluated, through some instruments, in hospital services. Among the instruments, the Hospital Ethical Climate Survey is one of the most used to assess the ethical climate among hospital nurses. Therefore, the general objective of adapting the Hospital Ethical Climate Survey instrument to Brazilian culture was to cross-culturally. It has the specific objectives: to characterize the population in terms of sociodemographic and work data, and to assess the perception of hospital nurses about the ethical climate. This is a methodological study, which followed seven steps for the operationalization of the adaptation: Direct translation; Synthesis of translations; Back-translation; Multidisciplinary committee; Expert panel; Pilot test and instrument validation. The population of this study consisted of nurses from the University Hospital of Santa Maria, who completed the instruments of sociodemographic and labor characterization and the Hospital Ethical Climate Survey - Brazilian version, from April to July 2019. The data analysis was performed by psychometric tests and descriptive statistics. The project is linked to the matrix, which was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, under the Presentation Certificate number for Ethical Appreciation: 92702318.9.0000.5346 and opinion 049598. Regarding the results, initially in the adaptation stage, some linguistic adjustments were necessary to maintain the original meaning of the instrument. Then, in the validation stage, 269 nurses participated in the study, 88,1% were female and with an average age of 40,6 years (Standard Deviation = 8,65). In the performance of the psychometric tests, the Kappa weighted quadratic value and intraclass correlation coefficient, ranging from 0,15 to 0,74, were obtained, being suitable for the sample of this study. All factorial loads were greater than 0,4, ranging from 0,445 to 0,859. With regard to reliability, the Cronbach's alpha value was 0,93, and the confirmatory analysis demonstrated the adequacy of the model with five factors and 26 validated items. Correlations by factors and the total were considered moderate to strong. The cut-off point of 3,5 for the ethical climate was tested and confirmed by the K-Nearest Neighbor method. As for the assessment of the ethical climate, nurses' positive perception of the ethical climate was evident ( $3,68 \pm 0,55$ ). Among the five assessment factors, "physicians" had the lowest score ( $3,26 \pm 0,70$ ), while the "peers" factor had a higher score ( $4,07 \pm 0,57$ ). It is concluded that the version of the instrument adapted to Brazilian Portuguese was considered valid and reliable in this sample. In addition, the ethical climate in general was perceived as positive with small variations between the five factors of the instrument, which can be enhanced through strategies that encourage interpersonal relationships between the multidisciplinary team, management and patients. It is suggested that the Hospital Ethical Climate Survey - Brazilian version be applied to other hospital services, from different contexts, making associations with aspects related to work organization, worker health and patient safety.

**Keywords:** Ethical climate. Ethics. Nurses. Nursing. Validation studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ARTIGO 1

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção duplo-independente dos artigos incluídos na revisão..... 37

### ARTIGO 2

Figura 1 - Fluxograma do processo de adaptação transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey*..... 68

Gráfico 1- Intervalo de confiança dos modelos de *Machine Learning*.....77

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura fatorial do *Hospital Ethical Climate Survey* encontrados na literatura... 31

### ARTIGO 1

Tabela 1 - Classificação geral e por fatores do *Hospital Ethical Climate Survey*..... 40

### ARTIGO 2

Tabela 1- Confiabilidade teste-reteste e cargas fatoriais do *Hospital Ethical Climate Survey*-  
Versão brasileira..... 76

Tabela 2- Correlação entre o *Hospital Ethical Climate Survey*-Versão brasileira e seus fatores  
..... 77

Tabela 3- Estatística descritiva dos algoritmos de *Machine Learning* testados para o *Hospital  
Ethical Climate*-Versão brasileira ..... 78

Tabela 4- Matriz de confusão a partir do método *K-Nearest Neighbor* ..... 79

### ARTIGO 3

Tabela 1 - Estatística descritiva do perfil sociodemográfico e laboral dos participantes.  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019 ..... 90

Tabela 2 - Mediana e intervalo interquartil das características laborais dos participantes.  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019 ..... 91

Tabela 3 - Estatística descritiva das características do ambiente de trabalho. Santa Maria, RS,  
Brasil, 2019 ..... 91

Tabela 4 - Estatística descritiva do *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira.  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019 ..... 93

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão dos fatores que envolvem o clima ético, conforme os itens do <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> .....	28
Quadro 2 - Perfil dos tradutores da etapa de tradução do <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> ...	51
Quadro 3 - Perfil dos retrotradutores da etapa de retrotradução do <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> .....	52
Quadro 4 - Conceitos de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.....	554
Quadro 5 - Formulários desenvolvidos e utilizados no processo de adaptação transcultural ..	56

### ARTIGO 1

Quadro 1 - Quadro Sinóptico dos artigos selecionados .....	38
--	----

### ARTIGO 2

Quadro 1 - Versão original e adaptada do instrumento <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> para o Brasil. ....	72
---	----

### ARTIGO 3

Quadro 1 - Fatores, itens e suas descrições correspondentes ao instrumento <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> -Versão brasileira. ....	87
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECQ-26	Ethical Climate Questionnaire
EDMCQ	Ethical Decision-making Climate Questionnaire
EDME-Br	Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros
GTESSP	Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente
HECS	<i>Hospital Ethical Climate Survey</i>
HECS-VB	<i>Hospital Ethical Climate Survey – Versão brasileira</i>
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IVC	Índice de validade de conteúdo
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KNN	<i>K-Nearest Neighbor</i>
LDA	<i>Linear Discriminant Analysis</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RT – I	Retrotradução I
RT – II	Retrotradução II
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
SVM	<i>Support Vector Machine</i>
T – I	Tradução I
T – II	Tradução II
T – III	Síntese da tradução I e II
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Tucker-Lewis Index
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VT – I	Versão preliminar traduzida inicial I
VT –II	Versão preliminar traduzida inicial II
VT – PF	Versão pré-final traduzida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
1.1	OBJETIVOS .....	22
1.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	22
1.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	22
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	22
2.1	CONCEITO E APLICABILIDADE DA ÉTICA NA ENFERMAGEM.....	22
2.2	INSTRUMENTO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i> .....	28
2.3	CLIMA ÉTICO FRENTE ÀS RELAÇÕES LABORAIS A PARTIR DO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i> .....	32
2.3.1	<b>Artigo 1-Avaliação do clima ético nos serviços de saúde: Revisão integrativa</b> ....	34
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	48
3.1	DELINEAMENTO DO PROJETO MATRICIAL .....	48
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	50
3.2.1	<b>Etapas da Adaptação Transcultural</b> .....	50
3.3	CAMPO DE ESTUDO .....	57
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	58
3.5	COLETA DE DADOS .....	58
3.6	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	59
3.6.1	<b>Instrumento Sociodemográfico e laboral</b> .....	59
3.6.2	<b>Instrumento <i>Hospital Ethical Climate Survey</i></b> .....	59
3.7	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	59
3.7.1	<b>Testes psicométricos</b> .....	60
3.7.2	<b>Algoritmo de <i>Machine Learning</i></b> .....	61
3.7.3	<b>Análise descritiva</b> .....	61
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
3.8.1	<b>Riscos</b> .....	62
3.8.2	<b>Benefícios</b> .....	62
3.9	DIVULGAÇÃO DOS DADOS .....	62
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	64
4.1	ARTIGO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i> PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS .....	65
4.2	ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DO CLIMA ÉTICO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.....	84

5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	103
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	108
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
	<b>APÊNDICES</b> .....	117
	<b>APÊNDICE A - CARTA EMITIDA PARA AUTORA DO INSTRUMENTO REFERENTE A AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL</b>	118
	<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL</b> .....	119
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COMITÊ MULTIDISCIPLINAR</b> .....	120
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PAINEL DE ESPECIALISTAS</b> .....	122
	<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO TESTE PILOTO</b> .....	124
	<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL PESQUISADO</b> .....	126
	<b>APÊNDICE G - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	127
	<b>APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE EXPLANAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E ETAPAS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i></b> .....	128
	<b>APÊNDICE I - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O REGISTRO DAS TRADUÇÕES/RETROTRADUÇÕES</b> .....	131
	<b>APÊNDICE J - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REGISTRO DE NOTAS</b> .....	134
	<b>APÊNDICE K - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA SÍNTESE DA TRADUÇÃO I E II</b> .....	138
	<b>APÊNDICE L - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA COMITÊ MULTIDISCIPLINAR</b> .....	143
	<b>APÊNDICE M - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O PAINEL DE ESPECIALISTAS</b> .....	165
	<b>APÊNDICE N - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O TESTE PILOTO</b> .	170
	<b>APÊNDICE O - ADAPTAÇÕES REALIZADAS PARA A CULTURA DO BRASIL</b> .....	175
	<b>APÊNDICE P- GRAU DE DIFICULDADE DAS TRADUÇÕES E RETROTRADUÇÕES</b> .....	179
	<b>APÊNDICE Q - NÍVEL DE CLAREZA DO TESTE PILOTO</b> .....	181



<b>APÊNDICE R - PANORAMA DAS VERSÕES TRADUZIDAS DO INSTRUMENTO PARA O PORTUGUÊS.....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE S – INSTRUMENTO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i>- VERSÃO BRASILEIRA (HECS - VB).....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO A - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO PARA EXECUÇÃO DO PROJETO NO HUSM/UFSM.....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO D - INSTRUMENTO <i>HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY</i> - VERSÃO ORIGINAL .....</b>	<b>197</b>

# 1 APRESENTAÇÃO

Para a filosofia, ética é uma disciplina que aborda a reflexão do caráter moral no comportamento humano, a qual está relacionada às situações sobre a origem da vida (ANZENBACHER, 2009). A ética, nos primórdios, era apresentada conforme a teologia moral, que direcionava o ser ético àquele que praticava todas as normas providas pela religião cristã, a qual era soberana e mais elevada na hierarquia da sociedade. Aos poucos, esse modo de pensar foi se transformando, direcionando o olhar ético para a razão e, que para exercer a ética é inevitável considerar a autonomia dos indivíduos em decidir pelas suas próprias ações (GRACIA, 2010).

Entende-se, com isso, que a ética é a capacidade de o ser humano ultrapassar suas próprias vontades e desejos para tomar decisões voltadas ao bem-estar do próximo. É necessário a empatia e sensibilidade em compreender as emoções do outro para exercer a ética, com base na reflexão e compreensão das consequências benéficas e maléficas de suas ações (ZOBOLI, 2004). Pensar eticamente parte da existência do problema e de sua reflexão, compreendendo sua complexidade e valores (GOLDIM, 2009).

Para exercer práticas éticas na assistência é necessário manter um bom relacionamento e comunicação com os colegas, pacientes e familiares, além de estar consciente das responsabilidades para mediar e solucionar conflitos éticos. Nesse processo assistencial, são intrínsecos os valores morais que provém do caráter dos profissionais que atuam no cuidado e de suas saudáveis relações. As experiências em um contexto de vida podem intensificar, alterar, ou aflorar os valores de cada um, cabendo ao meio fortalecer ou enfraquecer os valores, dependendo da conjectura social (ZOBOLI, 2004).

A partir desses conceitos, percebe-se que a ética está associada ao processo de trabalho da enfermagem. Esse processo está relacionado às práticas do cotidiano, à forma como ocorrem e os instrumentos que são necessários para realizar um trabalho seguro, cujo o objetivo principal é o cuidado ao paciente (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2012). No entanto, é necessário compreender que nesse processo existem muitos problemas, dos quais emergem dilemas éticos.

O trabalho da enfermagem é composto por aspectos administrativos, assistenciais e de infraestrutura. Assim, percebe-se que muitos hospitais apresentam problemas relacionados a esses fatores, principalmente aos recursos materiais e humanos, que muitas vezes são insuficientes para manter uma assistência de qualidade (SOUZA et al., 2017). Os trabalhadores de enfermagem, muitas vezes, diante ao modo operacional da organização em que atuam,

expõem-se a trabalhar em condições inapropriadas, os quais não conseguem oferecer uma assistência conforme os protocolos e diretrizes de saúde preconizam, o que pode refletir em vários conflitos éticos (LUNARDI et al., 2007).

A partir desses aspectos, Olson (1995) definiu o clima ético como a perceptibilidade dos profissionais referente ao tratamento ético das questões de trabalho e interações humanas dentro de uma organização. Refere-se ao comportamento eticamente correto e como os problemas que envolvem cuidados aos pacientes devem ser tratados e discutidos entre a equipe (VICTOR; CULLEN, 1987; HART, 2005).

O clima ético é influenciado pelo comportamento das organizações que refletem na forma como os dilemas éticos são percebidos e refletidos pelos profissionais. Esse aspecto pode estar relacionado ao exercício de autonomia ao discutir sobre questões vinculadas aos serviços, propriedade em discordar e relatar problemas na assistência, além de, nas tomadas de decisões, incluir todos os envolvidos como pacientes, equipe e familiares, por exemplo (BROWN, 1990).

A inserção de todas as partes interessadas na discussão de problemas da assistência, incentivo aos profissionais e pacientes a exercerem a autonomia de questionarem e de acessarem informações necessárias para as tomadas de decisões auxiliam na promoção do clima ético (BROWN, 1990). Assim, diante da complexidade crescente de cuidados aos pacientes, o que exige competência e um trabalho de qualidade dos profissionais, incluindo a preocupação em fornecer uma assistência mais segura e, as questões éticas envolvidas, surgiu a necessidade de buscar um instrumento que avaliasse o clima ético nesse contexto.

Desse modo, foi realizado em março de 2018 uma busca nas bases de dados SCOPUS (Elsevier) e Pubmed, com intuito de encontrar um instrumento que avaliasse o clima ético na enfermagem em meio hospitalar. Para isso, foi utilizado, em ambas bases, a estratégia de busca: (*“Ethical climate” AND Nursing*) AND (*Questionnaire OR Instrument OR Scale OR Validation*).

A partir da leitura dos estudos encontrados, foram identificados três instrumentos: o *Ethical Climate Questionnaire* (ECQ-26); *Ethical Decision-making Climate Questionnaire* (EDMCQ) e o *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) (VICTOR; CULLEN, 1987; BENOIT et al., 2018; OLSON, 1998). O ECQ-26 de Victor; Cullen (1987), validado no Brasil por Bayer (2011), avalia o clima ético nas organizações/empresas, incluindo hospitais, indústrias e comércios, com abordagem das questões típicas da ética empresarial e da gestão.

O EDMCQ avalia o clima ético em meio hospitalar voltado, entretanto, unicamente aos cuidados de pacientes graves em unidades de terapia intensiva (BENOIT et al., 2018). Enquanto o HECS abarca questões ao atendimento seguro e de qualidade, além das relações entre colegas,

gestão e pacientes. Logo, o HECS foi o instrumento que melhor correspondeu às expectativas para este estudo.

O instrumento HECS, originalmente norte-americano, já foi traduzido, validado e aplicado em diferentes culturas como Ásia, Oriente Médio e Europa (SUHONEN et al., 2015; KHALESI et al., 2014; HWANG; PARK, 2014). Abrange conteúdos relacionados às questões éticas na assistência e nas relações em equipe, sendo o mais apropriado para este estudo e ainda, direcionado para enfermeiros (OLSON, 1998). Assim, constatou-se que se fazia necessário a adaptação transcultural do HECS para enfermeiros brasileiros, pois ainda não havia sido utilizado no país.

A partir de sua validação para cultura brasileira, poderá ser aplicado e analisado em outros estudos e, em diferentes populações e instituições públicas e privadas, oferecendo um diagnóstico do clima ético em diferentes serviços de saúde. O clima ético, a partir do HECS, em instituições hospitalares pode ser avaliado a partir das relações com seus pares, pacientes, gestores, hospital e médicos. Para cada uma dessas relações, o clima pode ser classificado como positivo ou negativo, a depender das inter-relações e quão éticas são as tomadas de decisões entre as partes envolvidas (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018; OLSON, 1998).

A classificação positiva pode estar associada às decisões em conjunto e ao acesso as informações necessárias, levando em consideração os valores que envolvem a situação-problema (OLSON, 1998). A percepção negativa acontece quando o profissional não consegue praticar o seu trabalho conforme os seus valores éticos, sem incentivo da gestão em tomar decisões e, sem acesso às diretrizes e protocolos para praticar o seu trabalho, além de outros aspectos a serem considerados para essa classificação (OLSON, 1998).

Os profissionais que tendem a perceber o clima ético mais negativo estão mais vulneráveis a problemas como sofrimento moral e *burnout*. Essa relação refere-se às maneiras de lidar com problemas assistenciais, seu compartilhamento e amparo da gestão diante da ocorrência de incidentes (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018).

Estudo realizado com enfermeiros na Suécia identificou a relação entre clima ético e sofrimento moral. Os enfermeiros que apresentaram uma percepção positiva do clima ético relataram menos situações de sofrimento; e quando relatadas, estavam aliadas aos cuidados inadequados e inseguros fornecidos aos pacientes (SILÉN et al., 2011).

Associa-se, ainda, ao clima ético, a satisfação do enfermeiro com o trabalho, a rotatividade e a competência profissional. Enfermeiros satisfeitos com o trabalho e com a qualidade do atendimento apresentam baixa rotatividade e percepções positivas ao clima, por

conseguirem expressar e argumentar sobre os dilemas vivenciados na prática (NUMMINEN et al., 2015). Os profissionais mais satisfeitos e com bom relacionamento com colegas fornecem cuidados mais qualificados, preocupando-se em tomar as melhores decisões em conjunto com a equipe e gestores. É da competência do enfermeiro fortalecer sua equipe e, principalmente por meio de decisões coerentes a cada situação, promover cuidados de qualidade e seguro aos pacientes (ASGARI et al., 2017; NUMMINEN et al., 2015).

Quando a instituição apoia a equipe, fornece meios de realizar uma assistência adequada ao paciente. Esses meios estão relacionados à abertura para discussões e reflexões dos problemas do cotidiano do trabalho, fortalecimento do ambiente para que a percepção do clima ético seja positiva, com menor intenção de rotatividade, maior satisfação e menor vivência de sofrimento moral (ASGARI et al., 2017; SILÉN et al., 2011; NUMMINEN et al., 2015).

Conjuntamente aos elementos destacados sobre a necessidade de avaliar o clima ético na percepção de enfermeiros hospitalares, cumpre também salientar que a aproximação com o tema clima ético, deu-se a partir do ingresso da autora no curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em que tinha como meta seguir a carreira de docência e pesquisa.

Para isso, ao final do segundo semestre de graduação em 2014, a autora ingressou no grupo de pesquisa Trabalho Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP). Ao se inserir no grupo, se deparou com um grande desafio, de auxiliar na coleta de dados de trabalhadores de saúde e apoio de sete hospitais da região central do Rio Grande do Sul. Essa experiência foi intensa e gratificante, por ser o primeiro contato com a pesquisa e por iniciar nas atividades de bolsista de iniciação científica.

Essas experiências oportunizaram a evoluir como pessoa e como profissional, conseguindo compreender a função de um enfermeiro como pesquisador dentro das unidades hospitalares e a importância da academia ao atuar como ciência dentro desses serviços. Durante toda a graduação, a autora perpassou pelas temáticas da segurança do paciente e saúde do trabalhador, auxiliando a escrever resumos e artigos sobre esses assuntos, em especial, durante a elaboração do trabalho de conclusão de curso (TCC), que oportunizou a escrever sobre segurança do paciente dentro de unidades hospitalares e centro cirúrgico.

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão dos profissionais de saúde sobre o preenchimento correto e completo do *checklist* de cirurgia segura, o qual estava em processo de implementação na instituição. Os dados dos *checklists* foram acessados por meio dos prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgias no ano de 2016. Como resultados,

pode-se evidenciar que havia uma baixa adesão dos profissionais em preencherem o *checklist* de cirurgia segura.

Diante desse achado, percebeu-se que isso poderia estar associado ao clima ético, ao levar em consideração a maneira como o ambiente de trabalho estava organizado, com prevalência de profissionais médicos em atuação, em especial, no centro cirúrgico. Essa forma de organização poderia estar influenciando nas tomadas de decisões e aumento de conflitos éticos, no que se refere ao preenchimento completo e correto da lista de verificação.

Assim, almeja-se com este estudo, a partir da adaptação transcultural, a avaliação do clima ético hospitalar na percepção de enfermeiros, servindo aos gestores, como uma ferramenta de análise das relações éticas e, de busca de subsídios para o desenvolvimento de estratégias para promoção dessas relações. Além disso, espera-se obter um instrumento que tenha validade e confiabilidade para ser aplicado em hospitais de diferentes regiões brasileiras, servindo de medidor da percepção do clima ético.

Com base nessas considerações, delineou-se como pergunta de pesquisa “O instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* é válido e fidedigno para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético em contexto hospitalar brasileiro?”

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Adaptar transculturalmente o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* para enfermeiros brasileiros.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população quanto aos dados sociodemográficos e laborais;
- Avaliar a percepção de enfermeiros hospitalares sobre o clima ético.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 CONCEITO E APLICABILIDADE DA ÉTICA NA ENFERMAGEM

O significado da palavra ética vem do grego *ethos* que se refere ao caráter, cultura e hábitos de um indivíduo. O seu surgimento está relacionado à necessidade de promover uma sociedade em desenvolvimento com mais honestidade, harmonia e equilíbrio, na busca constante da felicidade (CHAUÍ, 2000).

Vários filósofos renomados estudaram este ramo da filosofia à exemplo de Sócrates, Platão e Aristóteles. Eles afirmavam que para fortalecer uma sociedade, era necessário que as pessoas vivessem em pleno equilíbrio seguindo condutas eticamente corretas (CHAUÍ, 2000). Para Aristóteles, a ética é baseada no agir virtuosamente e sinaliza que as pessoas com virtude apresentam maiores tendências em fazer escolhas com base em regulamentos éticos (ALLMARK, 2017).

A ética, na idade medieval, foi embasada na obediência das leis de Deus, as quais são normas impostas pela igreja que deveriam ser cumpridas pelos homens, caso contrário os indivíduos eram considerados hereges e sofriam severas punições. Os principais pensadores dessa época foram Agostinho de Hipona e Tomás de Aquino (VALLS, 1987).

A ética moderna foi centrada na subjetividade e surgiu a partir do Renascimento, resgatando a racionalidade dos gregos, aplicada no período de 1500 a 1600. No entanto, a ética contemporânea foi relacionada à capacidade de realizar escolhas adequadas em suas relações sociais e no trabalho, com pensamento e respeito em âmbito coletivo, em que o indivíduo se responsabiliza por suas atitudes (CHAUÍ, 2000).

O ser não nasce ético, contudo, durante o decorrer de sua vida, seus valores são influenciados pela educação, convívio social e meio contextual, de maneira que o indivíduo consiga compreender os valores morais e éticos antes de deliberar sobre uma específica situação-problema (SEGRE; COHEN, 2002). O aprendizado de condutas dificilmente, em uma sociedade, foi embasado em tratados éticos. No entanto, a principal fonte de condutas éticas foram a cultura de um povo provida de tradições narrativas, como folclore, contos e fábulas (GARCÍA; CASTILLO; BÁRBARA, 2014).

O homem é um ser biológico e social. O biológico está relacionado aos desejos instintivos e o social à cultura em que o indivíduo está inserido. O meio cultural influencia no modo de viver de uma sociedade. A ética está intrínseca na forma como o ser consegue refletir sobre determinado assunto e, sua forma de agir, assim como na liberdade em atribuir valores que são considerados durante suas escolhas. O sujeito ético é aquele que compreende e distingue os conflitos nas relações pessoais, levando em consideração o modo de pensar dos envolvidos para sua solução (SEGRE; COHEN, 2002).

A moral é um conjunto de valores culturais de uma sociedade que resultam em normas consideradas corretas. A partir da imposição de regras, os indivíduos compreendem que não podem burlá-las, podendo sofrer consequências de seus atos. Trata-se de um sistema de limites e proibições para estabelecer a pacificação nas relações humanas (GRACIA, 2010).

Diante deste contexto, os valores podem ser adequados para alguns, porém não para outros. A moral é caracterizada pelos valores inquestionáveis e impostos para a população, a qual, ao desobedecer é penalizada. A moral, diferente da ética, vem para impor regras para se obter uma sociedade em equilíbrio, conforme sua cultura e princípios (SEGRE; COHEN, 2002).

A ética engloba a moral, valores e o respeito ao outro considerando a autonomia dos indivíduos. A grande diferença entre elas, é que a ética é a percepção do ser em relação ao seu meio de convívio, já a moral são regras, normas que são provenientes de uma cultura grupal ou de uma sociedade. A moral é imposta e a ética é percebida. A ética para ser praticada necessita de liberdade e autonomia de escolha. A ética não é algo pronto, não existe uma fórmula para praticá-la, mas é exercitada diariamente com diferentes desafios que possam surgir (SEGRE; COHEN, 2002).

Os conflitos éticos surgem em face de dilemas em seguir os valores morais ou burlá-los, para tomar decisões que possam beneficiar alguém específico. À exemplo, decidir em desligar os aparelhos de pacientes em fase terminal (SEGRE; COHEN, 2002). A ética é representada por um conjunto de normas que regulamentam as tomadas de decisões específicas a um conjunto de indivíduos, como o Código de Ética da Enfermagem, por exemplo (KLINGER, 2015). A ética em um contexto social e cultural é definida a partir de como cada pessoa percebe os acontecimentos em sua volta e, a partir disso em plena condição psíquica e emocional, como se posiciona e age diante de situações de conflito (SEGRE; COHEN, 2002).

Portanto, o conceito de ética não somente vale para questões de valores e normas de um grupo específico de pessoas, mas também como o indivíduo reage diante de dilemas associados à sua vida social, laboral, política e cultural. Com tudo isso, a ética abarca percepções de conflitos, autonomia em posicionar-se diante dos mesmos, e ser coerente com seus atos (SEGRE; COHEN, 2002). Além disso, para exercer a ética é necessário um ser com eticidade, que tenha caráter, sensibilidade, maturidade e fortaleza psioemocional o suficiente para tratar com conflitos (SEGRE; COHEN, 2002).

Ao levar em consideração as reflexões até o momento, percebe-se que somente a aplicação de políticas e códigos de regras, em instituições, não é o suficiente para promover o comportamento ético dos funcionários. É necessário que haja interação, clareza das normas e das políticas das instituições que cercam os profissionais, por meio de valores culturais com a



prática laboral. A maior parte dos problemas que ocorrem no cotidiano não estão inseridos e nem prescritos em normas e políticas, mas sim devem ser analisados em conjunto para que sejam tomadas as decisões corretas, considerando os valores éticos que permeiam estes profissionais (PIMENTEL, 2017).

Assim, um indivíduo exerce a ética, quando percebe os acontecimentos ao seu redor e, com discernimento e autonomia, julga o certo e o errado conforme seu juízo de valores. Em algumas ocasiões recorre a pessoas que entendem melhor do assunto, para auxiliá-lo nas decisões, como os consultores éticos (SEGRE; COHEN, 2002).

Para assessorar na deliberação moral, os hospitais dos Estados Unidos organizaram um comitê de consultores de ética, formado por médicos e enfermeiros com capacidade de exercer a função. A formação de consultores tem, como intuito, auxiliar nas difíceis tomadas de decisões em casos complexos dos pacientes (SEGRE; COHEN, 2002). Muitos desses casos estão relacionados ao desligamento de aparelhos em pacientes terminais, escolha de qual paciente irá para unidade de terapia intensiva e a entrada da mídia dentro do hospital. Na maioria das vezes, os consultores necessitam conhecer e acompanhar os casos, junto com a equipe, para auxiliá-los na melhor decisão para o paciente e familiares (SEGRE; COHEN, 2002).

Para discutir sobre questões éticas na enfermagem, com destaque ao clima ético neste estudo, é imprescindível um breve conhecimento da sua inserção e aplicabilidade na enfermagem. A ética na enfermagem está embasada em eventos históricos e na sua prática desde os primórdios. Com o passar dos anos, o interesse em estudar a ética na enfermagem manifestou-se juntamente com desenvolvimento da bioética, entre 1970 e 1980. A bioética surgiu com intuito de abarcar questões médicas voltadas à eutanásia, aborto, suporte de vida, direitos do paciente, pesquisa em humanos e, entre outros (FOWLER, 2017).

O surgimento da bioética está associado a experimentos clínicos, nos quais muitos seres humanos foram submetidos como cobaias, sem nenhum respeito e com conivência da sociedade científica (JUNGES, 2011). Assim, geralmente, as questões envolvidas pela bioética foram analisadas por uma visão mais clínica e médica, discussões orientadas para área da enfermagem pouco foram desenvolvidas neste aspecto (FOWLER, 2017).

Conforme Fowler (2017), nos próximos anos as discussões sobre questões éticas na enfermagem e o código de ética serão embasados nas relações interpessoais entre enfermeiro e equipe multiprofissional, pacientes, acompanhantes e familiares. Atualmente, na área da saúde a bioética ainda é mais evidente, contudo as questões éticas estão progressivamente sendo analisadas em seu processo mais contextual e relacional.

Os dilemas éticos começaram a ser mais observados na enfermagem no século XIX, a partir de Florence Nightingale, na Inglaterra. Nesse período, a enfermagem já enfrentava obstáculos como: o despreparo psicológico e moral da equipe de enfermagem, completa subordinação aos médicos, escassez de materiais para o cuidado, profunda hostilização e falta de comunicação entre a enfermagem e equipe médica (KLINGER, 2015).

O surgimento da escola Nightingale no St. Thoma's Hospital, Inglaterra em 1860 marcou o nascimento da enfermagem moderna. No Brasil, grande impulso da enfermagem foi em 1922 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que junto com a Fundação Rockefeller, dos Estados Unidos, fundaram a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, que em 1923 passou a se chamar de Escola de Enfermeiros Ana Neri (KLINGER, 2015).

Em 1951, no Brasil, surgem discussões acerca de questões éticas na área e, em 1958 é elaborado e aprovado o primeiro Código de Ética de Enfermagem em que reuniu normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes a consulta ética do profissional que deve ser assumido por todos. Em 1975, o código recebeu sua primeira atualização, sendo substituído pelo Código de Deontologia de Enfermagem. Esse, por sua vez, retratou as responsabilidades fundamentais do enfermeiro centrado na assistência ao indivíduo, gestão do cuidado, capacitações e responsabilidade pela equipe sob sua supervisão. Além disso, abordou o dever e as proibições do enfermeiro referente ao exercício profissional que deve ser embasado nos preceitos éticos de sua profissão (BRASIL, 1975).

Em face às transformações socioculturais, científicas e legais compreendeu-se a necessidade de reformular o Código de Deontologia. Em 1993, foi atualizado o código de ética, sendo denominado Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE): Resolução Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 160 e 161/1993. Essa nova atualização, levou em consideração a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado nos usuários, os quais presume-se que estão aliados na luta por uma assistência segura e qualificada, sendo acessível a toda a população (BRASIL, 1993).

Em 2000, a Resolução Cofen 160 e 161/1993 foi revogada, sendo formulada a Resolução Cofen 240/2000 (BRASIL, 2000). Em 2003, acontece um processo de discussão nacional e novo CEPE – Resolução Cofen 311/2007, em que abarca, além das proibições, deveres e responsabilidades entre colegas, com os usuários e gestão, aborda acerca das infrações e suas penalidades e, participação em pesquisa e produção científica (BRASIL, 2007).

A última atualização aconteceu em 2017, com a Resolução Cofen nº 564/2017, em que aproxima o profissional da sociedade e garante a assistência mais segura à população. A estrutura ficou mais simples e nítida sendo seus capítulos divididos em: Direitos, Deveres, Proibições, Infrações e Penalidades. Os principais temas abordados foram: casos de violência, (obrigação da enfermagem comunicar aos órgãos responsáveis as suspeitas de violência contra crianças, pessoas incapacitadas, idosos e adolescentes); casos de violência doméstica e familiar contra a mulher; limites acerca do uso de redes sociais (enfermagem tem o direito de não ser filmada e exposta na mídia durante seu desempenho profissional); prática mais segura e humanizada com a população (BRASIL, 2017).

Conforme Klinger (2015) a ética foi trabalhada em nove congressos brasileiros de enfermagem, destes, três apresentaram como tema principal a ética (KLINGER, 2015). O código foi fundamentado na conformação da enfermagem à medicina e às autoridades tendo o ato de servir como sua principal função. Diante disso, nota-se que os problemas maiores no trabalho da enfermagem estão centrados nas relações com a medicina, ainda resistente em considerar a enfermagem como ciência e produtora de conhecimento. Portanto, é importante que as questões envolvidas nessas relações, por meio da avaliação do clima ético, sejam consideradas durante este estudo (PASSOS, 1995).

Os conflitos éticos no ambiente hospitalar surgem a partir das relações e do contexto em que eles acontecem. Ocorrem quando algo perturba a consciência de uma ou ambas as partes envolvidas, devido aos diferentes valores morais e pessoais que auxiliam nas tomadas de decisões. Esses valores influenciam no modo de interpretar diversas situações do cotidiano profissional (SCHERMERHORN, 2007).

Alguns dilemas associados à falta de recursos humanos e de materiais, por exemplo, estão presentes com frequência no trabalho da enfermagem, como a preocupação em fornecer uma assistência de qualidade e segura ao paciente (BATISTA, 2011; BAPTISTA, 2013; FARIAS, 2015; OLIVEIRA, 2014). Ademais, os cuidados negligenciados que resultam em eventos adversos associados à desumanização do cuidado e, ao trabalho mecanizado, também provocam infortúnios que devem ser resolvidos (BATISTA, 2011; OLIVEIRA, 2014).

Na contemporaneidade, diante de questões mais difíceis de serem tratadas que envolvem pacientes com necessidades de cuidados complexos e, em uma sociedade com evidente desigualdade social é preciso que a ética seja trabalhada de forma mais diferenciada, com enfoque voltado à assistência. Nessa perspectiva, as soluções dos dilemas seriam por meio da comunicação entre os profissionais, na busca do consenso visando o melhor para o paciente (GERMANO, 2013).

Para tanto, é importante aprofundar nos efeitos que as relações no ambiente de trabalho exercem na perceptibilidade e compartilhamento das soluções dos dilemas vivenciados. Isso pode ser feito através da avaliação do clima ético, a partir do instrumento HECS, o qual será explanado no subitem 2.2.

## 2.2 INSTRUMENTO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY*

O instrumento HECS foi desenvolvido e validado por Linda L. Olson em Chicago, Estados Unidos, em 1998 com o intuito de avaliar a percepção do clima ético no ambiente de trabalho de enfermeiros. O interesse em desenvolver o instrumento foi embasado na análise do conceito do clima ético nas organizações de saúde, a partir de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi embasada na ética empresarial, enfermagem e na experiência da autora na área de administração hospitalar (OLSON, 1995, 1998).

Para embasar a construção do instrumento, foi utilizada por Olson (1995) a teoria de Schneider (1990) que descreve os tipos de climas organizacionais e as condições de trabalho abordadas na teoria de Brown (1990). O clima organizacional é visto como perfil de uma instituição, quando há o compartilhamento das percepções surgidas das inter-relações no local de trabalho (SCHNEIDER, 1990). Brown (1990) traz em sua teoria que é necessário ter boas condições para refletir sobre dilemas éticos nas organizações.

O instrumento, constituído por 26 itens, que enfoca as relações entre profissionais de saúde tem sido utilizado para avaliar o clima ético. É dividido em cinco fatores, conforme Olson (1998) e Constantina; Papastavrou; Charalambous (2018):

- Fator I pares: abrange o quanto as relações entre os colegas são de apoio, de transparência no cuidado e o quanto discutem sobre questões desafiadoras e se auxiliam nas tomadas de decisões.
- Fator II pacientes: reflete o quanto os pacientes são introduzidos no próprio cuidado, até qual limite as informações sobre a saúde deles são fornecidas, com que intensidade são escutados e conseguem tomar decisões em conjunto com os profissionais.
- Fator III gerentes: refere-se a chefia imediata, em que aborda aspectos relacionados ao respeito, confiança, aplicação de melhorias organizacionais e apoio dos gestores para com os enfermeiros nas tomadas de decisões.

- Fator IV hospital: refere-se o quanto a gestão do hospital apoia os enfermeiros por meio de capacitações e implementação de estratégias que possibilitem melhorar o clima organizacional. Além de elaboração e utilização de protocolos e diretrizes para auxiliar as equipes a decidir o melhor para o paciente.
- Fator V médicos: relaciona-se com o respeito, confiança, diálogo e envolvimento dos médicos com os enfermeiros em decidir sobre diagnóstico, tratamento e melhores cuidados aos pacientes. Essa dimensão mede o clima no trabalho entre médicos e enfermeiros, a existência de uma relação de trocas e quão ético são as decisões em conjunto.

No Quadro 1, são apresentados os fatores e seus respectivos itens, conforme o instrumento original.

Quadro 1 - Divisão dos fatores que envolvem o clima ético, conforme os itens do *Hospital Ethical Climate Survey*

<b>Fatores</b>	<b>Itens do Instrumento</b>
Fator I: Pares	1,10,18,23
Fator II: Pacientes	2,6,11,19
Fator III: Gerentes	3,7,12,15,20,24
Fator IV: Hospital	4,8,13,16,21,25
Fator V: Médicos	5,9,14,17,22,26

Fonte: Olson (1998).

O instrumento original continha 74 itens de avaliação da percepção do clima ético. Todos os itens foram medidos em uma escala Likert de 5 pontos, de 1 =quase verdadeiro a 5= quase nunca verdadeiro. A percepção do clima ético, a partir do HECS, pode ser classificada como positiva ou negativa. O HECS foi construído de acordo com as relações entre enfermeiros e pares, pacientes, gerentes e médicos em ambiente de trabalho. A validade de conteúdo do constructo foi avaliada por sete enfermeiros especialistas em ética, clima organizacional e administração em enfermagem (OLSON, 1998).

Depois que o conteúdo foi validado, o instrumento passou pelo teste piloto em três fases, conforme Olson (1998):

- Aplicação do instrumento com um grupo de estudantes de pós-graduação de enfermagem para avaliação da clareza conceitual e de conteúdo;
- Aplicação do instrumento com 30 enfermeiros das unidades de um hospital de tratamento agudo;
- Aplicação do instrumento com 12 enfermeiros em um hospital de tratamento intensivo, para análise de clareza, facilidade de responder ao instrumento e o tempo necessário para completá-lo.

Após o teste piloto, foi aplicado o instrumento com 360 enfermeiros de dois hospitais de cuidado agudo, em uma cidade do oeste americano. Um dos hospitais era público e o outro privado, escolhidos devido às diferenças no contexto de trabalho e os valores de cada instituição que podem influenciar no comportamento dos profissionais. O instrumento apresentava, em sua última página, espaço para comentários dos participantes (OLSON, 1998).

A validade do instrumento original foi avaliada por meio da análise fatorial confirmatória. A confiabilidade da consistência interna foi verificada utilizando o Alfa de Cronbach para todas as questões do instrumento.

Primeiramente, foram analisadas as correlações menores que 0,3 entre os itens. Com base nas baixas correlações, foram retiradas 27 de 74, ficando no total 47 itens. Cada fator (pares, pacientes, gestores, hospital e médicos) foram testados e conforme a avaliação das cargas fatoriais, correlações de fatores, resíduos e índices de adequação do ajuste foram eliminados 21 itens (OLSON, 1998). O instrumento final foi composto por 26 itens.

O alfa de cronbach do instrumento de 26 itens foi de 0,91, variando entre os seus cinco fatores: 0,73 (pares); 0,68 (pacientes); 0,92 (gestores); 0,77 (hospital) e 0,81 (médicos). Quanto maior for a média mais positivo é o clima ético (OLSON, 1998).

Os resultados da validação do instrumento original demonstraram sua confiabilidade e validade aceitável. Os fatores apresentaram intercorrelações entre 0,42 a 0,78; assim, não podem ser avaliados independentes, mas em conjunto considerando que a percepção dos enfermeiros está relacionada com o contexto do ambiente de trabalho, no qual esses fatores se inter-relacionam (OLSON, 1998).

A estrutura fatorial e os valores das cargas fatoriais de cada item do HECS original e de sua validação em outros países estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Estrutura fatorial do *Hospital Ethical Climate Survey* encontrados na literatura

Fatores	Itens	Artigos			
		A	B	C	D
Pares	1. My peers listen to my concerns about patient care	0,63	0,717	0,69	0,59
	10. My peers help me with difficult patient care issues/problems	0,69	0,693	0,63	0,61
	18. I work with competent colleagues.	0,7	0,678	0,55	0,69
	23. Safe patient care is given on my unit.	0,79	0,733	0,69	0,77
Pacientes	2. Patients know what to expect from their care.	0,47	0,708	0,51	0,52
	6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	0,74	0,589	0,5	0,79
	11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	0,73	0,542	0,6	0,77
	19. The patient's wishes are respected.	0,67	0,73	0,55	0,65
Gerentes	3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me	0,81	0,903	0,6	0,85
	7. My manager supports me in my decisions about patient care	0,81	0,912	0,78	0,85
	12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems	0,8	0,885	0,77	0,82
	15. My manager is someone I can trust.	0,9	0,773	0,8	0,78
	20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.	0,83	0,803	0,8	0,74
	24. My manager is someone I respect	0,9	0,745	0,64	0,71
Hospital	4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	0,56	0,509	0,71	0,55
	8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	0,62	0,531	0,7	0,56
	25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	0,64	0,628	0,6	0,69
	13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	0,61	0,42	0,56	0,58
	16. Conflict is openly dealt with, not avoided.	0,61	0,542	0,6	0,63
	21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems.	0,73	0,544	0,52	0,6
Médicos	5. Nurses and physicians trust one another	0,61	0,825	0,55	0,59
	26. Nurses are supported and respected in this hospital.	0,77	0,623	0,79	0,84
	9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	0,52	0,888	0,69	0,75
	14. I participate in treatment decisions for my patients.	0,51	0,476	0,56	0,55
	17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	0,74	0,643	0,74	0,58
	22. Nurses and physicians respect one another.	0,85	0,842	0,66	0,81

Legenda e fonte: A= Olson, 1998; B= Suhonen et al., 2015; C= Khalesi et al., 2014; D= Charalambous et al., 2018.

Alguns estudos realizaram adaptação e validação do instrumento HECS para profissionais de saúde em hospitais públicos e privados como da Finlândia, Grécia/Chipre e Irã. Ambos estudos apresentaram a estrutura fatorial com valores acima de 0,4 sendo valores semelhantes ao original, demonstrando um padrão claro do instrumento. Ademais, notou-se a partir de sua confiabilidade e validade, que o instrumento pode ser aplicado em diferentes contextos da área da saúde (SUHONEN et al., 2015; KHALESI et al., 2014).

### 2.3 CLIMA ÉTICO FRENTE ÀS RELAÇÕES LABORAIS A PARTIR DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY*

A definição do clima organizacional está vinculada ao modo como as pessoas avaliam suas relações entre si, refere-se às maneiras que os profissionais vivenciam e descrevem o seu ambiente de trabalho. É a percepção compartilhada diante das experiências vivenciadas em torno de seu contexto de trabalho (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013). As condições de trabalho influenciam nos valores, atitudes e na percepção dos profissionais, ou seja, a forma como é coordenado o trabalho determina como as relações acontecem (GARCÍA; CASTILLO; BÁRBARA, 2014).

Conforme Moos; Moos; Trickett (1999) algumas dimensões são contempladas pelo clima organizacional, as quais são referentes ao clima ético a ser enfatizado neste trabalho: envolvimento e responsabilização dos profissionais com as tarefas do trabalho; relação aberta, comunicativa e colaborativa entre colegas; suporte oferecido pela gestão da unidade e hospitalar; autonomia e liderança em realizar decisões que sejam mais coerentes na visão do profissional; organização e planejamento das atividades; inserção de inovações e tecnologias que visem o aprimoramento profissional; infraestrutura adequada que possibilite um trabalho de eficiência, agradável e sem prejuízos. Todas essas dimensões devem ser levadas em consideração para se ter um clima favorável e que possibilite um trabalho eficiente e seguro tanto para os profissionais como aos pacientes (MOOS; MOOS; TRICKETT, 1999).

O conceito de clima organizacional foi descrito, pela primeira vez, por Lewin, Lippitt e White, em 1930 (GARCÍA; CASTILLO; BÁRBARA, 2014). Após estudos sobre o assunto, em meados dos anos 60 e 70, psicólogos industriais, o definiram, naquela época, como um constructo de construção individual. Na década de 80, emergiram dúvidas sobre como ocorria o clima de uma organização, se o mesmo era de forma individual ou organizacional. Após discussões e pesquisas, verificou-se que o clima se manifesta de forma grupal (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013). A partir do clima, consegue-se perceber o que acontece no



ambiente laboral, sendo assim, uma ótima ferramenta para avaliação da organização da unidade de trabalho (SCHEIN, 1999).

O clima ético é um tipo de clima organizacional, no qual os profissionais compartilham suas percepções em ambiente de trabalho. É como os profissionais percebem o quanto as condições desse ambiente podem afetar suas atitudes diante de problemas, questões éticas e na sua tomada de decisão frente a estes dilemas (OLSON, 1998).

Para melhor aprofundamento teórico no tema clima ético, foi realizado uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as evidências científicas das produções que utilizaram o HECS para a avaliação do clima ético. Os resultados dessa revisão serão apresentados no subitem 2.2.1, sob forma de artigo intitulado “Avaliação do clima ético nos serviços de saúde: Revisão integrativa”, que está configurado nas normas da Revista Bioética, para qual foi submetido.

### 2.3.1 Artigo 1 – Avaliação do clima ético nos serviços de saúde: Revisão integrativa

#### AVALIAÇÃO DO CLIMA ÉTICO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

#### EVALUATION OF THE ETHICAL CLIMATE IN HEALTH SERVICES: INTEGRATIVE REVIEW

#### EVALUACIÓN DEL CLIMA ÉTICO EN SERVICIOS DE SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA

##### Resumo

O clima ético refere-se à perceptibilidade dos profissionais de saúde quanto ao tratamento ético das questões do trabalho. Este estudo buscou identificar as evidências científicas das produções que utilizaram o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* na avaliação do clima ético. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados SCOPUS, Pubmed e Medline, sendo selecionados 33 artigos. Evidenciou-se que o clima ético foi associado às questões de saúde do trabalhador e avaliado de moderado a positivo pelos profissionais de saúde. Na avaliação por fatores, o clima ético foi classificado positivo para os fatores pares, pacientes e gestão, e negativo para os fatores médicos e hospital. Compreende-se a importância da avaliação do clima ético para sustentabilidade e melhorias do ambiente de trabalho. Nesse caso, o *Hospital Ethical Climate Survey* se apresentou válido e fidedigno ao ser aplicado em serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Ética. Serviços de Saúde. Enfermagem.

##### Resumen

El clima ético se refiere a la percepción de los profesionales de salud en relación al tratamiento ético de las cuestiones de trabajo. Esta investigación buscó identificar las evidencias científicas de las producciones que utilizaron el instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* en la evaluación del clima ético. Se trata de una revisión integrativa realizada en las bases de datos SCOPUS, Pubmed y Medline, siendo seleccionados 33 artículos. Se evidenció que el clima ético estaba asociado a las cuestiones de salud del trabajador y fue evaluado de moderado a positivo por los profesionales de salud. En la evaluación por factores, el clima ético fue clasificado positivo para los factores pares, pacientes y gestión, y negativo para los factores médicos y hospital. Se comprende la importancia de la evaluación del clima ético para la sostenibilidad y mejoras del ambiente laboral. En este caso, el *Ethical Climate Survey* se mostró válido y fiable al ser aplicado en los servicios de salud.

**Palabras clave:** Ética. Servicios de Salud. Enfermería.

##### Abstract

The Ethical Climate refers to the perceptibility of health professionals regarding the ethical treatment of work issues. This study aimed to identify the scientific evidences of the productions that used the *Hospital Ethical Climate Survey* in the evaluation of the ethical climate. This is an integrative review conducted in the databases SCOPUS, Pubmed e Medline, and 33 articles were selected. It was evidenced that the ethical climate was associated with the occupational health issues and evaluated from moderate to positive by health workers. In the evaluation by factors, the ethical climate was classified as positive for the factors even, patients and management, and negative for the medical and hospital factors. We understand the importance of evaluating

the ethical climate for sustainability and improvements in the work environment. In this case, the Hospital Ethical Climate Survey was valid and reliable when applied in health services.

**Key words:** Ethics. Health Services. Nursing.

### Introdução

O Clima Ético (CE) pode ser definido como a perceptibilidade dos profissionais de saúde referente ao tratamento ético das questões assistenciais e das relações em seu ambiente de trabalho<sup>1,2</sup>. Essas questões referem-se aos problemas no cuidado, diagnóstico e tratamento dos pacientes e como eles são tratados institucionalmente e entre as equipes de saúde<sup>3</sup>. A percepção dos profissionais sobre o CE é influenciada pelo comportamento organizacional, a qual pode ser positiva a partir da promoção de um ambiente de trabalho que favoreça o exercício da autonomia e inclusão de todos os envolvidos no cuidado, com abertura para discussão e tomadas de decisões<sup>1</sup>.

O CE vem sendo avaliado por meio de alguns instrumentos, em serviços hospitalares e não hospitalares<sup>1,2</sup>. Dentre os instrumentos utilizados estão: o *Ethical Climate Questionnaire* (ECQ -26) desenvolvido para medir o CE em serviços, indústrias e comércios<sup>2</sup>, o *Ethical Decision-Making Climate Questionnaire* (EDMCQ) para avaliação do CE em unidades de terapia intensiva<sup>4</sup> e o *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) que, em alguns estudos, apresentou-se mais adequado em avaliar o CE em áreas hospitalares<sup>5-7</sup>.

O HECS foi desenvolvido em 1998, nos Estados Unidos, Chicago, para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o CE<sup>1</sup>. Foi validado em um estudo com 360 enfermeiros de dois hospitais de cuidados agudos, em uma cidade do Oeste americano<sup>1</sup>. Esse instrumento é composto por cinco fatores: pacientes, médicos, pares (colegas), hospital (gestão do hospital) e gestão (gestão da unidade)<sup>1</sup>.

Esses fatores referem-se às relações entre colegas de equipe, gestão e com pacientes. Cada fator avalia o quanto essas relações podem auxiliar ou dificultar as tomadas de decisões, que devem ser realizadas de forma ética, considerando todos os envolvidos na situação-problema<sup>1,8</sup>. Para cada uma dessas relações, o CE pode ser classificado como negativo, moderado ou positivo, a depender das inter-relações e no quão éticas serão as tomadas de decisões entre as partes envolvidas<sup>1,8,9</sup>.

Nesse sentido, quando a avaliação do CE é negativa, pode implicar em consequências como intenção de rotatividade<sup>10</sup>, insatisfação com o trabalho<sup>10</sup>, sofrimento do trabalhador<sup>11</sup> e estresse moral<sup>12</sup>, além de maior tendência em cometer erros médicos<sup>13</sup>. Essas consequências podem constranger a agência moral do trabalhador, por isso se faz necessária a identificação das evidências de avaliação do CE.

A partir da análise dos artigos que avaliaram o CE, será possível identificar elementos que possam fortalecer ou fragilizar a atuação ética e moral do trabalhador, bem como refletir na qualidade e segurança do cuidado prestado aos pacientes. Ademais, auxiliar a planejar ações que visem melhorar o ambiente de trabalho, com intuito de facilitar as decisões a serem realizadas de forma compartilhada e com base nos preceitos éticos e morais das instituições, principalmente da profissão do trabalhador.

Portanto, este estudo teve como questão norteadora: “Quais as evidências científicas sobre a avaliação do CE publicadas na literatura a partir da utilização do instrumento HECS?” Para responder a esse questionamento, teve-se como objetivo geral identificar as evidências científicas das produções que utilizaram o instrumento HECS

na avaliação do CE. Como objetivos específicos avaliar as características psicométricas do HECS e identificar os fatores associados ao CE.

### **Método**

Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir de cinco etapas<sup>14</sup>: 1) Formulação da pergunta de revisão; 2) Estabelecimento dos critérios de seleção e definição das bases de dados; 3) Construção e preenchimento de um formulário para registro e extração dos dados coletados; 4) Avaliação crítica dos estudos primários; 5) Análise e síntese descritiva dos resultados da revisão e 6) Síntese do conhecimento.

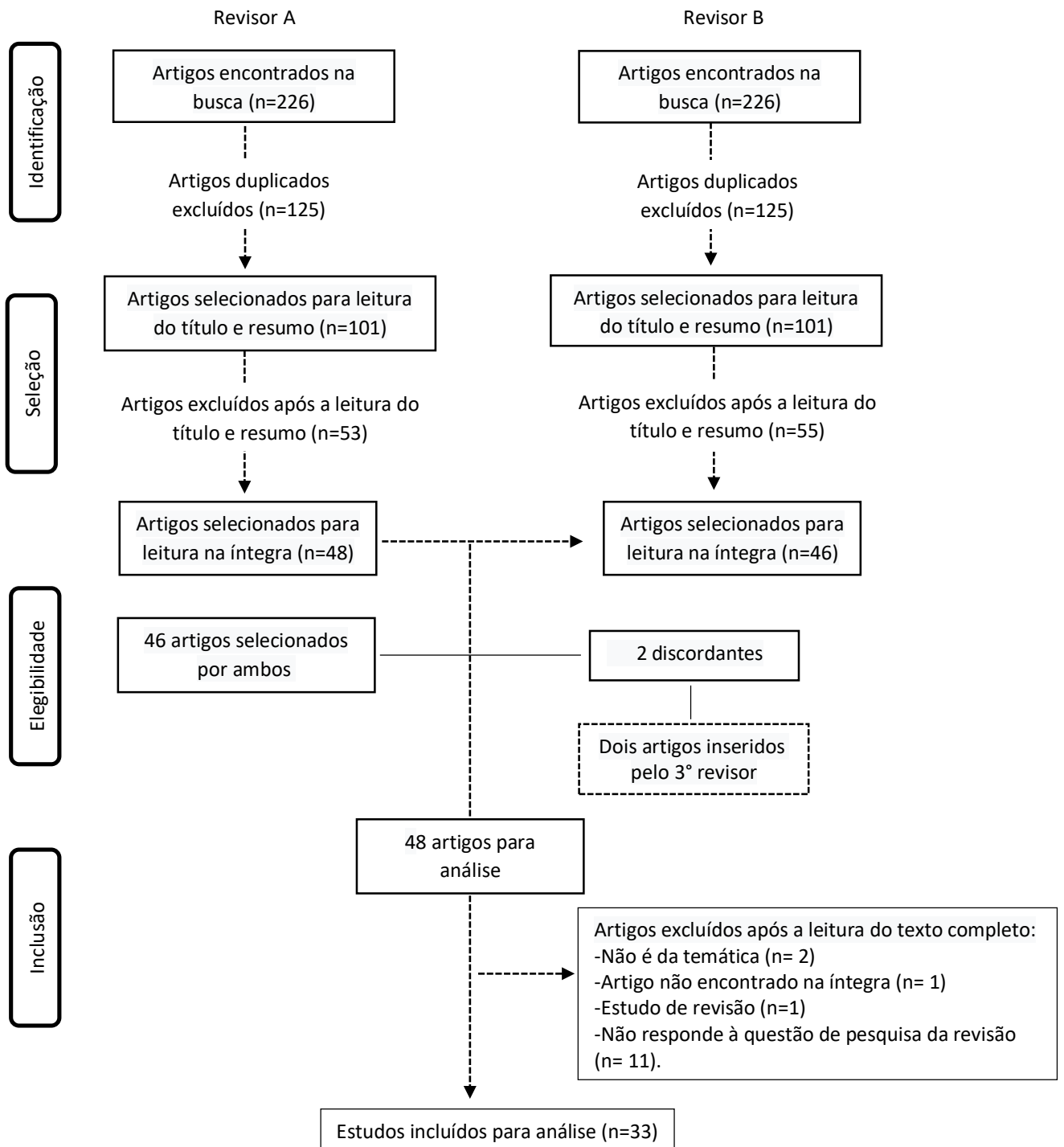
Na primeira etapa, a partir da estratégia PICOT: população (P); intervenção (I); comparação (C); desfecho (O) e tempo (T)<sup>14</sup>, delimitou-se a questão norteadora “Quais as evidências científicas sobre a avaliação do CE publicadas na literatura a partir da utilização do instrumento HECS?”

Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios de seleção e a busca nas bases de dados. Foram incluídos artigos originais, completos, nos idiomas inglês, português ou espanhol, e que utilizassem o HECS na abordagem do CE com profissionais atuantes em serviços de saúde.

A busca foi realizada nas bases de dados: SCOPUS (Elsevier), PubMed e Medline Complete (EBSCO). Ao realizar a busca na base SCOPUS, utilizou-se a estratégia: (*“Ethical Climate” AND Nursing*) AND (*Questionnaire OR Instrumento OR Scale OR Validation*), com 54 estudos encontrados; na PubMed: (*“Ethical Climate”*) AND (*Nursing OR Nurse*), com 90 publicações; e, na Medline: (*“Ethical Climate” AND “Hospital Ethical Climate”*) AND (*Nursing OR Nurse*), encontraram-se 87 estudos.

A busca nas bases de dados e a análise dos estudos foram realizadas em maio de 2019 de forma duplo-independente, pela autora da pesquisa e por uma bolsista de iniciação científica, previamente capacitada. Foram eliminados cinco estudos, a partir do filtro idiomas, os quais não estavam em inglês, português ou espanhol, restando 226 publicações que foram submetidas ao processo de seleção, conforme Figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção duplo-independente dos artigos incluídos na revisão.



Fonte: Autores.

As publicações indexadas em mais de uma base de dados foram incluídas apenas uma vez, restando, portanto, 101 estudos para análise. Na primeira avaliação, com leitura dos títulos e resumos, o revisor A excluiu 53 estudos e o revisor B, 55. Diante da divergência de seleção, os dois artigos excluídos pelo revisor B foram avaliados e incluídos por um terceiro revisor, na fase de elegibilidade. Sendo assim, obteve-se um total de 48 estudos que

foram submetidos a segunda avaliação, a partir da leitura na íntegra. Nessa fase, foram excluídos outros 15 artigos. Dessa forma, o corpus final da revisão foi composto por 33 estudos.

Na terceira etapa, os 33 artigos selecionados foram avaliados quanto à qualidade dos dados e sua relação com o problema de pesquisa. Para a análise, foi construída uma tabela de extração dos dados, a qual continha tais informações: autores, identificação das bases de dados, área do estudo, país e ano de publicação, periódicos, idioma, objetivos, método, resumo dos artigos, se o artigo contemplava a temática deste estudo e os principais resultados e conclusões.

A quarta etapa compreendeu a avaliação crítica dos estudos primários, por meio de um sistema de classificação de evidências. Existem diferentes classificações que podem ser utilizadas, a partir do tipo de questão de pesquisa dos estudos primários selecionados. O método escolhido foi o de classificação em sete níveis, isto é, nível 1: revisão sistemática ou metanálise; nível 2: ensaio clínico randomizado controlado; nível 3: ensaios clínicos sem randomização; nível 4: estudos de coorte e de caso-controle; nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6: estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7: opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>15</sup>.

A quinta etapa compreendeu a análise e síntese descritiva dos resultados da revisão. Essas informações possibilitam a análise individual dos estudos e a comparação dos dados. A extração tem como intuito buscar resultados que possam vir responder a pergunta de revisão, enfatizando as diferenças e similaridades entre os estudos selecionados sem sofrer inferência do revisor.

Na sexta etapa, síntese do conhecimento são apresentados os resultados, conclusões e limitações dos estudos juntamente com impressões e reflexões dos autores. Cabe destacar, que a presente investigação manteve a autoria e fidedignidade dos artigos incluídos nesta revisão.

## Resultados

Predominaram estudos realizados na América do Norte (30,3%; n=10), especificamente nos Estados Unidos (27,8%; n=9)<sup>1,3,10,11,16-20</sup>, entre 2014 e 2015 (36,4%; n=12)<sup>13,16-18,21-28</sup>, publicados no periódico *Nursing Ethics* (33,3%; n=11) de qualis A1 e fator de impacto 2,530<sup>8,9,12,13,19,25,27,29-32</sup>.

Como campo de estudo, predominou o cenário hospitalar (84,8%; n=28)<sup>1,3,5-9,11-13,16-21,23,24,26,29-37</sup>, em unidades de cuidado agudo/crítico (24,2%; n=8)<sup>1,11,16,18,20,29,32,37</sup>. Entre as populações que participaram dos estudos, médicos<sup>6,11,17,30,37</sup>, auxiliares de enfermagem<sup>6,22,27,30</sup>, assistentes sociais<sup>10,17</sup> e farmacêuticos<sup>17</sup>, a categoria de enfermeiros (100%; n=33) prevaleceu em todos os estudos como uma das populações pesquisadas<sup>1,3,5-13,16-37</sup>.

No Quadro 2, estão dispostos a identificação (Id), o delineamento de estudo (DE); os níveis de evidência (NE); as variáveis associadas ao CE e os principais resultados. Como DE predominou o transversal (90,9%; n=30) com nível 6 de evidência.

**Quadro 1.** Quadro Sinóptico dos artigos selecionados.

<b>Id</b>	<b>DE</b>	<b>NE</b>	<b>Variáveis associadas ao CE</b>	<b>Principais resultados</b>
1 <sup>1</sup>	Metodológico	6	-Não apresenta.	- O HECS apresentou validade e confiabilidade para medir o CE.
2 <sup>5</sup>	Transversal	6	-Dados sociodemográficos	- O CE apresentou associação ao tempo de experiência e idade do profissional.
3 <sup>3</sup>	Transversal	6	-Intenção de rotatividade. -Intenção de deixar a enfermagem.	- Os enfermeiros que perceberam o CE positivo relataram maiores intenções em permanecer no setor. - Apresentou uma relação entre o CE com a intenção de deixar a enfermagem.
4 <sup>10</sup>	Transversal	6	-Satisfação no trabalho. -Intenção de rotatividade. -Estresse ético.	- Os participantes menos propensos a intenção de rotatividade e baixo nível de estresse ético avaliaram o CE mais positivo. - CE positivo aumentou a satisfação no trabalho e reduziu as intenções de rotatividade.
5 <sup>11</sup>	Transversal	6	-SM. -Dados laborais.	- Enfermeiros com alto nível de SM avaliaram o CE como mais negativo. - Enfermeiros avaliaram o CE mais negativo que os médicos.
6 <sup>29</sup>	Transversal	6	-SM.	- Quanto mais positivo o CE, menores são os níveis de SM
7 <sup>12</sup>	Transversal	6	-Estresse moral	- A percepção do CE negativo aumentou o estresse moral.
8 <sup>33</sup>	Transversal	6	-SM	- O CE positivo está associado a menores frequências de SM.
9 <sup>34</sup>	Transversal	6	-Satisfação no trabalho.	- Quanto mais positivo a percepção do CE, maior é o nível de satisfação dos enfermeiros.
10 <sup>35</sup>	Metodológico e transversal	6	-Não apresenta	- CE mostrou-se positivo nas unidades. A pontuação mais baixa foi para o fator “hospital” e mais alta foi o fator “pares”.
11 <sup>21</sup>	Transversal	6	-Intenção de rotatividade.	-Quanto mais positivo for o CE, menor foi a intenção de rotatividade.
12 <sup>13</sup>	Transversal	6	-Dados laborais. -Intenção de rotatividade - Experiência com erro médico.	-Apresentou diferenças significativas entre o CE e anos de experiência de enfermagem e ensino. -Os enfermeiros com uma percepção positiva para o CE apresentaram menores intenções de rotatividade e menor probabilidade em cometer erros médicos.
13 <sup>22</sup>	Transversal	6	-Cuidados de enfermagem individualizada.	- Os enfermeiros que avaliaram o CE como mais positivo, foram mais propensos a perceber que os cuidados prestados eram mais individualizados.
14 <sup>16</sup>	Misto	6	-SM. -Resíduo moral.	- Os enfermeiros que relataram maiores níveis de SM, perceberam o CE mais negativo.
15 <sup>23</sup>	Transversal	6	-Não apresenta.	- Maior média para o CE foi para o fator “gerentes” e a menor para o fator “médicos”. - O HECS apresentou validade e confiabilidade para medir o CE.
16 <sup>24</sup>	Transversal	6	-Dados sociodemográficos	-Os dados sociodemográficos não influenciaram nas percepções dos enfermeiros em relação ao CE.
17 <sup>17</sup>	Transversal	6	-SM. -Dados Laborais.	-As percepções mais positivas para o CE estavam associadas aos menores níveis de SM. -Os médicos perceberam o CE mais positivo que os enfermeiros.

18 <sup>25</sup>	Transversal	6	-Competência profissional auto avaliada. -Intenções de rotatividade -Satisfação no trabalho.	-Os enfermeiros em um nível de competência mais elevado, satisfeitos com o trabalho e que nunca planejaram mudar de emprego apresentaram percepções mais positivas para o CE.
19 <sup>26</sup>	Transversal	6	-Dados sociodemográficos -CE desejado.	- Relação significativa entre idade e ambiente de trabalho com o CE. -Diferença significativa entre a percepção do enfermeiro sobre o CE e o escore médio desejado do CE.
20 <sup>27</sup>	Transversal	6	-Não apresenta	- O CE em geral foi positivo, com a maior pontuação para o fator "pares" e a menor para o fator "médicos".
21 <sup>18</sup>	Transversal	6	-SM	-Relação inversa significativa entre o SM e CE.
22 <sup>28</sup>	Transversal	6	-Ambiente de prática -Intenção de rotatividade.	-Enfermeiros satisfeitos com a qualidade dos cuidados apresentam uma percepção mais positiva do seu CE. -Enfermeiros que tem intenções de rotatividade percebem o ambiente de prática e o CE menos positivo.
23 <sup>36</sup>	Transversal	6	-Dados sociodemográficos -Comportamento ético.	-As relações dos dados sociodemográficos e comportamento ético com o CE não foram significativos.
24 <sup>30</sup>	Transversal	6	-Dados laborais.	-Enfermeiros avaliaram o CE positivo com menor frequência do que os médicos.
25 <sup>37</sup>	Longitudinal	4	-Dados laborais -SM.	-Enfermeiros avaliaram o CE mais negativo do que os médicos. -O CE positivo auxilia enfermeiros e médicos em lidar melhor com SM.
26 <sup>31</sup>	Transversal	6	-Satisfação no trabalho -Liderança ética.	-A satisfação com o trabalho foi positivamente correlacionada com o CE. -Não houve associação significativa entre o CE e liderança ética.
27 <sup>9</sup>	Transversal	6	-Liderança ética -Satisfação no trabalho -Dados sociodemográficos e laborais.	- Correlação positiva e significativa entre a liderança ética, CE e satisfação no trabalho. -Diferença estatisticamente significativa entre o CE com o tipo de trabalho, carga horária, condições de trabalho e satisfação com o trabalho. -Os enfermeiros com maior tempo de experiência na instituição apresentaram maiores escores para liderança e CE. -Os enfermeiros mais satisfeitos com a profissão e com o relacionamento com seus colegas percebem mais positivo o CE.
28 <sup>32</sup>	Transversal	6	-Satisfação no trabalho	- Relação significativa ente o CE e satisfação no trabalho.
29 <sup>19</sup>	Transversal	6	-Dados sociodemográficas e laborais.	- Enfermeiros com menos de 30 anos apresentaram CE mais positivo do que enfermeiros com mais de 30 anos. -Relação significativa entre o CE e as especialidades, sendo que enfermeiros de cuidados críticos adultos tiveram os escores médios totais mais altos.
30 <sup>8</sup>	Transversal	6	-Dados laborais	- Enfermeiros com graduação avaliaram o CE mais positivo que os enfermeiros com pós-graduação.
31 <sup>20</sup>	Transversal	6	-SM -Empoderamento psicológico.	-Os enfermeiros que avaliaram o CE mais positivo apresentaram níveis mais baixos de SM. -Apresentou uma correlação positiva entre HECS e <i>Psychological Empowerment Instrument</i> .
32 <sup>7</sup>	Metodológica	6	-Não apresentou.	- O HECS apresentou validade e confiabilidade para medir o CE.



33 <sup>6</sup>	Transversal	6	-Dados laborais.	-Os médicos avaliaram o CE mais positivo que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem.
-----------------	-------------	---	------------------	---

Fonte: autores. Legenda: CE: Clima Ético; HECS: *Hospital Ethical Climate Survey* e SM: Sofrimento Moral.

Evidenciou-se associações do CE com outras variáveis (84,8%; n=28)<sup>3,5,6,8,9-13,16-22,24-26,28-34,36,37</sup>. Sendo que na maior parte dos estudos, o CE foi associado ao sofrimento moral (SM), avaliado por meio do instrumento *Moral Distress Scale* (24,2%; n=8)<sup>11,16-18,20,29,33,37</sup>; à satisfação no trabalho ao utilizarem o *Job Satisfaction Scale*<sup>10</sup>, *Minnesota Job Satisfaction Questionnaire*<sup>34</sup>, *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (K-MSQ)<sup>31</sup>, *Minnesota Satisfaction Scale* (MSQ)<sup>9</sup> e *Brayfield and Rothe Job Satisfaction Index*<sup>32</sup> (15,6%;n=5) e intenção de rotatividade por meio de *Antecipated Turnover Scale*(3) e *Turnover Intention*<sup>21</sup> (6,1%;n=2). Além disso, foram utilizadas questões sobre satisfação no trabalho<sup>25</sup> e intenção de rotatividade<sup>10,13,25,28</sup> formadas pelos autores dos estudos (15,6%; n=5).

Na Tabela 1, estão dispostos os valores da média (M) e desvio padrão (DP) utilizados na classificação geral e por fatores do HECS.

**Tabela 1.** Classificação geral e por fatores do *Hospital Ethical Climate Survey*.

ID*	Classificação do CE/HECS por fatores					Classificação geral do CE/HECS
	Pacientes	Pares	Médicos	Gerentes	Hospital	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
4 <sup>10</sup>	-	-	-	-	-	97,3(14,4)
6 <sup>29</sup>	3,71(0,573)	4,12 (0,617)	3,35(0,741)	3,40(1,071)	3,11(0,747)	3,48(0,612)
8 <sup>33</sup>	-	-	-	-	-	95,00(**)
9 <sup>34</sup>	-	-	-	-	-	3,36(0,69)
10 <sup>35</sup>	3,90 (0,49)	4,15 (0,49)	3,75(0,59)	3,85(0,77)	3,64(0,59)	3,85(0,46)
11 <sup>21</sup>	3,35 (0,40)	3,61(0,50)	2,76(0,60)	3,28(0,60)	2,78(0,50)	3,11(**)
12 <sup>13</sup>	3,60 (0,60)	3,7 (0,70)	3,0(0,80)	3,8(0,80)	3,3(0,60)	3,5(0,60)
13 <sup>22</sup>	-	-	-	-	-	3,85(0,56)
14 <sup>16</sup>	-	-	-	-	-	94,39(18,3)
15 <sup>23</sup>	2,80 (0,64)	2,90 (0,65)	2,46(0,69)	3,04(0,66)	2,61(0,72)	2,75(0,58)
16 <sup>24</sup>	3,94 (0,64) <sup>+</sup>	4,12 (0,5) <sup>+</sup>	3,31 (0,76) <sup>+</sup>	4,23 (0,77) <sup>+</sup>	3,37 (0,81) <sup>+</sup>	3,76 (0,54) <sup>+</sup>
	4,01 (0,65) <sup>++</sup>	4,05 (0,64) <sup>++</sup>	3,46 (0,73) <sup>++</sup>	4,24 (0,76) <sup>++</sup>	3,48 (0,88) <sup>++</sup>	3,82 (0,61) <sup>++</sup>
17 <sup>17</sup>	-	-	-	-	-	58,2(11,1)
18 <sup>25</sup>	4,10 (0,52)	4,33(0,54)	3,74(0,58)	3,50(0,91)	3,54(0,64)	3,84(0,45)
19 <sup>26</sup>	14,70(2,76)	15,42 (2,66)	20,98(4,40)	22,07(3,93)	21,6(4,15)	94,78(15,35)
20 <sup>27</sup>	3,96 (0,54)	4,29(0,55)	3,58(0,71)	3,94(0,87)	3,64(0,67)	3,85(0,56)
21 <sup>18</sup>	-	-	-	-	-	96,6(17,77)
23 <sup>36</sup>	-	-	-	-	-	94,78(15,35)
25 <sup>37</sup>	-	-	-	-	-	3,86 (0,46)
26 <sup>31</sup>	3,69 (0,40)	4,01(0,48)	3,61(0,57)	3,98(0,56)	3,46(0,47)	3,59(0,41)

27 <sup>9</sup>	-	-	-	-	-	92,62 (17,0)
28 <sup>32</sup>	3,29 (**)	3,72(**)	1,58(**)	3,8(**)	2,61(**)	3,51(0,53)
29 <sup>19</sup>	3,60 (0,60)	3,94(0,65)	2,93(0,81)	3,04(1,06)	2,97(0,74)	3,22(0,65)
30 <sup>8</sup>	3,74 (0,69)	3,99 (0,64)	3,06 (0,79)	3,88(0,92)	3,4 (0,72)	3,58 (0,62)
31 <sup>20</sup>	-	-	-	-	-	3,9(0,5)

Fonte: Autores. \*Identificação dos estudos; \*\*não apresenta DP. - Não apresentaram a classificação por fatores. + Hospital A; ++ Hospital B.

Conforme a Tabela 1, dentre os estudos que avaliaram o clima ético por fatores, 84,6%(n=11) apresentaram escores mais altos para os fatores “pacientes”, “pares” e “gerentes”<sup>8,13,19,21,23,24,27,29,31,32,35</sup> classificados como positivos e 84,6%(n=11) escores mais baixos para os fatores “hospital” e “médicos”<sup>8,13,19,21,23,27,29,31,32,35</sup> classificados como negativos para o CE. A classificação geral do CE, a partir do HECS, foi de moderado a positivo, apresentando apenas um estudo com classificação negativa<sup>23</sup>.

Notou-se que os estudos avaliaram o instrumento HECS de duas formas, pela soma e média dos valores do instrumento: a partir da soma dos itens (24,2%; N=8)<sup>9,10,16-18,26,33,36</sup>, pela média geral do instrumento (48,5%; n=16)<sup>8,13,19-25,27,29,31,32,34,35,37</sup>, média por fatores (36,4%; n=12)<sup>8,13,19,21,23-25,27,29,31,32,35</sup> e média por itens (15,2%; n=5)<sup>8,16,18,23,25</sup> referente aos valores assinalados na escala *likert* de 5 pontos.

Alguns estudos<sup>20,35</sup> descreveram, a partir da análise da média, o valor para classificação do CE, sendo que acima de 3,5 foi considerado como positivo e inferior a esse valor como negativo. Outros<sup>9,16,18,24,32</sup> descreveram para a classificação do CE a soma dos pontos do instrumento, sendo considerado o valor máximo de 130 e 26 como mínimo. Nesse sentido, CE foi avaliado como positivo acima de 78 pontos e negativo quando foi inferior a esse valor<sup>26,36</sup>.

Os artigos que não estão descritos na Tabela 1, realizaram somente pesquisas de associações/correlações entre o CE e outras variáveis (15,2%; n=5)<sup>3,11,12,28,30</sup>, conforme foram expostos no Quadro 1, utilizaram porcentagens na avaliação geral do CE e/ou por itens do instrumento HECS<sup>5,30</sup> ou foram estudos de validação<sup>1,7</sup>. O HECS também foi utilizado de forma reduzida de 26 itens para 14<sup>6</sup> e 17<sup>30</sup> itens em unidades hemato-oncológicas, para 15<sup>11</sup> e 25<sup>37</sup> em Unidades de cuidado agudo/crítico e para 16<sup>17</sup> itens em setores hospitalares.

A confiabilidade geral do instrumento variou de 0,85 a 0,95, avaliada por meio do alfa de Cronbach (63,6%; n=21)<sup>1,3,5,7-12,18-20,22-24,27,31-33,35,37</sup>. Já a confiabilidade por fatores foi calculada em 21,2% (n=7) dos artigos, sendo que o fator “pares” variou de 0,70 a 0,88, “pacientes” de 0,58 a 0,85, “gestores” de 0,73 a 0,93, “hospital” de 0,58 a 0,83 e o fator “médicos” de 0,71 a 0,89<sup>1,7,8,19,23,27,35</sup>.

## Discussão

Quanto à caracterização dos estudos, prevaleceram as produções científicas realizadas nos Estados Unidos, em cenário hospitalar, principalmente em unidades críticas, possivelmente justificado pelo motivo do HECS ter sido desenvolvido em Chicago e em áreas hospitalares. A escolha dos estudos em avaliar o CE em unidades críticas pode ser pelo modo operante de trabalho, voltado aos cuidados mais específicos e complexos aos pacientes, o que pode promover maiores dilemas e conflitos éticos a serem resolvidos, demandando tomadas de decisões e deliberação moral<sup>16</sup>.

Ademais, o CE a partir do HECS, em alguns estudos, apresentou associação/correlação com o SM, intenção de rotatividade e satisfação no trabalho. Evidências científicas demonstram que o CE positivo favorece na redução de fatores contribuintes para a ocorrência de SM e estresse no ambiente laboral, intenção de rotatividade e abandono da profissão, bem como fortalece a equipe e torna-a mais satisfeita com o trabalho<sup>10,12,13,21,25,32-34,37</sup>.

O SM, nos estudos, foi a variável que mais apresentou associações significativas com o CE<sup>16,20,32</sup>. Isso ocorre, em especial, pela dificuldade dos profissionais em tomar decisões de maneira compartilhada<sup>18</sup>. Ademais, a insegurança dos colegas frente aos cuidados dos pacientes e a escassez de profissionais para a demanda de alta intensidade são situações que causam SM e são resultados de um ambiente ético pouco colaborativo, o que influencia na percepção mais negativa do CE<sup>16</sup>.

A exemplo disso em unidades pediátricas e neonatais, por prestarem assistência a crianças com necessidade de cuidados de alta complexidade, observa-se situações que podem favorecer o desenvolvimento de SM. Visto que esse ambiente é composto por situações delicadas associadas à experiência dos profissionais de presenciarem o sofrimento de crianças e familiares em tratamento intensivo<sup>16</sup>. Portanto, uma relação equilibrada entre a equipe constitui-se num elemento favorável ao desenvolvimento de um trabalho mais leve e com menores tensões durante a assistência<sup>29</sup>.

Em geral, a percepção do CE apresentou-se de moderado a positivo em vários estudos<sup>13,19,21,25,27,29,31,32,35,36</sup>. No entanto, as questões que analisaram o relacionamento entre enfermeiros e médicos apresentaram as menores médias<sup>13,21,24,26</sup>.

Identificaram-se, nos estudos, dificuldades na interação entre médicos e enfermeiros, possivelmente, por falta de comunicação e discussão de assuntos relacionadas ao diagnóstico e tratamento<sup>38</sup>. A enfermagem por estar mais próxima dos pacientes pode oferecer observações e elementos importantes para definição do tratamento, porém muitas vezes está distante dessa decisão<sup>38</sup>.

As dificuldades nas relações podem estar associadas às diferentes percepções do ambiente ideal de trabalho. Como os estudos realizados em unidades oncológicas e de cuidados críticos, ao compararem as percepções de diferentes categorias profissionais, encontraram CE mais positivo, percebidos pelos médicos<sup>6,11</sup>. Isso pode estar relacionado às diferentes responsabilidades e competências de cada profissão dentro das unidades de trabalho<sup>30,37</sup>. Nesse contexto, o enfermeiro possui maior criticidade no processo laboral por estar em maior tempo inserido nos serviços de saúde, buscando compreender o que é uma situação de conflito e deliberar sobre ela em equipe, pela qual é responsável. Talvez, por esse motivo, apresente maiores possibilidades em avaliar o CE mais negativo<sup>30</sup>.

Ao contrário da relação entre enfermeiros e médicos, vários estudos apresentaram percepções positivas entre os pares, o que indica a existência de relacionamento de apoio e cooperação<sup>13,19,21,25,27,29,31,35</sup>. Essas relações estão associadas à prática de exercer a liderança e o uso da ferramenta de escuta entre os colegas, o que auxilia na interação para realizar de forma homogênea as atividades assistenciais<sup>8,25</sup>. Logo, o estabelecimento de uma relação saudável auxilia na tomada de decisão e no enfretamento de dilemas, além de possibilitar a prestação de cuidados de maneira mais segura aos pacientes<sup>8,30</sup>.

Nessa perspectiva, a maior parte dos estudos apresentaram CE positivo para o fator pacientes, o que evidencia uma boa relação com respeito mútuo entre profissionais de saúde e pacientes<sup>13,19,25,27,29,31,35</sup>. À medida que o

profissional respeita a autonomia do paciente no tratamento e sua inserção no cuidado, proporciona maior interação e confiança nas relações<sup>30</sup>.

Entretanto, as percepções dos profissionais foram negativas para o fator hospital. A carência de apoio e abertura para questionamentos por parte da gestão influenciou negativamente o CE<sup>13,21,23,25,29,31,35</sup>. A gestão tem como papel fundamental, auxiliar no desenvolvimento e manutenção de um ambiente saudável e promoção de espaços para discussões com os trabalhadores<sup>26</sup>. Sendo assim, torna-se importante que os gestores saibam exercer a liderança frente aos problemas que acometem as instituições, estabelecer normas éticas e orientar os profissionais de como agir diante dos dilemas<sup>23,31</sup>.

A gestão da unidade, a qual na maioria dos estudos recebeu avaliação positiva, necessita se mostrar empenhada para melhorar o trabalho de equipe ao investir em aperfeiçoamento do local, transmitindo aos trabalhadores a vontade de beneficiar o clima organizacional e a assistência<sup>39</sup>. A valorização das categorias profissionais possibilita a diversificação no trabalho e de um bom relacionamento de respeito, por esse motivo a equipe alcança melhor desempenho<sup>34</sup>.

Referente às análises do instrumento, o estudo original de validação do HECS<sup>1</sup> avaliou o CE por meio da média das pontuações, porém não ocorreu uma normalização do instrumento, sendo que alguns estudos utilizaram a soma<sup>9,10,16-18,26,33,36</sup>, essa situação pode dificultar a análise e ocorrência de diferentes padronizações. No entanto, o instrumento HECS foi utilizado de forma reduzida em outros países em unidades críticas<sup>6,11,30,37</sup>, o que o torna um instrumento de fácil adaptação e aplicação em diferentes locais.

Dessa maneira, evidenciou-se que o HECS é válido e fidedigno para medir o CE em meio hospitalar, sendo que a confiabilidade do instrumento foi acima de 0,70 nos estudos que realizaram o cálculo de alfa de *cronbach*<sup>1,3,5,7-12,18-20,22-24,27,31-33,35,37</sup>. Essa medida justifica sua aplicabilidade com profissionais de unidades de saúde, não somente com enfermeiros<sup>1,3,5-13,16-37</sup>, também com médicos<sup>6,11,17,30,37</sup>, auxiliares de enfermagem<sup>6,22,27,30</sup>, assistentes sociais<sup>10,17</sup> e farmacêuticos<sup>17</sup>.

## Conclusão

O CE, na maior parte dos estudos, apresentou-se ser passível de associações com questões voltadas à saúde do trabalhador, como SM, satisfação no trabalho e intenção de rotatividade. Além disso, a classificação do CE, a partir do HECS, foi de moderado a positivo variando para os fatores pares, pacientes e gestão com maiores escores, classificados como positivos e fatores médicos e hospital com menores escores, classificados como negativos para o CE.

O HECS no geral se mostrou válido e fidedigno em medir o CE, nesse sentido faz-se necessário adaptar e validar o instrumento para o Brasil no intuito de medir o CE em serviços de saúde em diferentes categorias profissionais. Ademais, realizar pesquisas de associações entre o CE com outras áreas da saúde do trabalhador, como o *burnout*, estresse e assédio moral aliado a ações de intervenção. Nessa perspectiva, buscar melhorar o CE nos setores de saúde, qualidade da assistência e reduzir problemas psíquicos dos trabalhadores.

## Referências

1. Olson LL. Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. *J Nurs Scholarsh.* [Internet]. 1998 [acesso 17 abr 2018]; 30(4): 345-49. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9866295>
2. Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climate. *Adm Sci Q.* [Internet]. 1988 [acesso 17 abr 2018]; 33(1):101–25. DOI:10.2307/2392857
3. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh.* [Internet]. 2005 [acesso 12 mai 2018]; 37(2):173-77. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x
4. Benoit DD, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, 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.* [Internet]. 2018 [acesso 12 mai 2018]; 44(7):1039–49. DOI: 10.1007/s00134-018-5231-8
5. Bahcecik N, Oztürk H. The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* [Internet]. 2003 dec [acesso 15 mai 2018]; 5(4):94-9. Disponível: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=14660940>
6. Pergert P, Bartholdson C, af Sandeberg M. The ethical climate in paediatric oncology - a national cross-sectional survey of healthcare personnel. *Psycho-Oncology.* [Internet]. 2019 jan [acesso 10 mai 2019]; 28:735–741. DOI: 10.1002/pon.5009
7. Charalambous A, Cloconi C, Papastavrou E, Theodoula A. Psychometric Properties of the Hospital Ethical Climate Survey: A Cross-Sectional Study in Greek and Cypriot Cancer Care Settings. *J Nurs Meas.* [Internet]. 2018 ago [acesso 20 mai 2018]; 26(2):237-248. Disponível: 10.1891/1061-3749.26.2.237
8. Constantina C, Papastavrou E, Charalambous A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2018 mai [acesso 15 mai. 2018]; 26(6):1805-21. DOI: 10.1177/0969733018769358
9. Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2017 nov [acesso 15 mai. 2018]; 26(4):1211-25. DOI: 10.1177/0969733017736924
10. Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine.* [Internet]. 2007 [acesso 12 mai. 2018]; 65(8):1708-19. DOI: [10.1016/j.socscimed.2007.05.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.050)
11. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* [Internet]. 2007 [acesso 12 mai. 2018]; 35(2):422-29. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D
12. Lützn K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2010 [acesso 06 mai. 2018]; 17(2):213-24. DOI: 10.1177/0969733009351951
13. Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2014 [acesso 06 mai 2018]; 21(1):28-42. DOI: 10.1177/0969733013486797
14. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadores. *Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Editora Moriá; 2017.p. 51-76.

15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
16. Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part I. *Dimens Crit Care Nurs*. [Internet]. 2014 [acesso 20 abr. 2018]; 33(4):234-45. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000050
17. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral Distress among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2015 [acesso 18 abr. 2018]; 47(2):117–25. DOI: 10.1111/jnu.12115
18. Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate part II: Neonatal and pediatric perspectives. *Dimens Crit Care Nurs*. [Internet]. 2015 [acesso 18 abr. 2018]; 34(1):33-46. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000083
19. Lemmenes D, Valentine P , Gwizdalski P, Vincent C, Liao C. Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2018 set [acesso 09 mai 2018]; 25(6):724-33. DOI: 10.1177/0969733016664980
20. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2018 jul [acesso 10 mai 2019]; 27(4):295-302. DOI: 10.4037/ajcc2018252
21. Han SJ. Nurse turnover intention and influencing factors. International Information Institute. 2014; v. 17(10A): 5037-42. Disponível: <https://search.proquest.com/docview/1648990988/fulltextPDF/F3446782B0EF45E4PQ/1?accountid=26643>
22. Suhonen R, Stolt M, Gustafsson ML, Katajisto J, Charalambous A. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2014 [acesso 14 mai 2018]; 70(6):1356-68. DOI: 10.1111/jan.12297
23. Khalesi N, Arabloo J, Khosravizadeh O, Taghizadeh S, Heyrani A, Ebrahimian A. Psychometric properties of the Persian version of the "Hospital Ethical Climate Survey". *J Med Ethics Hist Med*. [Internet]. 2014 [acesso 20 mai 2018]; 7(15). Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263392/>
24. Ghorbani AA, 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*. [Internet]. 2014 abr [acesso 20 mai 2018]; 3(1):e12867. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228523/>
25. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses' perceptions. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2015 [acesso 05 mai 2018]; 22(8):845-59. DOI: 10.1177/0969733014557137
26. Jahantigh M, Arbabisarjou A, Zare S, Shahrakipour M, Ghoreishinia G. Hospital's ethical climate and nurse's desired ethical climate in Ali-ebn-Abitaleb and Khatam-al-Anbia hospital of Zahedan (2015). *Pharm Lett*. [Internet]. 2015 [acesso 20 mai 2018]; 7(12):427-31. Disponível: <https://www.scholarsresearchlibrary.com/abstract/hospitals-ethical-climate-and-nurses-desired-ethical-climate-in-aliebnabitaleb-and-khatamalanbia-hospital-of-zahedan-201-4236.html>

27. Suhonen R, Stolt M, Katajisto J, Charalambous A, Olson LL. Validation of the Hospital Ethical Climate Survey for older people care. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2015 [acesso 16 mai 2018]; 22(5):517-32. DOI: 10.1177/0969733014549878
28. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Newly Graduated Nurses' Competence and Individual and Organizational Factors: A Multivariate Analysis. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2015 [acesso 04 mai 2018]; 47(5):446-57. DOI: 10.1111/jnu.12153
29. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2009 [acesso 19 abr 2018]; 16(5):561-73. DOI: 10.1177/0969733009106649
30. Bartholdson C, Sandeberg MA, Lützn K, Blomgren K, Pergert P. Healthcare professionals' perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2016 [acesso 20 mai 2018]; 23(8):877-88. DOI: 10.1177/0969733015587778
31. Jang Y, Oh Y. Impact of ethical factors on job satisfaction among Korean nurses. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2017 dez [acesso 10 mai 2018]; 26(4):1186-98. DOI: 10.1177/0969733017742959
32. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2017 jul [acesso 20 abr 2018]; 26(2):346-56. DOI: 10.1177/0969733017712083
33. Silén M, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: Perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2011 [acesso 20 abr 2018]; 20(23-24):3483-93. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03753.x
34. Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. The relationship between ethical climate at work and job satisfaction among nurses in Tehran. *Indian J Med Ethics*. [Internet]. 2013 [acesso 12 mai 2018]; 10(4):238-42. DOI: 10.20529/IJME.2013.072
35. Clayes M, Faelens A, Sabbe B, Schrijvers D, Casterle BD, Luyten P. Psychometric properties of the Hospital Ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses. *Eur J Pers Cent Healthc*. [Internet]. 2013 [acesso 12 mai 2018]; 1(1):202-08. DOI: 10.5750/ejpc.v1i1.652
36. Jahantigh M, Zare S, Shahrakipour M. The survey of the relationship between ethical climate and ethical behavior in nurses. *Der pharma chemical*. [Internet]. 2016 [acesso 20 mai 2018]; 8(3):189-93. Disponível: <https://www.derpharmachemica.com/abstract/the-survey-of-the-relationship-between-ethical-climate-and-ethical-behavior-in-nurses-4007.html>
37. Boer JC, Rosmalen J, Bakker AB, Dijk M. Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurement. *Nurs Crit Care*. [Internet]. 2015 set [acesso 13 mai 2018]; 21(3):e19-e27. DOI: 10.1111/nicc.12206
38. Pimentel D. Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros. Brasília: CFM; 2017.
39. Esmaelzadeh F, Abbaszadeh A, Borhani F, Peyrovi H. Ethical leadership and organizational climate: The experience of Iranian nurses. *Iran Red Crescent Med J*. [Internet]. 2017 [acesso 15 mai 2018]; 19(4):e43554. DOI: 10.5812/ircmj.43554

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo faz parte do projeto matricial intitulado “Sofrimento moral em enfermeiros hospitalares: qual sua relação com clima ético e *burnout*? Este projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na Linha de Pesquisa “Interface entre trabalho, ética e saúde”.

#### 3.1 DELINEAMENTO DO PROJETO MATRICIAL

Trata-se de um estudo desenvolvido em duas etapas, uma metodológica e outra transversal. Estudos metodológicos auxiliam a realizar todo o processo de validação de instrumentos, fornecendo o mais confiável e com máxima fidedignidade ao original (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos transversais são aplicados com intuito de analisar a ocorrência de um determinado fenômeno em uma população específica, avaliar os fatores associados e descrever as características da população. São estudos que fornecem uma fotografia e diagnóstico da problematização no contexto em que está sendo analisada (PEREIRA, 2015; MEDRONHO, 2005).

Desta forma, apresenta-se como objetivo geral “Verificar a associação entre a percepção do clima ético com a vivência de sofrimento moral e *burnout* em enfermeiros hospitalares”. E os específicos: Caracterizar a população quanto aos dados sociodemográficos e laborais; Adaptar transculturalmente instrumento de avaliação do clima ético; Avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético; Analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral dos enfermeiros; Verificar associação entre sofrimento moral, clima ético e *burnout* com as características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros.

O cenário de estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Conforme os dados disponibilizados na página *online*, o HUSM é órgão integrante da UFSM caracterizado como hospital de ensino, geral e público, de nível terciário, atendendo 100% pelo Sistema Único de Saúde, com capacidade de 403 leitos. Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde.

O HUSM, em dezembro de 2013, passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Nessa instituição, referência em saúde para a região centro



do estado, são atendidos pacientes de diversas localidades, sempre aliando a tecnologia a uma equipe de trabalhadores e estudantes capacitados e atualizados da área da saúde.

O estudo foi desenvolvido com 269 enfermeiros atuantes no HUSM. Todos os 303 enfermeiros que estavam atuando em seus setores foram convidados a participar, constituindo-se numa amostra não-probabilística por conveniência. Adotou-se como critério de inclusão: enfermeiros com mínimo de um mês de trabalho no hospital pesquisado e critério de exclusão: licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados aconteceu no período de abril a julho de 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e procedimentos metodológicos de adaptação transcultural do instrumento HECS. Na coleta de dados foi apresentado aos participantes os objetivos e a forma de participação no estudo, diante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F). A confidencialidade dos dados coletados durante a pesquisa e dos participantes foi garantida pelo Termo de Confidencialidade (Apêndice G), que foi devidamente assinado pelo pesquisador responsável.

Foram utilizados para mensuração dos constructos em análise os seguintes instrumentos: Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br), a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e o HECS para avaliação do clima ético, em que neste estudo foi adaptado e validado para o contexto brasileiro. O tempo de resposta para os três instrumentos foi em média de 20 a 30 minutos, especificamente, o HECS foi preenchido em torno de 7 a 10 minutos.

A EDME-Br foi originalmente desenvolvida e validada em contexto brasileiro por Ramos et al., (2017) para medir a intensidade e a frequência do distresse moral em enfermeiros. O instrumento é composto por 49 itens com dupla escala *Likert* (intensidade e frequência) de seis pontos, para analisar a intensidade e frequência de sofrimento moral (RAMOS et al., 2017).

O MBI foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson (1981) e adaptado para cultura brasileira por Lautert (1995), constituindo-se em um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do *burnout*. O MBI avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho de acordo com três dimensões: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização.

A primeira refere-se a sentimentos de fadiga que propiciam esgotamento emocional. O segundo fator, o qual possui escala invertida, reflete a deterioração da autocompetência e a falta de satisfação do indivíduo com o seu desempenho no trabalho (MASLACH; JACKSON, 1981). Por fim, o terceiro fator denota a presença de atitudes negativas do trabalhador no relacionamento com os usuários e colegas de serviço em que atua, por exemplo, manifestações de insensibilidade e indiferença (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009). Apresenta 22 questões com

escala *Likert* de sete pontos divididas nas três dimensões da escala. Além destes instrumentos, foram utilizados o HECS e de caracterização sociodemográfica e laboral que estão melhores descritos no subitem 3.6.

Os dados foram organizados no programa Epiinfo®, versão 6.4, com dupla digitação independente e com verificação dos erros e inconsistências. Após, foi realizada a análise dos dados no Programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 17.0 e no Programa R. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva com distribuição de frequência absoluta e relativa e, análise das propriedades psicométricas do HECS. As análises bivariadas referentes às associações entre clima ético com *burnout* e sofrimento moral serão realizadas em estudos futuros.

O projeto matricial recebeu apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do CAAE 92702318.9.0000.5346, e parecer 049598 do dia 10 de julho de 2018 (Anexo C). Possui financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, via Edital Universal, processo número 422701/2018-1. O mesmo seguiu a resolução 466/12 respeitando os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Para este estudo de adaptação transcultural foram utilizados os instrumentos de caracterização socioemográficos/laborais e o HECS, os quais estão melhor descritos no subitem 3.6.

## 3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico realizado após a autorização da autora original do instrumento HECS (Apêndice A). No subitem 3.2.1 estão descritas as etapas deste processo.

### 3.2.1 Etapas da Adaptação Transcultural

A adaptação transcultural é um processo de tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, com adaptações para a cultura da população alvo sem perda do sentido original (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Este processo surge com a preocupação de fornecer aos pesquisadores acesso a instrumentos confiáveis e válidos para aplicarem em seus cenários de pesquisa (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Os estudos de adaptação transcultural fornecem grandes implicações para o conhecimento da saúde.

Na assistência tem grande impacto, pois a prestação de cuidado seguro e de qualidade depende do conhecimento profundo do contexto social, cultural e linguístico de cada indivíduo. Para tanto, ao realizar a adaptação é necessário considerar todos esses aspectos que norteiam a população alvo do instrumento sem perder o sentido original.

Assim, o processo de adaptação transcultural seguiu as seguintes etapas, conforme Sousa e Rojjanasrirat (2011) com adaptações de Reichenheim; Moraes (2007) e Beaton et al., (2007):

**Primeira etapa:** Tradução do instrumento original para o idioma de destino (tradução direta)

Nesta etapa, o instrumento foi traduzido para língua portuguesa do Brasil por dois tradutores independentes com língua materna brasileira, bilíngues e biculturais, ambos não tinham conhecimento do conteúdo do instrumento. O primeiro tradutor era da área da saúde, porém o segundo apresentava somente familiaridade com gírias e jargões da saúde. O intuito da tradução foi obter a equivalência entre o instrumento original e o instrumento adaptado. Foi produzido **duas versões traduzidas do instrumento (T-I e T-II)**. Para realizar a tradução foram utilizados três formulários (Apêndice H, Apêndice I, Apêndice J) e no Apêndice P estão apresentados o grau de dificuldades das traduções, os quais foram classificados como muito claro (nenhuma ou quase nenhuma dificuldade), claro (pouca ou moderada dificuldade) ou pouco claro (muita ou extrema dificuldade).

**Segunda etapa:** Comparação das duas versões traduzidas: Síntese I - versão preliminar traduzida inicial do instrumento

As duas versões foram comparadas com a versão original do instrumento por um terceiro tradutor independente, bilíngue e bicultural, quanto às ambiguidades e discrepâncias das palavras e significados, formando a síntese das duas traduções (T-III). Após, caso ainda apresentasse discrepâncias das questões e respostas, poderiam ter sido discutidas e resolvidas por um comitê de avaliadores, no entanto, não houve necessidade. Foi produzida a **versão preliminar traduzida inicial I (VT - I)** (Apêndice R). Para realizar essa etapa, foram utilizados dois formulários (Apêndice H, Apêndice K), em que o tradutor classificou as alterações como I: inalterada, PA: parcialmente alterada; A: alterada, FA: fortemente alterada e CA: completamente alterada. O grau de dificuldade atribuído para a formação da síntese das

traduções foi realizado conforme a seguinte escala: 0=nenhuma dificuldade; 1 ou 2=quase nenhuma dificuldade; 5, 6 ou 7=dificuldade moderada; 8 ou 9=muita dificuldade ou 10=extrema dificuldade.

No Quadro 2, estão dispostas as características dos três tradutores que realizaram a tradução do HECS.

Quadro 2 - Perfil dos tradutores da etapa de tradução do *Hospital Ethical Climate Survey*

Perfil	TRADUTOR I	TRADUTOR II	TRADUTOR III
<b>Nacionalidade</b>	Brasileiro	Brasileiro	Brasileiro
<b>País que reside</b>	Austrália	Brasil	Brasil
<b>Formação</b>	Doutorado em Letras – estudos linguísticos. - Doutorado sanduíche na Austrália e intercâmbios linguístico-culturais nos Estados Unidos e Canadá. Atua como tradutor e revisor de textos há 10 anos.	Enfermeiro - Doutorado em Enfermagem. Intercâmbio de cinco meses nos Estados Unidos. Professor de uma Universidade Pública do Brasil.	Licenciatura em Língua Inglesa. Mestrado e Doutorado (cursando) em Estudos da Linguagem. Professor de Língua Inglesa e Tradutor.
<b>Domínio da língua inglesa</b>	Sim	Sim	Sim

Fonte: Autora.

**Terceira etapa:** Retrotradução da versão preliminar traduzida inicial I – duas versões retrotraduzidas

A retrotradução do instrumento para língua original foi realizada por dois tradutores com as características semelhantes dos tradutores da primeira etapa, porém com a língua materna do instrumento original e nenhum conhecimento da versão original do HECS. Foram produzidas **duas versões retrotraduzidas do instrumento (RT-I e RT-II)**. Nessa fase, não foi utilizado o formulário de explanação da dissertação e etapas da adaptação transcultural, pois os retrotradutores não podiam ter acesso às informações do instrumento original. Para realizar essa etapa, foram utilizados dois formulários (Apêndice I, Apêndice J) e no Apêndice P estão apresentados o grau de dificuldades das retrotraduções. O grau de dificuldade atribuído para a formação das retrotraduções foi realizado conforme a seguinte escala: muito claro (0=nenhuma dificuldade); claro (1 ou 2=Quase nenhuma dificuldade e 5, 6 ou 7=dificuldade moderada) ou pouco claro (8 ou 9=muita dificuldade e 10=extrema dificuldade).

No Quadro 3, estão expostos o perfil dos retrotradutores.

Quadro 3 - Perfil dos retrotradutores da etapa de retrotradução do *Hospital Ethical Climate Survey*

Perfil	RETROTRADUTOR I	RETROTRADUTOR II
<b>Nacionalidade</b>	Inglesa	Inglesa
<b>País que reside</b>	Brasil	Brasil
<b>Formação</b>	Letras com habilitação em Russo e Enfermagem. Estudou em uma Universidade da Inglaterra. Atua como tradutor na área da saúde há 10 anos.	Estudou Biologia aplicada em uma Universidade da Inglaterra. Formado há 25 anos. Atua como tradutor há 10 anos.
<b>Domínio da língua inglesa</b>	Sim	Sim

Fonte: Autora.

**Quarta etapa:** Comparação das versões retrotraduzidas e a versão em português com a original pelo Comitê multidisciplinar

As três versões RT-I, RT-II e VT - I foram comparadas com o instrumento original e as versões retrotraduzidas comparadas entre si, por um comitê multidisciplinar composto por três especialistas em ética e um dos tradutores da primeira etapa de adaptação do HECS. A função do comitê multidisciplinar era avaliar as discrepâncias visando verificar a validade, adequação e abrangência do constructo conforme os conceitos empregados na cultura brasileira.

Neste estudo, foi realizado a análise de equivalência entre: instrumento original e RT-I, instrumento original e RT-II, entre RT-I e RT-II e instrumento original com VT-I. Sousa e Rojjanasrirat (2011), adotam o comitê multidisciplinar somente entre as retrotraduções e o instrumento original, no entanto, para este estudo, foi inserida também a análise da versão traduzida em português com a original, conforme Beaton et al., (2007).

A análise de equivalência entre o instrumento retrotraduzido com o original foi necessária para verificação dos conceitos das palavras, as quais devem apresentar o mesmo sentido com correspondência literal entre elas (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Nesta etapa, surgiu a **versão preliminar traduzida inicial II (VT - II)** (Apêndice R). Foram utilizados dois formulários (Apêndice H, Apêndice L) e entregue a cada membro do comitê TCLE (Apêndice C) sendo assinado por ele e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um.

A classificação de equivalência aconteceu a partir de: NE (Não equivalente), PE (pouco equivalente) e E (equivalente).

Ao considerar que Souza e Rjjanasrirat (2011) não descrevem de forma mais aprofundada os conceitos de equivalência, utilizou-se os abordados por Reichenheim; Moraes (2007) e Beaton et al., (2007), conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Conceitos de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual

Equivalência	Modo de avaliação
Semântica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise e comparação gramatical das palavras do instrumento original com o instrumento traduzido e retrotraduzido, a fim de realizar ajustes finais, tornando o instrumento adequado ao contexto alvo, sem perder a interpretação e significado do original.</li> </ul>
Idiomática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coloquialismos, gírias e expressões das palavras do instrumento original relacionados ao contexto em que foram desenvolvidos. Os mesmos podem ser alterados para adaptação da população alvo, desde que não haja prejuízo à interpretação do original.</li> </ul>
Experiencial/Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refere-se à adequação das palavras conforme as experiências e culturas da população alvo.</li> </ul>
Conceitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalidade de explorar itens do instrumento verificando os conceitos e sua relevância ao contexto, ao qual está sendo adaptado.</li> </ul>

Fonte: Reichenheim; Moraes (2007) e Beaton et al., (2007).

#### **Quinta etapa:** Análise do instrumento traduzido pelo painel de especialistas

Para melhorar ainda mais a equivalência conceitual e de conteúdo dos itens é recomendado recorrer a um painel de especialistas da área do constructo (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). A avaliação da clareza e relevância do **VT-II**, foi realizado por sete especialistas em ética brasileiros, os quais eram dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Brasília.

Cada membro classificou os itens conforme a seguinte escala: 1= não relevante; 2=incapaz de avaliar a relevância; 3=relevante, mas precisa de pequena alteração; 4=muito relevante e sucinto, e pela escala dicotômica de clareza: clara ou pouco clara. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, foram reavaliados. Após, foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), utilizando a seguinte fórmula:  $IVC = N^\circ$  de

respostas 3 ou 4/ N° total de respostas. A concordância satisfatória deve ser no mínimo 0,80 ou acima de 0,90 (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Após, foi gerada a **versão pré-final traduzida (VT – PF)** (Apêndice R). Para realizar essa etapa, foram utilizados dois formulários (Apêndice H, Apêndice M) e entregue a cada especialista o TCLE (Apêndice D), que foi assinado por ele e pelo pesquisador ficando uma via para cada um.

#### **Sexta etapa:** Teste piloto do instrumento traduzido

Essa etapa tem como finalidade avaliar as interpretações dos participantes sobre as questões e respostas, os quais devem apresentar características equivalentes a população alvo (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). O teste piloto aconteceu no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM. O PPGENF foi criado em 2006 e tem como área de concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, que compreende duas linhas de pesquisa “Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde” e “Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde”. O programa objetiva fortalecer e oferecer avanços no conhecimento da enfermagem investindo em pesquisas no meio nacional e internacional.

O teste piloto da **VT – PF** aconteceu com 36 pós-graduandos de enfermagem. Recomenda-se, que a amostra seja constituída entre 10 a 40 participantes (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Adotou-se como critério de inclusão, enfermeiros pós-graduandos que estivessem cursando mestrado ou doutorado e com atuação na assistência hospitalar ou docência em campo prático com alunos. Foram excluídos os profissionais em afastamento por qualquer motivo da pós-graduação durante o período de coleta de dados. A seleção foi por meio de amostragem por conveniência.

A cada participante foi solicitado que classificassem as instruções, itens e escores do instrumento, utilizando uma escala dicotômica (clara ou pouco clara). Os participantes foram orientados também a sugerirem nova escrita e a descreverem suas dúvidas. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, foram reavaliados.

O intuito desta etapa foi melhorar a equivalência conceitual e de conteúdo do instrumento. Além disso, a autora da pesquisa tinha um diário de coleta de dados, no qual foram descritas discussões e dificuldades que surgiram durante o preenchimento do instrumento e outras anotações que a mesma considerasse importante para esta etapa.

A autora da pesquisa foi a única a realizar a coleta de dados, devido ao seu contato com o processo de adaptação do instrumento, o que possibilitou maior facilidade em compreender

as dificuldades e sugestões tratadas nesta etapa. Foi entregue a cada participante do teste piloto o TCLE (Apêndice E) que foi assinado por ele e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um.

Para realizar esta etapa, foi utilizado somente um formulário (Apêndice N) e o nível de clareza do teste piloto estão apresentados no Apêndice Q. Ademais, as adaptações realizadas em todo o processo de tradução e adaptação estão expostas no Apêndice O.

**A versão final do HECS – Versão brasileira (HECS-VB)** (Apêndice R) e um relatório com todas as etapas deste processo foram encaminhados à autora principal do instrumento, para que pudesse observar, com maior clareza, as diferenças e similaridades entre a versão original e a versão adaptada. No entanto, a autora retornou o instrumento sem alterações e com a confirmação para dar prosseguimento com a validação do HECS no Brasil.

#### **Sétima etapa:** Teste psicométrico da versão final traduzida do instrumento

Essa etapa tem como finalidade estabelecer as propriedades psicométricas do HECS-VB (Apêndice S), sendo recomendado a sua aplicação com uma amostra de 10 participantes por item, ou seja, o instrumento é composto por 26 itens, o que totalizou um mínimo de 260 participantes (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

O instrumento foi aplicado com 269 enfermeiros do HUSM no período de abril a julho de 2019. Cada participante recebeu um número de 1 a 269, em que foram sorteados 20% dessa amostra para participarem do reteste (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Diante da recusa de alguns enfermeiros, foi considerado o número acima do sorteado. O total de participantes foi de 54 enfermeiros, em que foi aplicado o HECS no período de sete a 15 dias após a primeira coleta, com o intuito de verificar a confiabilidade e a estabilidade das respostas do instrumento (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

A aplicabilidade teve como intuito estabelecer propriedades psicométricas do instrumento traduzido, adaptado e validado com a população alvo. Foram avaliadas as seguintes abordagens psicométricas: consistência interna de confiabilidade; confiabilidade de estabilidade (teste-reteste); homogeneidade; validade do constructo; validade relacionada ao critério e análise fatorial.

Apresenta-se no Quadro 5, os resumos dos formulários desenvolvidos e utilizados durante o processo de adaptação transcultural.



Quadro 5 - Formulários desenvolvidos e utilizados no processo de adaptação transcultural

<b>Formulários</b>	<b>Etapas</b>	<b>Finalidade</b>
<b>Formulário de explanação da dissertação e etapas da adaptação transcultural do <i>Hospital Ethical Climate Survey</i> (Apêndice H)</b>	<b>Primeira, segunda, quarta e quinta etapa</b>	Foi desenvolvido para os tradutores, comitê multidisciplinar e painel de especialistas para compreenderem as etapas de adaptação e de forma breve, o projeto, considerando que os tradutores não podem ter conhecimento aprofundado do conteúdo do instrumento
<b>Formulário padronizado para o registro das traduções/retrotraduções (Apêndice I)</b>	<b>Primeira e terceira etapa</b>	Apresentou-se um campo para inserir os principais dados dos tradutores e retrotradutores, orientações de como proceder durante esta etapa e as traduções do instrumento.
<b>Formulário padronizado para registro de notas (Apêndice J)</b>		Desenvolvido para os tradutores e retrotradutores registrarem os graus de dificuldades encontrados durante a tradução, por meio de notas inseridas no formulário.
<b>Formulário padronizado para síntese da tradução I e II (Apêndice K)</b>	<b>Segunda etapa</b>	Apresentou-se um campo para preencher os dados de identificação do tradutor, orientações de como proceder nessa etapa, síntese, classificação das alterações na tradução I e II, nota referente ao grau de dificuldade e relatório/observações.
<b>Formulário padronizado para comitê multidisciplinar (Apêndice L)</b>	<b>Quarta etapa</b>	Desenvolvido para o comitê multidisciplinar com intuito de avaliar e classificar os níveis de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual .
<b>Formulário padronizado para painel de especialistas (Apêndice M)</b>	<b>Quinta etapa</b>	Elaborado com o intuito de avaliar a clareza e relevância do instrumento.
<b>Formulário padronizado para o teste piloto (Apêndice N)</b>	<b>Sexta etapa</b>	Finalidade de análise da clareza do instrumento e sugestões de nova escrita diante da classificação “pouco clara”.

Fonte: Autora.

### 3.3 CAMPO DE ESTUDO

O estudo aconteceu em todos os setores do HUSM que tivessem enfermeiros em atuação. O hospital universitário foi projetado em 1970 e é referência em saúde para a Região Central do Estado sendo direcionado para a prática assistencial, de ensino e pesquisa (HUSM, 2018).

Os setores que fizeram parte deste estudo foram: pronto socorro adulto e pediátrico, clínica médica e cirúrgica, centro obstétrico e unidade ginecológica, unidade de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, unidade cardiológica intensiva, hemodinâmica, ambulatório, hemato-oncologia, pediatria, psiquiatria, centro cirúrgico, centro de materiais e esterilização, sala de recuperação, sistema cardiovascular e setores administrativos.

### 3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população deste estudo foi de 303 enfermeiros, no entanto, apenas 269 aceitaram a participar da pesquisa. Adotou-se como critério de inclusão estar trabalhando há pelo menos um mês na instituição. Foram excluídos os enfermeiros que estivessem em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados. Para fins estatísticos, foi calculada uma amostra mínima por meio de uma fórmula para amostragem finita. Considerando-se o total de 303 enfermeiros, um erro amostral de 5% e percentual estimado de 50%, estabeleceu-se um mínimo de 171 participantes (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta ocorreu no período de abril a julho de 2019, por coletadores previamente capacitados pela orientadora da pesquisa. Para capacitar os coletadores foi desenvolvido um manual contendo os objetivos do estudo, maneiras de abordar os participantes, explicações gerais sobre os instrumentos e de como proceder no campo de coleta.

Antes de iniciar a coleta, a autora da pesquisa e uma mestranda do GTESSP visitaram todos os setores para conversar com a chefia imediata. Essa iniciativa teve como intuito explicar os objetivos da pesquisa, seus benefícios e riscos, o período e horários de coleta e quem seria convidado a participar, a fim de mantê-los informados sobre esta etapa do estudo. O instrumento de natureza autopreenchível foi impresso e aplicado pessoalmente pelos coletadores.

Durante a coleta de dados foi entregue a cada participante o Termo de Confidencialidade dos Dados e TCLE, o qual foi assinado por ele e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um dos envolvidos. Assim, garantindo, o direito à privacidade e a desistência da participação

da pesquisa em qualquer momento, ou cessada definitivamente, conforme vontade do participante, não havendo exposição pública de nenhuma pessoa ou de suas informações. A coleta foi realizada com os enfermeiros no horário de trabalho, no entanto, em algumas situações, devido as atividades do trabalho, houve a necessidade de agendar a entrega do instrumento preenchido.

### 3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

#### 3.6.1 Instrumento Sociodemográfico e laboral

A primeira parte do instrumento (Apêndice B) foi composta por dados sociodemográficos (sexo, idade, etnia, situação conjugal e número de filhos, caso tenha) e laborais (escolaridade; tempo de formação; tempo de serviço na instituição e no setor; cargo de chefia; vínculo empregatício; carga horária; unidade, turno e tempo de trabalho na unidade; realização de horas extras; possui outro emprego; comissão de ética na instituição; educação permanente; instituição, chefia e equipe receptivas ao diálogo; reuniões em equipe e intenção de deixar o emprego).

#### 3.6.2 Instrumento *Hospital Ethical Climate Survey*

A segunda parte composta pelo *Hospital Ethical Climate Survey* (Anexo D) consiste em 26 itens em escala *likert* de cinco pontos e organizados em cinco fatores: pares (4 itens: 1, 10, 18, 23); pacientes (4 itens: 2, 6, 11 e 19); gerentes (6 itens: 3,7,12,15,20 e 24); hospital (6 itens: 4, 8, 13, 16, 21, e 25) e médicos (6 itens: 5, 9, 14, 17, 22 e 26) (OLSON, 1998). Os fatores não podem ser considerados independentes devido ao seu perfil inter-relacional. As opções de respostas da escala eram: 1= quase nunca verdadeiro; 2= raramente verdadeiro; 3= às vezes verdadeiro; 4= frequentemente verdadeiro e 5= quase sempre verdadeiro. A literatura sugere a análise do clima ético por meio da média dos cinco fatores, sendo positivo valores superiores à média de 3,5 (CLAYES et al., 2013; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018).

### 3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no programa Epiinfo®, versão 6.4, com dupla digitação independente e com verificação dos erros e inconsistências. Após, foi realizada a análise dos

dados no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 17.0 e no programa R.

### 3.7.1 Testes psicométricos

No programa PASW Statistics foram calculados os valores do alfa de cronbach para o exame de confiabilidade da consistência interna, assim como a análise dos fatores, levando em consideração que valores acima de 0,70 são satisfatórios (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004; FIELD, 2009, HAIR et al., 2009).

A avaliação da confiabilidade do teste-reteste aconteceu por meio do cálculo do coeficiente do Kappa ponderado quadrático, a partir da classificação:  $<0,40$ =pobre;  $0,40 - 0,75$ =satisfatório a bom;  $>0,75$  excelente e o coeficiente de correlação intraclasse:  $<0,4$ =pobre;  $0,4 \leq a <0,75$ =satisfatório e  $\geq 0,75$ =excelente (FLEISS, 1981; COHEN, 1968).

A análise fatorial é uma técnica psicométrica que serve para avaliar a validade de constructo de um instrumento. Antes de realizar a análise fatorial foi verificado se a adequação dessa amostra é consistente para realizar esse tipo de análise, para isso foi utilizado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que varia de 0 a 1, em que quanto mais próximo de 1 mais adequado a amostra se apresenta. Os valores de classificação do KMO são:  $<0,5$ =inaceitável;  $0,5-0,6$ =má;  $0,6-0,7$ =razoável;  $0,7-0,8$ =média;  $0,8-0,9$ =boa;  $0,9-1$ =muito boa (FÁVERO et al., 2009). O teste de esfericidade de Bartlett deve apresentar valor de  $p < 0,001$  (HAIR et al., 2009).

Na técnica de extração de componentes, em análise exploratória, foi utilizado a quantidade exata de fatores do instrumento, tendo em vista que o HECS foi validado em diferentes países utilizando os cinco fatores, com objetivo de respeitar e preservar o procedimento adotado de adaptação do instrumento. A rotação utilizada foi a ortogonal do tipo Varimax com normalização de Kaiser (SUHONEN et al., 2015; HAIR et al., 2009).

No programa R foi realizado a análise fatorial confirmatória. Para isso, foram calculados os seguintes índices, levando em consideração os valores para uma população acima de 250: Comparative Fit Index (CFI)  $>0,92$ ; Tucker-Lewis Index (TLI)  $>0,92$ ; Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)  $\leq 0,08$  (com CFI  $> 0,92$ ); Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)  $<0,07$  (com CFI  $\geq 0,92$ ) (HAIR et al., 2009).

Para análise de correlação, foi utilizado a validade convergente em que mede a correlação entre os fatores e com o instrumento de 26 itens. Para isso, foi utilizado a correlação de Pearson sendo considerado os seguintes valores para classificação: 0,1 a 0,29 correlação

fraca; de 0,3 a 0,49 correlação moderada e acima de 0,5 é considerada correlação forte (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004).

### 3.7.2 Algoritmo de *Machine Learning*

O algoritmo de *Machine Learning* foi utilizado para a classificação do clima ético em positivo ou negativo testando o ponto de corte de 3,5 sugerido pela literatura. Foram testados três modelos: *Support Vector Machine* (SVM), método de classificação que não se estima, diretamente, as probabilidades, mas sim a classe da resposta de interesse para uma nova observação. O SVM suporta tarefas de classificação e pode lidar com múltiplas variáveis contínuas e categóricas (CORTES; VAPNIK, 1995; KOTSIANTIS; ZAHARAKIS; PINTELAS, 2006).

A *Linear Discriminant Analysis* (LDA) lida facilmente com casos em que as frequências são desiguais e seus desempenhos examinados aleatoriamente, maximizando a taxa de variação, em que cada distribuição condicional segue uma distribuição normal multivariada. A LDA tenta fornecer mais separabilidade de classe e desenhar uma de decisão entre as classes dadas (BALAKRISHNAMA; GANAPATHIRAJU, 1998).

O *K-Nearest Neighbor* (KNN) é um método de predição utilizado para estimar a classificação de uma amostra baseada entre sua distância com seus K vizinhos mais próximos (KOTSIANTIS; ZAHARAKIS; PINTELAS, 2006). Esse modelo não é paramétrico, não faz suposições prévias sobre a distribuição de probabilidade dos dados observados e é um dos algoritmos mais simples de aprendizado de máquina.

Assim, para a escolha modelo mais adequado, foram avaliadas as médias de acurácia e do coeficiente kappa. Em *Machine Learning*, acurácia é o grau de proximidade de uma preditiva com seu parâmetro (ou valor verdadeiro), ou seja, se refere à proporção de dados que foram classificados corretamente em uma matriz de confusão. É muito útil na seleção de melhores modelos de classificação para determinadas variáveis, quando estes estão sendo comparados (MIKHAIL; ACKERMAN, 1976). O coeficiente Kappa é o índice que indica o grau de concordância dos dados, constituindo sua confiabilidade e precisão. Ressalta-se que quanto mais próximo de um forem as médias da acurácia e do coeficiente Kappa mais adequado é o modelo de *Machine Learning* testado.

### 3.7.3 Análise descritiva

As variáveis dos instrumentos foram analisadas por meio da estatística descritiva a partir da frequência absoluta (N) e relativa (%). Quando os resultados não responderam a distribuição normal foi utilizado a mediana e intervalo interquartil, a depender da distribuição dos dados verificada por meio do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Além disso, foi calculado a média e desvio padrão para os fatores e itens do HECS-VB. Para encontrar a média de clima ético, foram somadas as médias de cada um dos fatores individualmente e dividido por cinco, o que corresponde ao número de fatores do instrumento.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi registrada no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Reitoria/UFSM), sob o n°. do CAAE 92702318.9.0000.5346 e parecer 049598 no dia 10 de julho de 2018. Foram seguidas as normas e diretrizes que regulamentam pesquisas com seres humanos instituídas por meio da Resolução n° 466/12 (BRASIL, 2012).

#### 3.8.1 Riscos

Caso o participante sentisse algum desconforto em recordar dilemas difíceis que aconteceram em seu ambiente de trabalho, o preenchimento poderia ser interrompido sendo retomado em outro momento mais oportuno. No entanto, durante a coleta não houve intercorrências dessa natureza.

#### 3.8.2 Benefícios

Com a adaptação transcultural do instrumento para a cultura brasileira será possível sua aplicação em diferentes instituições públicas e privadas, sendo possível a avaliação do clima ético em diferentes contextos, servindo como uma ferramenta útil para os gestores identificarem aspectos frágeis no trabalho.

### 3.9 DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Após a finalização e defesa da dissertação será desenvolvido e entregue um relatório para a gestão do hospital pesquisado, a fim de conhecerem a realidade do serviço e,

posteriormente, se necessário, implementarem melhorias e métodos eficazes para a promoção de um clima ético positivo nos setores.

Os resultados serão divulgados por meio da dissertação, resumos em eventos e artigos científicos. Serão realizados folders com os principais resultados que serão entregues para cada setor envolvido nesta pesquisa. Ademais, em estudos futuros elaborar estratégias e ações que possam ser aplicadas em diferentes instituições com a finalidade de melhorar o clima ético.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da dissertação sob forma de dois artigos. O primeiro, intitulado “ Adaptação Transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey* para Enfermeiros Brasileiros” que está adequado nas normas do periódico *Nursing Ethics*, para qual será encaminhado. O segundo artigo, denominado “Avaliação do clima ético entre enfermeiros de um hospital universitário do Sul do Brasil ”, nas normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem para submissão.



#### 4.1 ARTIGO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

### **Adaptação Transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey* para Enfermeiros Brasileiros\***

Taís Carpes Lanes<sup>1</sup>  
 Grazielle de Lima Dalmolin<sup>2</sup>  
 Augusto Maciel da Silva<sup>3</sup>

#### **Resumo**

**Antecedentes:** Nas últimas décadas o clima ético vem sendo pesquisado em diversos países, no entanto, no Brasil ainda é pouco explorado, em especial, a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético no contexto hospitalar. **Objetivo:** adaptar transculturalmente o *Hospital Ethical Climate Survey* para enfermeiros brasileiros. **Método:** estudo metodológico composto pela tradução, retrotradução, comitê multidisciplinar, painel de especialistas, teste piloto e validação do instrumento. A validação foi realizada com 269 enfermeiros de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Foram utilizados os instrumentos de caracterização sociodemográfica e laboral e o *Hospital Ethical Climate Survey*. A validade do constructo foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória e confirmatória. A confiabilidade do instrumento e fatores foi realizada por meio do alfa de cronbach. **Considerações éticas:** Foram respeitadas as diretrizes nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e princípios da Declaração da Associação Médica Mundial de Helsinque. **Resultados:** Na fase de adaptação, o instrumento necessitou de alguns ajustes linguísticos para cultura brasileira. Na fase de validação, o teste-reteste por Kappa ponderado quadrático e coeficiente de correlação variou de 0,15 a 0,74, classificados como pobre e satisfatório a bom, respectivamente. Todas as cargas fatoriais foram maiores que 0,4, variando de 0,445 a 0,859. A versão do instrumento em português apresentou alfa de cronbach de 0,93 e a análise confirmatória demonstrou adequabilidade do modelo com cinco fatores e 26 itens validados. A correlação variou de moderada a forte. O ponto de corte de 3,5 foi testado e confirmado a partir do método *K-Nearest Neighbor* de *Machine Learning*. **Conclusão:** conclui-se, que a versão do instrumento adaptada para o português do Brasil foi considerada válida e fidedigna nesta amostra.

**Palavras-chave:** Clima Ético; Estudos de Validação; Hospital; Enfermagem; Enfermeiros.

---

\*Para submissão, o manuscrito será traduzido para língua inglesa.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: taislanes\_rock@hotmail.com.

<sup>2</sup>Doutora. Professora no Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: grazi.dalmolin@gmail.com.

<sup>3</sup>Doutor. Professor no Departamento de Estatística. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: augustolavras@gmail.com.

## Introdução

O clima ético pode ser definido como a perceptibilidade dos profissionais referente ao tratamento ético das questões de trabalho e interações humanas dentro de uma organização. É aquele em que a condição organizacional fornecida pela gestão juntamente com as práticas laborais consegue promover discussões e resoluções de conflitos e decisões de conteúdo ético<sup>1</sup>. Refere-se ao comportamento eticamente correto e como os problemas que envolvem os cuidados aos pacientes devem ser tratados e discutidos entre a equipe e gestão<sup>2,3</sup>.

A temática clima ético vem sendo amplamente trabalhada e discutida na literatura por ser considerada uma importante ferramenta para promoção de um ambiente de trabalho saudável<sup>4-6</sup>. Considera-se, que esse ambiente é permeado de questões éticas difíceis de serem tratadas, as quais se referem, por exemplo, ao cuidado de pacientes críticos e escolha de diagnóstico e tratamento de forma compartilhada com a equipe multiprofissional. Essas questões, quando não tratadas de maneira ética, conforme os códigos e diretrizes, podem favorecer a percepção mais negativa do clima ético e o desenvolvimento de agravos como sofrimento moral e estresse moral<sup>7-9</sup>.

Assim, para avaliar clima ético, o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) foi desenvolvido nos Estados Unidos<sup>1</sup> e adaptado em diferentes culturas como Ásia, Oriente Médio e Europa, mostrando-se válido e fidedigno em medir o clima ético em unidades hospitalares<sup>9-11</sup>. Esse instrumento abrange conteúdos relacionados às questões éticas na assistência e nas relações em equipe, sendo o mais apropriado e ainda, direcionado para enfermeiros<sup>1</sup>.

Por não ter sido utilizado no Brasil, constatou-se a necessidade de sua adaptação transcultural para realidade brasileira. A partir de sua validação poderá ser aplicado e analisado em outros estudos em diferentes populações e instituições públicas e privadas, oferecendo um diagnóstico do clima ético nos serviços de saúde. O HECS possui 26 itens e avalia o clima ético por meio de cinco fatores, isto é, mediante as relações com os pares, pacientes, gestores, hospital e médicos. A depender das inter-relações e de quão éticas são as tomadas de decisões entre as partes envolvidas, o clima ético pode ser classificado como positivo ou negativo<sup>1,12</sup>.

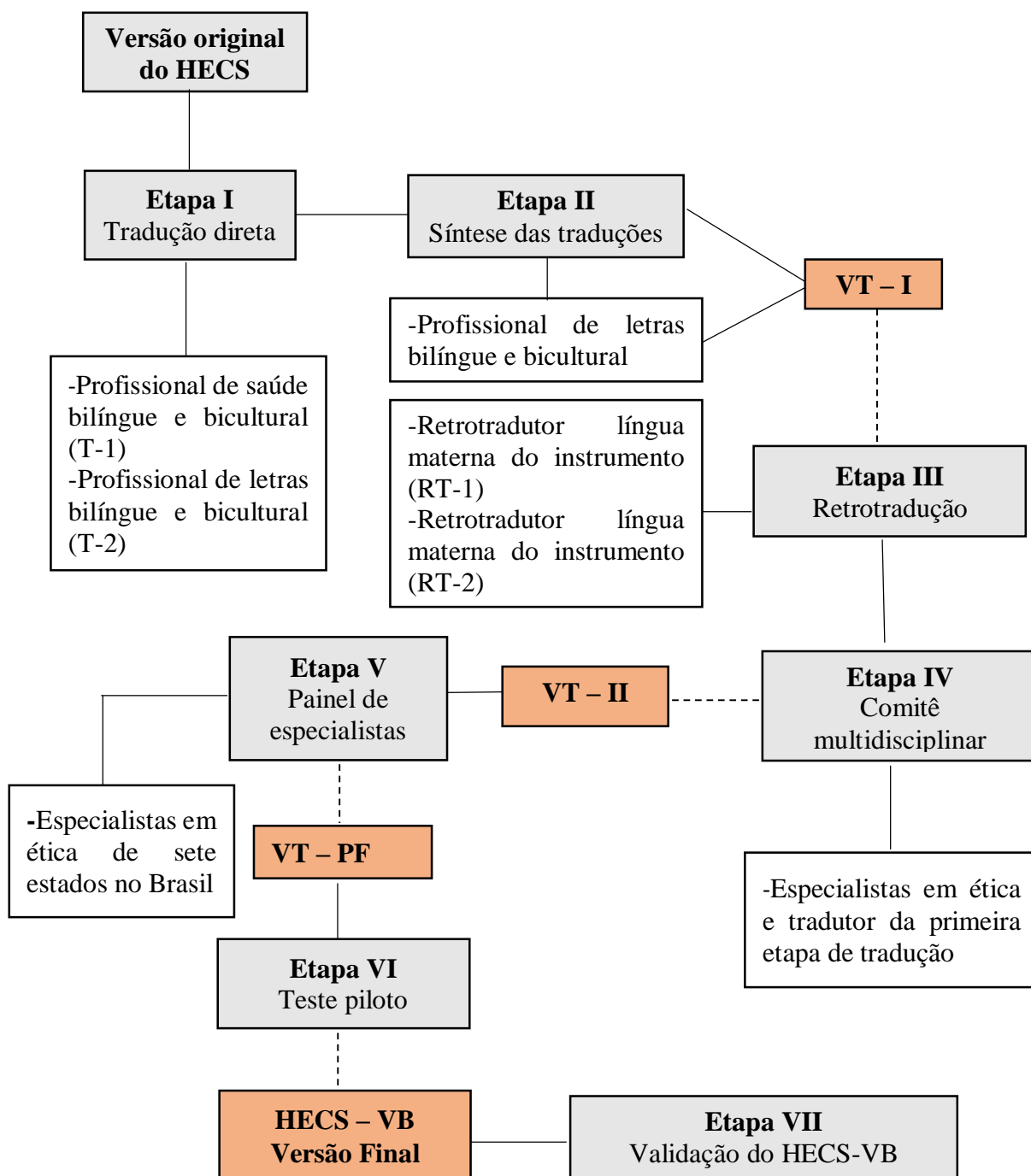
A classificação positiva pode estar associada às decisões em conjunto e ao acesso às informações necessárias, levando em consideração os valores que envolvem a situação-problema<sup>1</sup>. A percepção negativa acontece quando o profissional não consegue praticar o seu trabalho conforme os seus valores éticos, não tem incentivo da gestão para tomada de decisões e para o exercício da sua autonomia.<sup>1</sup>

Assim, surgiu como questão norteadora “O instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* é válido e fidedigno para mensurar a percepção dos enfermeiros brasileiros sobre o clima ético? Objetivou-se adaptar transculturalmente o *Hospital Ethical Climate Survey* para enfermeiros brasileiros.

## **Método**

Trata-se de um estudo metodológico realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, que integra um projeto matricial intitulado “Sofrimento moral em enfermeiros hospitalares: qual sua relação com clima ético e *burnout*?”, o qual possui financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, via Edital Universal, processo número 422701/2018-1. Após o recebimento da autorização da autora original do instrumento HECS foi dado início ao processo de adaptação, o qual foi dividido em sete etapas, conforme o protocolo metodológico<sup>13</sup> utilizado com adaptações<sup>14,15</sup> expostos na Figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de adaptação transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey*.



HECS: *Hospital Ethical Climate Survey*; T-1: tradução-1; T-2: tradução-2; RT-1: retrotradução-1; RT-2: retrotradução-2; VT-I: versão preliminar traduzida inicial I; VT-II: versão preliminar traduzida inicial II; VT-PF: versão pré-final traduzida; HECS-VB: *Hospital Ethical Climate Survey*-Versão brasileira.

**Etapa I:** tradução realizada por dois tradutores independentes com língua materna brasileira e bilíngues, denominadas Tradução-1 (T-1) e Tradução-2 (T-2). Ambos tradutores não tinham conhecimento do conteúdo do instrumento.

**Etapa II:** as duas versões traduzidas, T-1 e T-2, foram comparadas com a versão original do instrumento por um terceiro tradutor, independente, para resolução das discrepâncias das traduções e formação da síntese, constituindo a versão preliminar traduzida inicial (VT-I).

**Etapa III:** a retrotradução do instrumento (VT-I) foi realizada por dois tradutores com as mesmas características dos tradutores da primeira etapa, porém com a língua materna do instrumento original e ambos não conheciam a versão original do instrumento. Foram produzidas duas versões retrotraduzidas do HECS, isto é, retrotradução-1 (RT-1) e retrotradução-2 (RT-2).

**Etapa IV:** as duas versões retrotraduzidas (RT-1 e RT-2) foram comparadas entre si e com o instrumento original e, a versão preliminar traduzida inicial (VT – I) comparada com o original; ambos foram realizados por um comitê multidisciplinar composto por: três especialistas em ética e um dos tradutores da primeira etapa. O comitê avaliou a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual dos itens. Ao final, foi desenvolvida a **versão preliminar traduzida inicial II (VT-II)**.

**Etapa V:** A VT – II foi avaliada por sete especialistas em ética dos estados brasileiros, tais quais: Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal. Cada membro classificou os itens conforme a seguinte escala: 1= não relevante; 2=incapaz de avaliar a relevância; 3=relevante, mas precisa de pequena alteração; 4=muito relevante e sucinto e pela escala dicotômica de clareza: clara ou pouco clara. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, foram reavaliados. Após foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), utilizando a seguinte fórmula:  $IVC = N^{\circ} \text{ de respostas } 3 \text{ ou } 4 / N^{\circ} \text{ total de respostas}$ . A concordância satisfatória deve ser no mínimo 0,80, sendo preferencialmente acima de 0,90<sup>16</sup>. Ao final desta etapa, foi construída a **versão traduzida pré-final (VT-PF)**.

**Etapa VI:** A VT – PF foi aplicada em dezembro de 2018 com 36 enfermeiros pós-graduandos em enfermagem de uma Universidade do Sul do Brasil, em que foram orientados a preencherem o instrumento pensando no seu local de trabalho. O objetivo desta etapa foi avaliar a clareza das questões e respostas, a partir da escala dicotômica clara ou pouco clara, constituindo-se no teste piloto. Os participantes foram orientados também a sugerirem nova escrita e a descreverem suas dúvidas, caso necessário. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, foram reavaliados. Ao final desta etapa, resultou na **versão final do HECS-Versão brasileira (HECS-VB)**.

Após, foi encaminhado um relatório para a autora original do instrumento sobre as etapas de adaptação e a versão final do instrumento, para que pudesse observar as diferenças e similaridades. Após a confirmação da autora, iniciou-se a validação do HECS-VB com o público alvo.

**Etapa VII:** Nessa etapa, foi aplicado o HECS-VB com enfermeiros atuantes em um Hospital Universitário no período de abril a julho de 2019, para validação e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

### **Participantes e local de estudo**

Todos os 303 enfermeiros atuantes em um Hospital Universitário do Sul do Brasil foram convidados a participar, dos quais 269 aceitaram a participar desta pesquisa. Adotou-se como critério de inclusão ser enfermeiro com atuação mínima de um mês na instituição pesquisada e, foram excluídos os enfermeiros em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados.

É recomendado que a coleta de dados seja realizada com 10 participantes por item do instrumento, ou seja, o instrumento HECS original é composto por 26 variáveis totalizando um mínimo de 260 participantes para pesquisa<sup>13</sup>. No entanto, para fins estatísticos, foi calculada uma amostra mínima por meio de uma fórmula para amostragem finita. Considerou-se o total de 303 enfermeiros, um erro amostral de 5% e percentual estimado de 50%, ao que resultou num mínimo de 171 participantes<sup>17</sup>.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e procedimentos metodológicos de adaptação transcultural do instrumento HECS. Durante a coleta de dados, foi entregue a cada participante o TCLE em duas vias, o qual foi assinado por ele e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um. Assim, garantindo o direito à privacidade e a desistência da participação da pesquisa em qualquer momento, não havendo exposição pública de nenhuma pessoa ou de suas informações. O tempo de preenchimento do instrumento HECS – VB foi de 7 a 10 minutos.

Cada participante deste estudo recebeu um número de 1 a 269 e foram sorteados 20% (n=54) da amostra deste estudo para participarem do reteste<sup>14</sup>. O reteste aconteceu entre sete a

15 dias após a primeira aplicação do instrumento HECS com o intuito de verificar a confiabilidade e a estabilidade das respostas do instrumento<sup>13</sup>.

## **Instrumentos**

Neste estudo, foram utilizados os instrumentos HECS traduzido e caracterização sociodemográfica e laboral. O HECS, na versão original, consiste em 26 itens, sendo variáveis contínuas organizadas em cinco fatores: pares (4 itens: 1, 10, 18, 23); pacientes (4 itens: 2, 6, 11 e 19); gerentes (6 itens: 3,7,12,15,20 e 24); hospital (6 itens: 4, 8, 13, 16, 21, e 25) e médicos (6 itens: 5, 9, 14, 17, 22 e 26)<sup>1</sup>. Os itens estão relacionados às questões éticas envolvidas no ambiente de trabalho e nas relações entre enfermeiros com seus pares, médicos, pacientes e gestão. O instrumento compõe-se de escala *Likert* de cinco pontos com as opções de respostas: 1= quase nunca verdadeiro; 2= raramente verdadeiro; 3= às vezes verdadeiro; 4= frequentemente verdadeiro e 5= quase sempre verdadeiro<sup>1</sup>. A literatura sugere a análise do clima ético por meio da média dos cinco fatores, sendo positivo valores superiores à média de 3,5<sup>18,19</sup>. Ressalta-se, também, que a confiabilidade da consistência interna pelo alfa de cronbach do instrumento original foi de 0,91<sup>1</sup>.

## **Análise de dados**

Os dados foram organizados no programa Epiinfo®, versão 6.4, com dupla digitação independente e com verificação dos erros e inconsistências. Após, foi realizada a análise dos dados no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 17.0 e no programa R. A estatística descritiva, por meio da frequência absoluta (N) e relativa (%), foi utilizada para analisar as variáveis sociodemográficas e laborais dos participantes. Foram calculados os valores do alfa de cronbach para o exame de confiabilidade da consistência interna, para o instrumento e fatores, levando em consideração que valores acima de 0,70 são satisfatórios<sup>20-22</sup>.

A avaliação da confiabilidade do teste-reteste aconteceu por meio do cálculo do coeficiente do Kappa ponderado quadrático, a partir da classificação: <0,40=pobre; 0,40 – 0,75=satisfatório a bom; >0,75 excelente e o coeficiente de correlação intraclasse: <0,4=pobre;  $0,4 \leq a < 0,75$ =satisfatório e  $\geq 0,75$ =excelente<sup>23,24</sup>.

A análise fatorial é uma técnica psicométrica que serve para avaliar a validade do instrumento. Antes de realizar a análise fatorial, foi verificado se a adequação dessa amostra

era consistente para realizar esse tipo de análise. Para isso, foi utilizado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que varia de 0 a 1, em que quanto mais próximo de 1 mais adequado se apresenta a amostra<sup>25</sup>. Os valores de classificação do KMO são: <0,5=inaceitável; 0,5-0,6=má; 0,6-0,7=razoável; 0,7-0,8=média; 0,8-0,9=boa; 0,9-1=muito boa<sup>25</sup>. O teste de esfericidade de Bartlett deve apresentar valor de  $p < 0,001$ <sup>22</sup>.

Na técnica de extração de componentes, em análise exploratória, foi utilizada a quantidade exata de fatores do instrumento, tendo em vista que o HECS foi validado em diferentes países utilizando os cinco fatores<sup>10,11</sup>, com objetivo de respeitar e preservar o procedimento adotado de adaptação do instrumento. A rotação utilizada foi a ortogonal do tipo Varimax com normalização de Kaiser<sup>22</sup>.

No programa R foi realizado a análise fatorial confirmatória, sendo calculados, para uma população acima de 250, os seguintes índices: Comparative Fit Index (CFI)  $> 0,92$ ; Tucker-Lewis Index (TLI)  $> 0,92$ ; Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)  $\leq 0,08$  (com CFI  $> 0,92$ ); Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)  $< 0,07$  (com CFI  $\geq 0,92$ )<sup>22</sup>.

Para análise de correlação, foi utilizada a validade convergente que mede a correlação entre os fatores e com o instrumento de 26 itens. Para isso, foi utilizada a correlação de Pearson, a qual foi classificada conforme os seguintes valores: 0,1 a 0,29 correlação fraca; de 0,3 a 0,49 correlação moderada e acima de 0,5 é considerada correlação forte<sup>20</sup>.

O algoritmo de *Machine Learning* foi utilizado para a classificação do clima ético em positivo ou negativo testando o ponto de corte 3,5 sugerido pela literatura. Foram testados três modelos: *Support Vector Machine* (SVM), *Linear Discriminant Analysis* (LDA) e *K-Nearest Neighbor* (KNN). O SVM suporta tarefas de classificação e pode lidar com múltiplas variáveis contínuas e categóricas, em que não se estima, diretamente, as probabilidades, mas sim a classe da resposta de interesse para uma nova observação<sup>26-27</sup>.

A LDA lida facilmente com casos em que as frequências são desiguais e seus desempenhos examinados aleatoriamente, maximizando a taxa de variação, em que cada distribuição condicional segue uma distribuição normal multivariada<sup>28</sup>. O *K-Nearest Neighbor* (KNN) é um método de predição utilizado para estimar a classificação de uma amostra baseada entre sua distância com seus K vizinhos mais próximos<sup>26</sup>.

Esse modelo não é paramétrico, não faz suposições prévias sobre a distribuição de probabilidade dos dados observados e é um dos algoritmos mais simples de aprendizado de máquina. Assim, para a escolha do melhor modelo, foram avaliadas as médias de acurácia e do coeficiente Kappa, em que quanto mais próximo de um forem as suas médias, mais adequado será o modelo de *Machine Learning* testado.



## Aspectos Éticos

A pesquisa recebeu apreciação do CEP sob o n°.do CAAE 92702318.9.0000.5346 e parecer n° 049598, em 10 de julho de 2018. Foram respeitadas as diretrizes nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e princípios da Declaração da Associação Médica Mundial de Helsinque<sup>29</sup>.

## Resultados

### Etapas de tradução e adaptação transcultural

Alguns ajustes linguísticos e culturais foram realizados durante a adaptação do instrumento HECS para o português brasileiro, a fim de manter o máximo possível dos significados pretendidos dos itens originais e compreensão pela população alvo. Dessa forma, no Quadro 1, estão dispostas a versão original e traduzida do HECS para cultura brasileira.

**Quadro 1.** Versão original e adaptada do instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* para o Brasil.

Versão original	HECS -Versão brasileira (HECS-VB)
1. My peers listen to my concerns about patient care.	1. Os meus colegas prestam atenção às minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.
2. Patients know what to expect from their care.	2. Pacientes sabem o que esperar dos cuidados destinados a eles.
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	4. Políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.
5. Nurses and physicians trust one another	5. Há confiança mútua entre enfermeiros e médicos.
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.
7. My manager supports me in my decisions about patient care	7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.

8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	8. Uma noção da missão do hospital é compartilhada de forma clara com os enfermeiros.
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.
10. My peers help me with difficult patient care issues/problems	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.
11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema específico no cuidado ao paciente.
12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems	12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.
13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são considerados ao se tomar uma decisão.
14. I participate in treatment decisions for my patients.	14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.
15. My manager is someone I can trust.	15. Meu chefe é alguém em quem posso confiar.
16. Conflict is openly dealt with, not avoided	16. Conflitos são resolvidos abertamente, não sendo evitados.
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	17. Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.
18. I work with competent colleagues	18. Eu trabalho com colegas competentes.
19. The patient's wishes are respected	19. Os desejos dos pacientes são respeitados.
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.	20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems	21. Há uma abertura para questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.
22. Nurses and physicians respect one another.	22. Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.
23. Safe patient care is given on my unit.	23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade
24. My manager is someone I respect	24. Meu chefe é alguém que eu respeito.
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	25. Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.
26. Nurses are supported and respected in this hospital.	26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.

Foram realizados sete ajustes linguísticos para melhor compreensão para contexto brasileiro. O termo “*peers*” por ser pouco usual no contexto hospitalar brasileiro foi substituído por “colegas” e o termo “*manager*” por “supervisor” nas etapas de tradução. No entanto, na etapa de comitê multidisciplinar foi adaptado para “chefe”, pois no ambiente hospitalar o cargo de chefia abarca a gestão da unidade.

No painel de especialistas, no item 25 foi inserido o termo “de maneira ética e legal” a qual é a base prática para exercer a enfermagem de maneira correta e pautada pelo código de ética da profissão e da instituição. Após as considerações do painel de especialistas foi realizado o IVC para 26 itens, em que o valor para o instrumento foi de 0,98.

Durante o teste piloto realizado com 36 pós-graduandos em enfermagem surgiram dúvidas, em especial, sobre o item 1 em que a palavra “*listen*” foi substituída por “prestar atenção”, pois foi interpretado pelos participantes no sentido de somente escutar sem levar em consideração as preocupações dos colegas. No item 13, o termo “*course of actions*” foi substituído por “tomar uma decisão” o qual é mais usual no contexto da enfermagem brasileira.

No item 16, a palavra “*dealt*” foi substituído por “resolvidos”, para manter o sentido de resolução de problemas conforme o original. No item 21, o termo “*sense*” foi alterado para “abertura de questionamento”, por sua referência à gestão hospitalar. Já os escores, quantidade de itens e fatores do instrumento foram mantidos conforme o HECS original. Mesmo diante de algumas alterações que foram necessárias a serem realizadas, os itens foram avaliados acima de 80% de clareza pelos participantes (84,6%; n=22).

### **Etapa de validação do Instrumento HECS-VB**

A população deste estudo foi de 303 enfermeiros, porém 11,2% (n=34) se recusaram a participar, sendo a amostra constituída por 269(88,8%) participantes. Predominaram enfermeiros do sexo feminino (88,1%; n=237) e com idade média de 40,6 anos (DP= 8,65). Referente aos dados laborais, 39,4% (n=106) trabalhava em turno misto e em unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica, neonatal ou cardiológica) (19,8%; n=53).

Na Tabela 1, estão expostos os valores de Kappa ponderado quadrático, Correlação intraclasse e cargas fatoriais do HECS-VB.

**Tabela 1.** Confiabilidade teste-reteste e cargas fatoriais do *Hospital Ethical Climate Survey*-Versão brasileira

Fatores do HECS-VB	Itens do HECS-VB	Kappa Ponderado		Coeficiente de Correlação Intraclasse do Kappa			Cargas fatoriais
		K	p-valor*	CCI	IC	p-valor*	
Pares	1.	0,4	<0,05	0,4	(0,147 - 0,598)	<0,05	0,718
	10.	0,15	0,26	0,15	(-0,121 - 0,397)	0,14	0,773
	18.	0,61	<0,05	0,61	(0,417 - 0,755)	<0,05	0,536
	23.	0,56	<0,05	0,57	(0,355 - 0,723)	<0,05	0,697
	2.	0,41	<0,05	0,42	(0,175 - 0,616)	<0,05	0,596
Pacientes	6.	0,4	<0,05	0,39	(0,142 - 0,594)	<0,05	0,445
	11.	0,19	0,14	0,16	(-0,11 - 0,406)	0,12	0,556
	19.	0,37	<0,05	0,38	(0,126 - 0,584)	<0,05	0,546
	3.	0,42	<0,05	0,43	(0,183 - 0,621)	<0,05	0,739
	7.	0,55	<0,05	0,55	(0,338 - 0,713)	<0,05	0,785
Gerentes	12.	0,65	<0,05	0,65	(0,469 - 0,782)	<0,05	0,84
	15.	0,74	<0,05	0,74	(0,592 - 0,84)	<0,05	0,859
	20.	0,58	<0,05	0,58	(0,379 - 0,736)	<0,05	0,777
	24.	0,48	<0,05	0,49	(0,255 - 0,666)	<0,05	0,72
	4.	0,32	<0,05	0,32	(0,063 - 0,541)	<0,05	0,48
Hospital	8.	0,53	<0,05	0,53	(0,31 - 0,697)	<0,05	0,54
	13.	0,26	0,05	0,27	(0,008 - 0,50)	<0,05	0,548
	16.	0,59	<0,05	0,59	(0,393 - 0,743)	<0,05	0,577
	21.	0,54	<0,05	0,54	(0,329 - 0,708)	<0,05	0,553
	25.	0,43	<0,05	0,43	(0,185 - 0,622)	<0,05	0,66
Médicos	5.	0,5	<0,05	0,51	(0,285 - 0,683)	<0,05	0,674
	9.	0,41	<0,05	0,41	(0,168 - 0,612)	<0,05	0,672
	14.	0,47	<0,05	0,48	(0,242 - 0,658)	<0,05	0,533
	17.	0,52	<0,05	0,52	(0,302 - 0,693)	<0,05	0,769
	22.	0,32	<0,05	0,33	(0,071 - 0,546)	<0,05	0,733
	26.	0,48	<0,05	0,48	(0,254 - 0,665)	<0,05	0,507

K: Coeficiente Kappa com ponderação quadrática; CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: intervalo de confiança.\*valores significativos para <0,05.

O Kappa com ponderação quadrática e coeficiente de correlação intraclasse, variaram de 0,15 a 0,74 (item 10 e 15, classificados como pobre e satisfatório a bom, respectivamente), em que 76,9% dos itens mostraram-se satisfatórios. A medida de amostra KMO apoiou a adequação da amostra para a análise, com valor foi de 0,917. O teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 3537$ ,  $df = 325$ ,  $p < 0,000$ ) indicou que a força da relação entre as variáveis é forte, possibilitando proceder as análises fatoriais.

Em relação à comunalidade do HECS-VB, variou de 0,493 a 0,793. Para identificar carga fatorial significativa, considerou-se para o método de rotação Varimax coeficientes iguais ou superiores a 0,40. Todas as cargas foram maiores que 0,4, variando de 0,445 a 0,859, indicando um padrão claro do instrumento.

A confiabilidade da consistência interna pelo coeficiente alfa de cronbach foi de 0,93 para o HECS-VB total e variou entre os cinco fatores: pares (0,72); pacientes (0,59), gerentes (0,91); hospital (0,80) e médicos (0,81). A análise fatorial confirmatória foi testada para o instrumento de 26 itens e cinco fatores com amostra de 269 enfermeiros, seguindo-se o modelo original de questões e fatores, em que o CFI foi de 0,990, TLI 0,988, SRMR 0,068 e o RMSEA foi de 0,061 com intervalo de confiança de 90% (0,054 -0,068) e com p valor significativo  $\leq$  0,05.

A análise de correlação, a partir da validade convergente do HECS-VB total e de seus cinco fatores estão dispostos na Tabela 2.

**Tabela 2.** Correlação entre o *Hospital Ethical Climate Survey*-Versão brasileira e seus fatores.

Variáveis	Fator 1 - Pares	Fator 2 - Pacientes	Fator 3 – Gerentes	Fator 4 - Hospital	Fator 5 – Médicos	HECS-VB - 26 itens
Fator 1 – Pares	1					
Fator 2 – Pacientes	0,583*	1				
Fator 3 - Gerentes	0,448*	<b>0,362*</b>	1			
Fator 4 – Hospital	0,538*	0,620*	0,727*	1		
Fator 5 – Médicos	0,497*	0,617*	0,457*	0,697*	1	
HECS-VB - 26 itens	0,734*	0,755*	0,792*	<b>0,907*</b>	0,810*	1

\*A correlação é significativa no nível 0,01 (bicaudal).

A validade do constructo foi testada pelo cálculo de correlação de Pearson entre os cinco fatores e com o HECS-VB total, ou seja, validade convergente, para avaliar a forma das associações. As correlações variaram de 0,362 (entre fatores “gerentes” e “pacientes”) a 0,907 (entre HECS-VB total e o fator “hospital”), consideradas de moderada a forte, todas estatisticamente significativas no nível de 0,01.

Na Tabela 3, estão apresentados os algoritmos de *Machine Learning* testados.

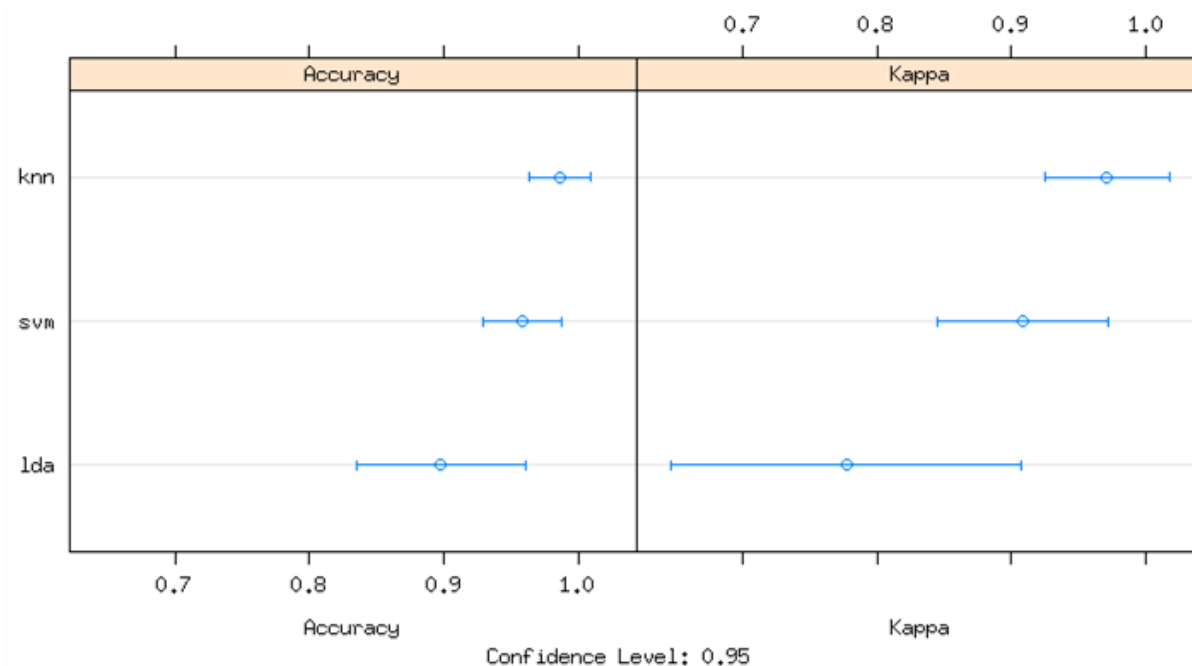
**Tabela 3.** Estatística descritiva dos algoritmos de *Machine Learning* testados para o *Hospital Ethical Climate*-Versão brasileira

Descritiva	Linear Discriminant Analysis		K-Nearest Neighbor		Support Vector Machine	
	Acurácia	Kappa	Acurácia	Kappa	Acurácia	Kappa
Mínimo	0,71	0,45	0,90	0,81	0,90	0,79
1° Quartil	0,91	0,79	1	1	0,92	0,83
Mediana	0,91	0,80	1	1	0,95	0,90
Média	0,90	0,78	0,99	0,97	0,96	0,91
3° Quartil	0,95	0,89	1	1	1	1
Máximo	1	1	1	1	1	1

Intervalo de confiança de 0,95.

Os intervalos de confiança dos modelos de *Machine Learning* estão apresentados no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Intervalo de confiança dos modelos de *Machine Learning*



O método KNN apresentou melhor desempenho dentre os modelos de *Machine Learning*, apresentando a maior média de acurácia (0,99) e coeficiente Kappa (0,97). O intervalo de confiança menor foi apresentado pelo modelo KNN, enquanto o maior pelo LDA.

Na Tabela 4, apresenta-se a matriz de confusão a partir do modelo KNN.

**Tabela 4.** Matriz de confusão a partir do método *K-Nearest Neighbor*

Valor preditivo	Valor de referência	
	Negativo	Positivo
Negativo	19	1
Positivo	0	33

A partir da matriz de confusão, o método KNN apresentou-se com os melhores índices, em que 19 itens foram classificados corretamente como “negativo” e 33 como “positivo”, somente um foi classificado incorretamente. Isso mostra que o modelo KNN teve melhor desempenho, validando o intervalo de mensuração do clima ético, sendo a análise do HECS-VB realizado por meio da média, em que acima de 3,5 o clima ético é classificado como positivo e abaixo como negativo.

## Discussão

O processo de tradução e adaptação do HECS original foi realizado respeitando os significados dos itens, no entanto, foi necessário fazer algumas adequações para manter o sentido das palavras no cotidiano da enfermagem brasileira, os quais auxiliaram a alcançar bom nível de compreensão. A partir do painel de especialistas, o IVC para o HECS traduzido foi favorável, mostrando-se acima do HECS original ( $IVC=0,89$ )<sup>1</sup>, o que indica alto nível de concordância entre os avaliadores<sup>16</sup>.

A clareza do instrumento na fase do teste piloto foi satisfatória, demonstrando ser de fácil compreensão para ser preenchido entre enfermeiros brasileiros. Este achado equivale com estudo de adaptação do HECS para cultura sueca, que realizou essa etapa com enfermeiros em um grupo focal discutindo cada item e sinalizando pequenas modificações<sup>30</sup>.

Com relação ao teste-reteste, para as estimativas de reprodutibilidade, o Kappa ponderado quadrático e Coeficiente de correlação intraclasse se mostraram satisfatórios, o que evidencia mínima variação inter-observador e adequado grau de concordância entre os participantes. O Kappa é uma medida que permite examinar o nível de concordância das respostas de um instrumento, em momentos distintos, preenchidos pelo mesmo examinador/participante<sup>23, 31</sup>.

Os resultados da análise exploratória mostraram que, apesar das especificidades e diferenças que caracterizam o cuidado prestado nas unidades hospitalares, os cinco fatores do instrumento foram apoiados neste estudo, ou seja, as cargas fatoriais revelaram boa estrutura do

HECS-VB. Isso corresponde ao fato de que as relações entre equipe, gerentes e pacientes são importantes e influenciam na tomada de decisões sobre a assistência, sendo fundamentais na formação do clima ético positivo<sup>1,32</sup>.

A confiabilidade da consistência interna foi alta para o instrumento de 26 itens, com o valor de 0,93<sup>19</sup>, equivalente ao instrumento original (0,91)<sup>1</sup> e outros estudos de validação realizados em unidades de terapia intensiva (0,93), instituições de cuidado a idosos (0,92)<sup>10, 18</sup> e unidades hospitalares (0,94)<sup>11</sup>. Dessa maneira, o HECS-VB mostrou-se válido e fidedigno, pois todos os itens, sendo a confiabilidade do instrumento superior a 0,70<sup>20,21</sup>.

Na análise fatorial confirmatória, os índices de ajuste CFI, TLI, SRMR e RMSEA foram significativos e de acordo com os valores estimados, confirmando a adequabilidade da estrutura de 26 itens e cinco fatores do HECS-VB. Estudo realizado em unidades de oncologia e hematologia da Grécia apresentou valores semelhantes e significantes para o RMSEA = 0,0574, CFI = 0,970 e SRMR = 0,0594<sup>32</sup>, no entanto, inferiores aos encontrados neste estudo. Compreende-se que o instrumento, apesar de ter sido desenvolvido para unidades críticas, é confiável para ser aplicado em cenários com diferentes níveis de complexidade do cuidado<sup>32, 10</sup>.

Para validade convergente, observou-se que as correlações entre os fatores e fatores com o HECS-VB total foram classificadas de moderado a forte, sendo positivamente relacionadas entre si<sup>22</sup>. Cargas altamente significativas são necessárias para realizar avaliação da validade convergente de mensuração<sup>22</sup>, sugerindo, para este estudo, que os itens são inter-relacionados entre si<sup>1</sup>. A correlação moderada entre os fatores “gerentes” e “pacientes” e, a correlação forte entre o HECS-VB total e o fator “hospital” podem ser justificadas pelas singularidades e semelhanças, respectivamente, entre os conteúdos de seus itens, os quais, em sua maioria, estão relacionados a gestão.

No que se refere aos modelos de *Machine Learning* testados, o método KNN foi o mais adequado apresentando maiores médias de acurácia e coeficiente Kappa. Esse teste confirmou o ponto de corte de 3,5 como sendo o mais apropriado para classificar o clima ético em positivo ou negativo, conforme a literatura<sup>18-19</sup>.

## Conclusão

Durante o processo de tradução e adaptação cultural do HECS-VB foi realizado pequenos ajustes linguísticos, para torná-lo de fácil compreensão e preenchimento para o



contexto hospitalar brasileiro. No entanto, os escores, quantidade de itens e fatores foram mantidos conforme o instrumento original.

Na etapa de validação, o HECS-VB apresentou boas propriedades psicométricas, sendo válido e fidedigno para medir o clima ético entre enfermeiros brasileiros. Apresentou confiabilidade de consistência interna adequada e análise fatorial confirmatória com valores satisfatórios e significativos. A correlação entre os fatores e com o HECS-VB total foram classificados de moderado a forte, sendo positivamente correlacionados entre si. O ponto de corte 3,5 utilizado na literatura, foi confirmado neste estudo a partir do teste do método KNN de *Machine Learning*, como sendo o mais adequado para classificação do clima ético.

Este estudo é uma contribuição relevante para a literatura, pois torna este instrumento aplicável a enfermeiros brasileiros, a nível hospitalar, em diferentes contextos de cuidado e organização. Com auxílio do HECS-VB, em estudos futuros de avaliação do clima ético, será possível reconhecer aspectos negativos e positivos da assistência, permitindo que a gestão atue sobre eles de maneira a melhorar o ambiente de trabalho.

## Referências

1. Olson LL. Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. *J Nurs Scholarsh.* 1998; 30(4): 345-49.
2. Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Adm Sci Q.* 1988; 33 (1): 101–25. doi:10.2307/2392857.
3. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh.* 2005; 37(2):173-77. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x.
4. Lemmenes D, Valentine P, Gwizdalski P, et al. Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. *Nurs Ethics.* 2018; 25(6):724-33. doi: 10.1177/0969733016664980.
5. Pergert P, Bartholdson C, af Sandeberg M. The ethical climate in paediatric oncology - a national cross-sectional survey of healthcare personnel. *Psycho-Oncology.* 2019; 28:735–741. doi: 10.1002/pon.5009.
6. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, et al. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics.* 2017; 26(2):346-56. doi: 10.1177/0969733017712083.

7. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007; 35(2):422-29. doi: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D.
- 8 Lützn K, Blom T, Ewalds-Kvist B, et al. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics.* 2010; 17(2):213-24. doi: 10.1177/0969733009351951.
9. Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nurs Ethics.* 2014; 21(1):28-42. doi 10.1177/0969733013486797.
10. Suhonen R, Stolt M, Katajisto J, et al. Validation of the Hospital Ethical Climate Survey for older people care. *Nurs Ethics.* 2015; 22(5):517-32. doi: 10.1177/0969733014549878.
11. Khalesi N, Arabloo J, Khosravizadeh O, et al. Psychometric properties of the Persian version of the "Hospital Ethical Climate Survey". *J Med Ethics Hist Med.* 2014; 7(15).
12. Constantina C, Papastavrou E, Charalambous A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nurs Ethics.* 2018; 26(6):1805-21. doi: 10.1177/0969733018769358.
13. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2011; 268-274. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>.
14. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(4):665-73.
15. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Institute for Work & Health, 2007.
16. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006; 29(5): 489-97.
17. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
18. Clayes M, Faelens A, Sabbe B, et al. Psychometric properties of the Hospital Ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses. *Eur J Pers Cent Healthc.* 2013; 1(1):202-08. doi: 10.5750/ejpch.v1i1.652.
19. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care.* 2018; 27(4):295-302. doi: 10.4037/ajcc2018252.

20. Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.
21. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
22. Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, et al. Análise multivariada de dados. 6ºed. Porto Alegre: Bookman, 688p, 2009.
23. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions (2th Ed.). New York: John Wiley & Sons, 1981.
24. Cohen J. Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 1968; 70, 213-220.
25. Fávero LPL, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de Dados - Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões. 1ª ed. Brasil: Campus, 2009.
26. Cortes C, Vapnik, V. Support-Vector Networks. *Machine Learning*. 1995; 20:273–297. doi:10.1023/A:1022627411411.
27. Kotsiantis, SB, Zaharakis, ID, Pintelas, PE. Machine learning: a review of classification and combining techniques. *Artif Intell Rev*. 2006; 26:159–190. doi:10.1007/s10462-007-9052-3.
28. Balakrishnama S, Ganapathiraju A. Linear discriminant analysis - a brief tutorial. Institute for Signal and Information Processing, 1998.
29. World Medical Association (WMA). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subject, <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>.
30. Pergert P, Bartholdson C, Wenemark M, et al. Translating and culturally adapting the shortened version of the Hospital Ethical Climate Survey (HECS-S) - retaining or modifying validated instruments. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):35. doi: 10.1186/s12910-018-0274-5.
31. Silva RS, Paes AT. Por dentro da estatística. *Educ Contin Saúde Einstein*. 2012;10(4):165-6.
32. Charalambous A, Cloconi C, Papastavrou E, et al. Psychometric Properties of the Hospital Ethical Climate Survey: A Cross-Sectional Study in Greek and Cypriot Cancer Care Settings. *J Nurs Meas*. 2018; 26(2):237-248. doi: 10.1891/1061-3749.26.2.237

## 4.2 AVALIAÇÃO DO CLIMA ÉTICO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

### Avaliação do clima ético por enfermeiros de um Hospital Universitário do Sul do Brasil

Taís Carpes Lanes<sup>1</sup>  
Grazielle de Lima Dalmolin<sup>2</sup>  
Augusto Maciel da Silva

#### Resumo

**Objetivo:** avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal realizado com 269 enfermeiros de um Hospital Universitário, por meio dos instrumentos de caracterização sociodemográfica e laboral e o *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva. **Resultados:** A Percepção dos enfermeiros sobre o clima ético foi positiva ( $3,68 \pm 0,55$ ). Dentre os cinco fatores de avaliação, “pares” apresentou escore superior ( $4,07 \pm 0,57$ ), enquanto o fator “médicos”, escore inferior ( $3,26 \pm 0,70$ ) para o clima ético. **Conclusão:** o clima ético, no geral, foi percebido como positivo com pequenas variações entre os fatores do instrumento, podendo ser potencializado por meio de estratégias que estimulem as relações interpessoais entre a equipe, gestão e pacientes. Este estudo contribui para a literatura, demonstrando a importância do clima ético positivo a partir das boas relações entre profissionais de saúde, a fim de garantir uma melhor prestação de cuidados.

**Descritores:** Ética; Clima; Ambiente de trabalho; Hospitais; Enfermeiros; Enfermagem.

**Descriptors:** Ethics; Climate; Working Environment; Hospitals; Nurses; Nursing.

**Descriptores:** Ética; Clima; Ambiente de Trabajo; Hospitales; Enfermeros; Enfermería.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: taislanes\_rock@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora. Professora no Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: grazi.dalmolin@gmail.com.

## **Introdução**

As unidades hospitalares apresentam cuidados que envolvem questões éticas sobre tratamento e diagnóstico até assuntos administrativos, os quais, muitas vezes, são difíceis de serem abordados e resolvidos em equipe<sup>1</sup>. O contexto de trabalho tem a capacidade de influenciar nas relações entre os profissionais e na percepção coletiva sobre o clima organizacional<sup>2</sup>. Essa percepção pode ser boa ou ruim, fazendo sentir mais ou menos a vontade em interagir e compartilhar assuntos sobre o trabalho entre os colegas<sup>2</sup>.

O clima organizacional é a percepção dos colaboradores sobre a forma de estruturação do trabalho e de como é gerido. A avaliação do clima organizacional oferece meios para que a gestão consiga concentrar seus esforços em melhorar as condições de trabalho e com isso alcançar um ambiente mais saudável e seguro<sup>2</sup>. Em concordância, enfermeiros iranianos identificam que a gestão tem papel fundamental na promoção do clima organizacional em três dimensões: ambiente de trabalho, clima de comunicação e clima ético<sup>3</sup>.

O clima ético é um tipo de clima organizacional, que abarca valores e decisões compartilhadas nas relações entre os profissionais de saúde, pacientes e gestão. É definido como, a perceptibilidade dos profissionais sobre o tratamento ético de situações-problema que acontecem na assistência e nas interações humanas<sup>4</sup>.

Nos serviços de saúde, o clima ético é um fenômeno complexo e difícil de ser abordado e discutido, no sentido de que cada categoria profissional possui códigos de ética próprios e atendem pacientes em diferentes situações e maneiras. Além disso, os profissionais devem trabalhar utilizando protocolos e diretrizes, os quais diferem entre os hospitais<sup>5-6</sup>. As distinções entre as categorias e os serviços podem dificultar a abordagem de questões éticas e favorecer conflitos, sendo ratificado na literatura com evidências de diferentes percepções da equipe multiprofissional sobre o clima ético<sup>1,7</sup>.

A percepção positiva do clima ético pode estar relacionada ao exercício de autonomia, boa relação com colegas, responsabilidade partilhada com suporte da gestão e trabalho em equipe. Enquanto, a percepção negativa pode ser reflexo de relações ruins entre colegas, dificuldades e falta de apoio para solucionar e discutir problemas no cuidado trazendo consequências ao profissional, como sofrimento moral, estresse moral, intenção de rotatividade e, entre outros<sup>4,8</sup>.

Assim, faz-se necessário avaliação do clima ético nas unidades hospitalares, tendo em vista a crescente complexidade de cuidados que exigem dos profissionais competência e qualificação para uma assistência ética e segura. Destaca-se tal demanda em serviços de saúde do Brasil, onde a temática ainda é incipiente.

Diante deste contexto, surgiu a questão norteadora: qual a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético em um Hospital Universitário? Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal, integrante do projeto matricial intitulado “Sofrimento moral em enfermeiros hospitalares: qual sua relação com clima ético e *burnout*?”, o qual possui financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, via Edital Universal, processo número 422701/2018-1.

Foi realizado, em 2019, nos setores de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Essa instituição de ensino e pesquisa é referência em saúde para a região em que está localizada, sendo 100% Sistema Único de Saúde. As unidades que fizeram parte desta pesquisa foram: pronto socorro adulto e pediátrico, clínica médica e cirúrgica, centro obstétrico e unidade ginecológica, unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica, neonatal e cardiológica),

ambulatório, hemato-oncologia, pediatria, psiquiatria, centro cirúrgico, centro de materiais e esterilização, sala de recuperação, serviço cardiovascular e setores administrativos.

Todos os 303 enfermeiros atuantes na instituição foram convidados a participar do estudo. Adotou-se como critério de inclusão ser enfermeiro com atuação mínima de um mês na instituição, e foram excluídos os enfermeiros em licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados.

Para fins estatísticos, foi calculada uma amostra mínima por meio de fórmula para amostragem finita. Considerando-se a população de 303 enfermeiros, erro amostral de 5% e percentual estimado de 50%, estabeleceu-se um mínimo de 171 participantes<sup>9</sup>.

Foi utilizado o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira (HECS-VB) e instrumento para caracterização sociodemográfica e laboral, composto por: sexo, idade, situação conjugal, filhos, escolaridade, vínculo empregatício, cargo de chefia, possui outro emprego, turno e setor de trabalho, tempo de formação, de serviço na instituição, na unidade e turno, chefia imediata receptiva ao diálogo, equipe de enfermagem e instituição receptivos ao diálogo, reuniões na unidade, afastamento do trabalho, intenção de deixar o emprego e a enfermagem, satisfação em trabalhar no setor, comissão de ética e núcleo de educação permanente na instituição.

O HECS-VB é um instrumento norte-americano<sup>4</sup>, adaptado e validado no Brasil<sup>10</sup> com enfermeiros hospitalares, apresentando confiabilidade de 0,93<sup>10</sup>. O HECS-VB consiste em 26 itens em escala *likert* de cinco pontos, com as opções de respostas: 1= quase nunca verdadeiro; 2= raramente verdadeiro; 3= às vezes verdadeiro; 4= frequentemente verdadeiro e 5= quase sempre verdadeiro<sup>4</sup>.

O clima ético é analisado por meio dos seus cinco fatores: pares (4 itens: 1, 10, 18, 23); pacientes (4 itens: 2, 6, 11 e 19); gerentes (6 itens: 3,7,12,15,20 e 24); hospital (6 itens: 4, 8, 13, 16, 21, e 25) e médicos (6 itens: 5, 9, 14, 17, 22 e 26)<sup>4</sup>. Os itens estão relacionados às

questões éticas envolvidas no ambiente de trabalho e nas relações entre colegas, pacientes e gestão. Considera-se clima ético positivo superior à média de 3,5<sup>10-12</sup>.

Os fatores, itens e suas descrições correspondentes ao HECS-VB são apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1** Fatores, itens e suas descrições correspondentes ao instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* -Versão brasileira

<b>Fatores</b>	<b>Itens do Instrumento</b>	<b>Descrição</b>
Fator I: Pares	1, 10, 18, 23	Esse fator reflete as relações de trabalho entre colegas e suporte nas tomadas de decisões sobre a assistência <sup>13</sup> . Destaca-se, que este instrumento já foi utilizado com outros profissionais <sup>1,7,14</sup> , nesse caso as questões referente a esse fator devem ser respondidas observando o processo de trabalho de cada profissão <sup>4</sup> .
Fator II: Pacientes	2, 6, 11, 19	Corresponde ao compartilhamento de informações e o respeito dos desejos de cada paciente, refletindo o quanto eles são introduzidos no próprio cuidado <sup>4,13</sup> .
Fator III: Gerentes	3, 7, 12, 15, 20, 24	Abrange assuntos relacionados à chefia imediata de cada setor e a sua relação com os profissionais referente aos seguintes aspectos: ambiente de trabalho propício para questionamentos e diálogo, respeito e apoio para exercer a autonomia na resolução de dilemas éticos <sup>4,13</sup> .
Fator IV: Hospital	4, 8, 13, 16, 21, 25	Descreve a relação entre profissionais de saúde com a gestão do hospital, sobre o seu apoio prestado e o compartilhamento da missão da instituição e capacitações referente aos protocolos e diretrizes, além de apoio e abertura para exercer a autonomia profissional <sup>4,13</sup> .
Fator V: Médicos	5, 9, 14, 17, 22, 26	Esse fator está relacionado à confiança e respeito entre médicos e enfermeiros nas tomada de decisões, especialmente sobre tratamento e diagnóstico de pacientes <sup>4,13</sup> .

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2019 nos turnos manhã, tarde e noite, por coletadores previamente capacitados. Durante a coleta de dados, foi entregue a cada participante o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o qual foi assinado por ele e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um dos envolvidos. Assim, garantindo o



direito à privacidade e a desistência da participação da pesquisa em qualquer momento, não havendo exposição pública de nenhuma pessoa ou de suas informações. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e a preencherem os instrumentos no local de trabalho, em que o tempo de preenchimento do instrumento HECS – VB foi de 7 a 10 minutos.

Os dados foram organizados no programa Epiinfo®, versão 6.4, com dupla digitação independente e com verificação dos erros e inconsistências. Após, foi realizada a análise dos dados no Programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 17.0. As variáveis dos instrumentos foram analisadas por meio da estatística descritiva a partir da frequência absoluta (N) e relativa (%), e por medidas de posição (média, mediana) e dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil) a depender da distribuição dos dados verificada por meio do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A média do HECS-VB foi calculada através da soma da média de cada fator dividido pelos cinco fatores do instrumento.

A pesquisa recebeu apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa local sob o n.º. do CAAE 92702318.9.0000.5346 e parecer de aprovação 049598, de 10 de julho de 2018. Foram respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução n.º 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos participantes<sup>15</sup>.

## **Resultados**

A partir da população de 303 enfermeiros, 11,2% (n=34) se recusaram em participar, sendo a amostra constituída por 269 (88,8%) participantes. Dentre os participantes, 88,1% (n=237) correspondiam ao sexo feminino, idade média de 40,6 anos (DP= 8,65), com companheiro (75,1%; n=202) e filhos (72,9%; n=196).

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros.

**Tabela 1** Estatística descritiva do perfil sociodemográfico e laboral dos participantes. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Variáveis	n=269	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	237	88,1
masculino	32	11,9
<b>Situação Conjugal</b>		
com companheiro	202	75,1
sem companheiro	67	24,9
<b>Filhos</b>		
Sim	196	72,9
Não	73	27,1
<b>Escolaridade</b>		
Graduação	18	6,7
Especialização ou Residência	157	58,4
Mestrado	80	29,7
Doutorado	14	5,2
<b>Vínculo empregatício</b>		
RJU	114	42,4
CLT	155	57,6
<b>Cargo de chefia</b>		
Sim	23	8,6
Não	246	91,4
<b>Horas extras</b>		
Sim	57	21,2
Não	212	78,8
<b>Possui outro emprego</b>		
Sim	22	8,2
Não	247	91,8
<b>Turno de trabalho</b>		
Manhã	56	20,9
Tarde	41	15,2
Noite	66	24,5
Misto	106	39,4

Referente aos dados laborais identificou-se que 58,4% tem especialização ou residência em alguma área da saúde, 39,4% trabalha em turno misto, em unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica, neonatal ou cardiológica) (19,8%; n=53) e com vínculo empregatício celetista (57,6%; n=155). Na Tabela 2, descreve-se o tempo (em anos) de formação e trabalho.

**Tabela 2** Mediana e intervalo interquartílico das características laborais dos participantes. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Variáveis*	Mediana	Intervalo interquartílico
	(n=269)	25 – 75
Tempo de formação	14,00	9,33 - 19,46
Tempo de serviço na instituição	4,60	3,92 - 13,00
Tempo de serviço na unidade	4,00	2,42 - 5,21
Tempo de serviço/turno	3,67	2,00 - 4,96

\*variáveis de tempo medidas em anos.

Na Tabela 3, apresenta-se a estatística descritiva de características do ambiente de trabalho relativas à comunicação, afastamentos e intenção de deixar o trabalho.

**Tabela 3** Estatística descritiva das características do ambiente de trabalho. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Variáveis	n=269	
	N	%
<b>Chefia imediata receptiva ao diálogo</b>		
Sim	187	69,5
Não	15	5,6
Às vezes	67	24,9
<b>Equipe de enfermagem receptiva ao diálogo</b>		
Sim	176	65,4
Não	3	1,1
Às vezes	90	33,5
<b>Instituição receptiva ao diálogo</b>		
Sim	98	36,4
Não	26	9,7
Às vezes	145	53,9
<b>Reuniões na unidade*</b>		
Sim, semanalmente	10	3,7
Sim, quinzenalmente	3	1,1
Sim, mensalmente	61	22,7
Sim, quando necessário	183	68
Não	11	4,1
<b>Afastamento do trabalho por problemas de saúde no último ano</b>		
Sim	95	35,3

Não	174	64,7
<b>Já teve ou tem intenção de deixar o emprego?</b>		
Sim	54	20,1
Não	215	79,9
<b>Já teve ou tem intenção de deixar a enfermagem?</b>		
Sim	81	30,1
Não	188	69,9
<b>Satisfação em trabalhar no setor*</b>		
Sim	245	91,1
Não	23	8,6
<b>Comissão de ética na instituição</b>		
Sim	162	60,2
Não	63	23,4
Não Sei	44	16,4
<b>Núcleo de educação permanente na instituição</b>		
Sim	232	86,2
Não	28	10,5
Não sei	9	3,3

\*amostra de 268 participantes.

Quanto ao ambiente de trabalho, os enfermeiros avaliaram a chefia imediata e equipe de enfermagem como receptivos ao diálogo, porém a instituição como às vezes receptiva. Já as reuniões de equipe nas unidades acontecem, na maioria das vezes, quando são necessárias.

Observou-se que 35,3% dos participantes se afastaram do trabalho por problemas de saúde no último ano e já tiveram intenção de deixar o emprego (20,1%; n=54) e a enfermagem (30,1%; n=81) em algum momento, contudo, apresentaram-se satisfeitos em trabalhar em seu setor. Poucos enfermeiros conhecem a comissão de ética do hospital, no entanto apresentaram-se estar informados sobre a existência do núcleo de educação permanente na instituição.

Na Tabela 4, são descritos os resultados da percepção dos enfermeiros sobre o clima ético de suas unidades.

**Tabela 4** Estatística descritiva do *Hospital Ethical Climate Survey* – versão brasileira. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

<b>Fatores e Itens do HECS</b>	<b>Média (DP) n=269</b>
<b>Pares</b>	<b>4,07 (0,57)</b>
1.Os meus colegas prestam atenção às minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	3,87(0,73)
10.Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	4,11(0,82)
18.Eu trabalho com colegas competentes.	4,13(0,82)
23.Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	4,02(0,79)
<b>Pacientes</b>	<b>3,77 (0,55)</b>
2.Pacientes sabem o que esperar dos cuidados destinados a eles.	3,24(0,84)
6.Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	3,83(0,97)
11.Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema específico no cuidado ao paciente.	4,18(0,58)
19.Os desejos dos pacientes são respeitados.	3,50(0,79)
<b>Gerentes</b>	<b>3,89 (0,89)</b>
3.Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	3,55(1,28)
7.Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	4,02(0,90)
12.Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	3,81(1,18)
15.Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	3,87(1,10)
20.Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.	3,67(1,05)
24.Meu chefe é alguém que eu respeito.	<b>4,44(0,69)</b>
<b>Hospital</b>	<b>3,41 (0,73)</b>
4.Políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.	3,00(1,10)
8.Uma noção da missão do hospital é compartilhada de forma clara com os enfermeiros.	3,13(1,24)
13.Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são considerados ao se tomar uma decisão.	3,41(1,02)
16.Conflitos são resolvidos abertamente, não sendo evitados.	3,02(1,04)
21.Há uma abertura para questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	3,54(1,08)
25.Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.	<b>4,44(0,77)</b>
<b>Médicos</b>	<b>3,26 (0,70)</b>
5.Há confiança mútua entre enfermeiros e médicos.	3,31(0,86)
9.Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	<b>2,68(0,99)</b>
14.Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.	3,61(1,17)
17.Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	3,20(1,05)
22.Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	3,74(0,85)
<b>HECS - VB total</b>	<b>3,68 (0,55)</b>

A média de clima ético avaliada pelo HECS-VB foi de 3,68 (0,55), em que 64,3% (n=173) dos enfermeiros avaliaram o clima ético como positivo e 35,7% (n=96), negativo. O escore médio superior foi do fator “pares” (M=4,07; DP=0,57), enquanto o escore menor, fator “médicos” (M=3,26; DP=0,70). O item nove (M=2,68; DP=0,99) teve a menor pontuação, ao passo que os itens 24 (M=4,44; DP= 0,69) e 25 (M=4,44; DP=0,77), pontuaram entre os mais altos para o clima ético.

## **Discussão**

A partir do perfil dos participantes, a maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino com idade média de 40,6 anos, o que evidencia, ainda, predomínio de mulheres atuando na enfermagem<sup>16</sup>. Ademais, são profissionais com pós-graduação, formados a 14 anos com tempo de atuação de 4,6 anos na instituição.

Nesse cenário, nota-se que são profissionais com maior experiência, o que pode interferir na percepção mais crítica do clima ético, avaliada, muitas vezes, como negativa<sup>13,17</sup>. Isso pode estar associado à maior conscientização e comprometimento do enfermeiro com a assistência e à sua experiência moral diante de inúmeras vivências de problemas no cotidiano<sup>13,17,18</sup>.

Quanto ao ambiente de trabalho, a equipe de enfermagem e a chefia imediata são receptivas ao diálogo, porém, a instituição, nem sempre. Espaços para discussão e diálogo são necessários para estimular as boas relações entre colegas e gestão, levantando soluções para dilemas éticos da assistência<sup>19</sup>.

As reuniões, neste estudo, acontecem, na maioria das vezes, quando são necessárias para discutir sobre o cuidado e a administração do setor. No entanto, a literatura sugere que as

reuniões sejam periódicas para incentivar, de forma mútua, a escuta, o respeito e o suporte em tratar ocorrências a nível de complexidade<sup>20-23</sup>.

Nesse sentido, o afastamento do trabalho por problemas de saúde (35,3%), intenção de deixar o emprego (20,1%) e a enfermagem (30,1%) podem estar relacionados a falta de apoio de enfrentar e resolver problemas difíceis na assistência, insatisfação com as condições laborais, intensas jornadas e busca por melhor qualidade de vida<sup>24-25</sup>. Contudo, apesar desse panorama, observa-se que são profissionais satisfeitos em trabalhar nos seus respectivos setores (91,1%).

Segundo os achados, a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre a comissão de ética (60,2%) pode estar relacionada à pequena disseminação de sua missão, a qual é de auxiliar os profissionais na solução de preocupações com teor ético<sup>22,26-27</sup>. Entretanto, os enfermeiros têm conhecimento do núcleo de educação permanente (86,2%), evidenciando que sua atuação, na educação de diretrizes e protocolos, é ativa e rotineira na organização<sup>28</sup>.

No tocante à percepção do clima ético, os enfermeiros avaliaram como positiva, em conformidade com a literatura<sup>1,24</sup>. Não obstante, a pontuação média total do HECS-VB (M=3,68; DP=0,55) foi ligeiramente menor, quando comparada com estudos em unidades hospitalares e de terapia intensiva<sup>11,29</sup>. Embora o clima ético tenha sido positivo, uma parcela dos participantes o avaliaram como negativo, requerendo ações que priorizem o ambiente ético com apoio à prática e autonomia da enfermagem<sup>19</sup>.

Em particular, o fator “pares” apresentou escores mais altos para o clima ético, conforme mencionado em estudos anteriores<sup>7,13,19,30</sup>. A relação entre os pares com base no apoio e cooperação auxilia no enfrentamento de situações estressantes e na resolução de dilemas no trabalho<sup>13</sup>. Para tal, é necessário a comunicação efetiva entre os colegas, desenvolvendo a colaboração e o respeito às contribuições dos demais profissionais<sup>23</sup>, o que auxilia na promoção do clima ético positivo.

Ao contrário, o fator “médicos” e o item nove “Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento” do HECS-VB apresentaram pontuações inferiores, conforme estudos em hospital do Irã com médias aproximadas (3,00; DP=0,67)<sup>30</sup> e (2,39; DP=1,12)<sup>24</sup>, respectivamente. Esses achados, podem estar relacionados às dificuldades de interação e a baixa confiança entre médicos e enfermeiros sobre assuntos do cuidado ao paciente<sup>13,24</sup>.

A dificuldade de manter um relacionamento saudável pode estar associada às diferentes percepções do ambiente ideal de trabalho. Estudos em unidades pediátricas identificaram, entre os médicos, uma percepção mais positiva do clima ético<sup>1,7</sup>. Entende-se, pelas diferentes funções, que os enfermeiros por estarem mais presentes nos serviços de saúde e no cuidado estão mais suscetíveis a perceberem o clima ético negativo<sup>7</sup>.

Os resultados deste estudo também apontaram que os itens 24 e 25 dos fatores “gerentes” e “hospital” tiveram escores superiores, corroborando o papel da gestão em prospectar clima ético positivo<sup>24,30</sup>. Vale ressaltar, que a chefia, no hospital pesquisado, na maioria dos setores, é exercida por enfermeiros, os quais por serem da mesma categoria e por conhecerem a realidade do setor, conseguem manter uma relação mais saudável com os seus colaboradores<sup>13,24,30</sup>.

É imprescindível que as instituições de saúde e gestores saibam exercer a liderança, estabelecendo normas éticas e orientações de como proceder diante das adversidades na rotina da enfermagem<sup>31</sup>. O amparo da chefia na tomada de decisões é importante, os quais devem estar informados dos problemas recorrentes nos setores<sup>32</sup>.

Ainda que os achados tenham apontado para um clima ético positivo, o mesmo pode ser potencializado nesses ambientes com a criação de estratégias que visem a manutenção e promoção das relações entre colegas, pacientes e chefia. Espaços para discutir sobre os direitos dos pacientes, com realce a preservação de sua autonomia, com comunicação na definição de



diagnóstico e de tratamento, de forma compartilhada, são efetivos para melhorias no clima ético <sup>19</sup>.

## **Conclusão**

Prevaleceram enfermeiros do sexo feminino, idade média de 40,6 anos, com nível de ensino de pós-graduação e formados há 14 anos. Quanto ao ambiente de trabalho, observou-se que a chefia imediata e a enfermagem são abertas ao diálogo, no entanto as reuniões de equipe acontecem somente quando são necessárias.

Alguns participantes necessitaram se afastar do trabalho por problemas de saúde e relataram já terem tido intenção de deixar o emprego e a enfermagem, porém sentem-se satisfeitos em trabalhar nos seus respectivos setores. Evidenciou-se, que poucos enfermeiros conhecem a comissão de ética, todavia estão informados sobre a existência do núcleo de educação permanente.

Predominou a percepção positiva do clima ético, contudo uma pequena parcela o avaliou como negativo. A percepção do clima ético variou entre os fatores e itens do instrumento, sendo que o fator “pares” apresentou escore superior e o fator “médicos”, inferior.

Para pesquisas futuras, faz necessário investigar associações entre o clima ético com dados sociodemográficos, laborais e com a temática saúde do trabalho, no que se refere ao contexto brasileiro. Ademais, realizar estudos que desenvolvam estratégias para melhorar o clima ético em que possam ser reaplicados, em diferentes contextos, tanto nacional quanto internacional. Ainda, sugere-se que o HECS-VB seja aplicado em outros serviços hospitalares de diferentes contextos, pois esta foi a primeira pesquisa realizada com este instrumento no Brasil.

## Referências

- 1 Pergert P, Bartholdson C, af Sandeberg M. The ethical climate in paediatric oncology - a national cross-sectional survey of healthcare personnel. *Psycho-Oncology*. [Internet]. 2019 jan [cited Out 16, 2019]; 28:735–741. doi: 10.1002/pon.5009.
- 2 Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Annu Rev Psychol*. [Internet]. 2013 [cited dez 29, 2019]; 64: 361-88.
- 3 Esmaelzadeh F, Abbaszadeh A, Borhani F, Peyrovi H. Ethical leadership and organizational climate: The experience of iranian nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. [Internet]. 2017 [cited 26 dez 2019]; 19(4): e43554. doi: 10.5812/ircmj.43554
- 4 Olson LL. Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 1998 [cited Out 20, 2019]; 30(4): 345-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9866295>
- 5 Jameton, AA. reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq*. [Internet]. 2013 [cited dez 20, 2019]; 10(3): 297–308.
- 6 Grönlund CF, Söderberg A, Dahlqvist V, Andersson L, Isaksson U. Development, validity and reliability testing the Swedish Ethical Climate Questionnaire. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2019 [cited dez 20, 2019]; 26(7-8):2482–2493.doi: 10.1177/0969733018819122
- 7 Bartholdson C, Sandeberg M, Lützén K, Blomgren k, Pergert P. Healthcare professionals' perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2016 [cited 20 dez, 2019]; 23(8): 877-888. doi:10.1177/0969733015587778
- 8 Silén M, Svantesson M. Impact of clinical ethics support on daily practice—First - line managers' experiences in the Euro - MCD project. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2019 [cited dez 18 2019]; 27:1374–1383. doi: 10.1111/jonm.12818

- 9 Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
- 10 Lanes TC. Adaptação transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey* para enfermeiros brasileiros [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2020.
- 11 Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2018 jul [cited 23 out 2019]; 27(4):295-302. doi: 10.4037/ajcc2018252
- 12 Claeys M, Faelens A, Sabbe B, Schrijvers D, Casterlé BD, Luyten P. Psychometric properties of the Hospital Ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses. *European Journal for Person Centered Healthcare*. [Internet]. 2012 [cited 22 dez, 2019]; 1(1):202-208. Available from: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-12-artikel-claeys.pdf>.
- 13 Constantina C, Papastavrou E, Charalambous A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2018 mai [cited Dez 22, 2019]; 26(6):1805-21. doi: 10.1177/0969733018769358
- 14 Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral Distress among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2015 [acesso 18 abr. 2018]; 47(2):117–25. doi: [10.1111/jnu.12115](https://doi.org/10.1111/jnu.12115)
- 15 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.
- 16 Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz Brasília. "Perfil da Enfermagem no Brasil", dados de São Paulo [Internet]. 2013 [cited 20 dez, 2019]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)

- 17 Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2017 [cited dez 29, 2019]; 26(4) 1211–1225. doi: 10.1177/0969733017736924.
- 18 Ramos FR, Barth PO, Brito MJ, Caram C, Silveira LR, Brehmer LC, et al. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019 [cited jan 05, 2020];32(4):406-15.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900056>.
- 19 Lemmenes D, Valentine P, Gwizdalski P, Vincent C, Liao C. Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. *Nursing Ethics*. [Internt]. 2016 [cited dez 29, 2019]; 25(6): 724-733. doi: 10.1177/0969733016664980.
- 20 Sauerland, J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C. Assessing and Addressing Moral Distress and Ethical Climate Part II. *Dimens Crit Care Nurs*. [Internt]. 2015 [cited Dez 23, 2019];34(1):33-46]. doi: 10.1097/DCC.0000000000000083
- 21 Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2019 [cited Dez 22, 2019];53:e03470. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>
- 22 Seda Aydan1 and Sidika Kaya. Ethical climate as a moderator between organizational trust and whistle-blowing among nurses and secretaries. *Pak J Med Sci*. 2018 Mar-Apr; 34(2): 429–434.doi: 10.12669/pjms.342.14669
- 23 Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [cited Jan 06, 2020];50(4):640-647. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>

- 24 Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2017 jul [cited Dez 20, 2019]; 26(2):346-56. doi: 10.1177/0969733017712083
- 25 Martins MS, Matos E, Salum ND. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulto. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [Cited Jan 10, 2020]; 28:e20160069. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2016-0069
- 26 Zborowski IP, Melo MRAC. A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. [Internet]. 2004 [cited Dez 27, 2019]; 8(2):224-234. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713009.pdf>
- 27 Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Adm Sci Q*. [Internet]. 1988 [cited Dez 24, 2019]; 33(1): 101–25. doi:10.2307/2392857.
- 28 Mota RS, Silva VA, Costa JCB, Barros A, Gomes BP, Araújo RPA. Participação em atividades de educação permanente e mudanças nas práticas assistenciais de enfermagem. *Rev baiana enferm*. [Internet]. 2018 [cited dez 24, 219]; 32:e26485. doi: 10.18471/rbe.v32.26485.
- 29 Kumar BA, Pragnesh BP, Prerna B, Reekie P, Pankaj HB, Ebbie T. Ethical climate and its effect in teaching hospital: A vision from 3<sup>rd</sup> eye. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*. [Internet]. 2019 [cited dez 29, 2019]; 41(1):45-49 doi: 10.5958/0974-0848.2019.00011.3.
- 30 Shafipour V, Yaghobian M, Shafipour L, Heidari MR. Nurses' perception of the ethical climate in the Iranian hospital environment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. [Internet]. 2016 [cited dez 29, 2019]; 3(4): 37-43. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/af0b/dda016ca776ca0f434ea490dd7afc9d38ae3.pdf?\\_ga=2.197975471.1454432122.1577653691-72392420.1577653691](https://pdfs.semanticscholar.org/af0b/dda016ca776ca0f434ea490dd7afc9d38ae3.pdf?_ga=2.197975471.1454432122.1577653691-72392420.1577653691).

31 Jang Y, Oh Y. Impact of ethical factors on job satisfaction among Korean nurses. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2017 [cited dez 28, 2019]; 26(4) 1186–1198. doi: 10.1177/0969733017742959.

32 Zhang N, Li M, Gong Z, Xu D. Effects of ethical leadership on nurses' service behaviors. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2018 [cited dez 27, 2019]; 26(6): 1861–1872. doi: 10.1177/0969733018787220.

## 5 DISCUSSÃO

No cenário internacional, o clima ético vem se tornando uma temática emergente no ambiente de trabalho, sobretudo em virtude às consequências de um clima ético negativo, que não se limita apenas a problemas de relações entre colegas e gestão (OLSON, 1998). Estima-se, na literatura, em função do clima ético percebido como negativo, que muitos profissionais tem a sua saúde debilitada pelo desencadeamento de sofrimento moral, insatisfação no trabalho, a ponto de ficarem impossibilitados a exercerem funções laborais, o que provoca o seu afastamento (ULRICH et al., 2007; HAMRIC, BLACKHALL, 2007).

Nesse panorama, percebe-se que se torna importante conhecer o clima ético nos ambientes hospitalares. Para isso, é necessária aplicação de instrumento que consiga mencionar o clima entre os profissionais de saúde, e com isso, conseguir levantar ações que possam melhorar o ambiente de trabalho e as relações entre colegas.

É nesse contexto que o presente estudo adaptou o instrumento americano denominado HECS, do ano de 1998, com vistas a avaliar o clima ético nas unidades hospitalares, a partir da percepção dos enfermeiros. A adaptação do instrumento seguiu as etapas recomendadas pelo Sousa, Rojjanasrirat (2011), com adaptações de Reichenheim, Moraes (2007) e Beaton et al (2007) iniciando a tradução direta do instrumento para o português, síntese das traduções, retrotraduções, avaliação do instrumento pelo comitê multidisciplinar e painel de especialistas, teste piloto e validação do instrumento com o público alvo.

Não ocorreram mudanças significativas, entretanto alguns ajustes linguísticos e culturais foram realizados, a fim de manter o máximo possível dos significados do instrumento original. O painel de especialistas, em que o HECS foi avaliado por sete profissionais especializados em ética de diferentes regiões do Brasil, contribuiu para a obtenção de uma avaliação do instrumento de maneira criteriosa, dando maior credibilidade ao processo de adaptação. Ademais, a participação desses foi fundamental para identificar itens que poderiam ser melhor adaptados para o contexto brasileiro, bem como avaliar a compreensão e clareza do constructo.

No tocante à análise de validação de conteúdo obtido por meio do cálculo do IVC, pode-se encontrar um valor para o índice de 0,98, sendo satisfatório e acima do HECS original (IVC = 0,89), mostrando-se alto nível de concordância entre os especialistas (OLSON, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Durante o teste piloto, a clareza do instrumento foi satisfatória (84,6%), demonstrando um instrumento claro para ser aplicado entre enfermeiros da cultura brasileira em âmbito hospitalar. Após, a finalização dessa fase, surgiu a versão final do HECS, sendo denominado como HECS-VB.

No que diz respeito a validação do instrumento, esta foi realizada por meio da aplicação do HECS-VB a 269 enfermeiros (84,6%), sendo a maioria do sexo feminino (88,1%; n=237), com idade média de 40,6 anos (DP= 8,65), com companheiro (75,1%; n=202) e filhos (72,9%; n=196). Porquanto, percebe-se o sexo feminino ainda prevalente na enfermagem em serviços de saúde (COFEN, 2013).

Referente aos dados laborais, 39,4% trabalhava em turno misto, em unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica, neonatal ou cardiológica) (19,8%) e com vínculo empregatício celetista (57,6%). A atuação dos enfermeiros prevaleceu nas unidades de terapia intensiva, setores que apresentam cuidados mais complexos e que exigem um conhecimento mais especializado (CAMELO et al., 2013).

Quanto ao ambiente de trabalho, os enfermeiros avaliaram a chefia imediata e equipe de enfermagem como receptivos ao diálogo. Já as reuniões de equipe nas unidades acontecem, na maioria das vezes, quando são necessárias. Nota-se por esses achados, que a chefia imediata, por ser mais acessível para equipe, devido a sua proximidade, parece ser mais aberta para questionamentos (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018). No entanto, as reuniões acontecem somente quando são necessárias, o que restringe as discussões sobre a prática clínica.

No que diz respeito a saúde do trabalhador, observou que 35,3% dos participantes se afastaram do trabalho por problemas de saúde e tiveram intenção de deixar o emprego (20,1%; n=54). Esses valores não foram os mais prevalentes, contudo, para uma amostra de 269 enfermeiros, pode-se perceber que são achados preocupantes. É necessário investir em estratégias que visem melhorar a saúde desses trabalhadores e que reduzam a intenção de deixar o trabalho. Essas estratégias podem estar relacionadas à promoção do clima ético nessas unidades (ULRICH et al., 2007).

Por outro lado, a maioria (91,1%; n=245) dos enfermeiros mostraram-se satisfeitos em trabalhar no seu respectivo setor, o que pode ser reflexo de uma equipe unida que incentiva o amadurecimento profissional e pessoal e, se preocupa em escutar seus colegas (PASSADOURO; FERREIRA, 2016). Ademais, evidenciou-se que poucos enfermeiros conhecem a comissão de ética, todavia, apresentaram-se estar informados sobre a existência do núcleo de educação permanente. Esse achado, pode estar vinculado a falta de conhecimento dos



enfermeiros sobre o papel da comissão de ética. Relaciona-se, à dificuldade de compreender a função da comissão na resolução de dilemas e à pequena disseminação do objetivo desse comitê dentro das unidades (ZBOROWSKI; MELO, 2004; VICTOR; CULLEN, 1988). Diferente do núcleo de educação, o qual mostrou-se ser mais explorado nesses setores.

Decorrente da aplicação do HECS-VB aos referidos profissionais, verificou-se, a partir do teste-reteste para uma amostra de 20% (n=54) dos participantes, a estimativa de reprodutibilidade do HECS-VB. Realizado por meio do Kappa ponderado quadrático e coeficiente de correlação intraclasse, os quais se mostraram satisfatórios, com mínima evidência de variação inter-observador. Essa medida permite examinar o nível de concordância das respostas de um instrumento em momentos distintos, preenchidos pelo mesmo examinador/participante (FLEISS, 1981; SILVA; PAES, 2012).

O HECS-VB mostrou-se válido e fidedigno com consistência interna, sendo o valor da confiabilidade do instrumento superior a 0,70 (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004; FIELD, 2009). Este achado está de acordo com literatura, em que estudos realizados em diferentes contextos hospitalares e instituições de idosos evidenciaram valores semelhantes 0,93 e 0,92, respectivamente (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; SUHONEN et al., 2015; CLAYES et al., 2013). É nesse contexto, que o HECS-VB se mostrou promissor para avaliação da percepção dos enfermeiros sobre o clima ético no Brasil.

No que concerne a percepção do clima ético, foi possível constatar que 64,3% (n=173) avaliaram o clima ético positivo e 35,7% (n=96), negativo, com média de  $M=3,68$  ( $DP=0,55$ ) para o HECS-VB. Percebe-se, partir desses achados, que a avaliação do clima ético foi positiva, no entanto, com valores ligeiramente inferiores aos demais estudos realizados nos Estados Unidos ( $M=3,9$ ;  $0,5$ ) e Índia ( $M=4,48$ ;  $DP=0,288$ ) (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; KUMAR et al., 2019).

Conforme Lemmenes (2016) e Olson (1998), o clima ético positivo é essencial para apoiar a prática profissional da enfermagem. Os escores deste estudo, mesmo sendo avaliado como positivo, sugerem a necessidade de melhoria devido a sua influência contínua na qualidade da assistência (NUMMINEN et al., 2015).

Por outro lado, o escore médio do fator “médicos” foi o menor para o clima ético ( $M=3,26$ ;  $DP=0,70$ ). Esse achado está em concordância com a literatura, que apontam para as dificuldades de relacionamento entre médicos e enfermeiros, no que se refere aos assuntos da prática clínica. Estudo qualitativo, realizado com enfermeiros de um hospital da Coreia do Sul, identificou no relato dos participantes que tinham dificuldades em opinar, diante da equipe médica, a favor dos pacientes e cuidadores durante a tomada de decisões. Os participantes

acreditavam que essa dificuldade poderia afetar a sua autonomia diante da resolução de dilemas e que isso viria a ser um obstáculo ao cuidado ético (CHOE; KIM; YANG, 2019).

Diferente da relação entre enfermeiros e médicos, o fator “pares” (M=4,07; DP=0,57) pontuou entre os mais altos, indicando que a relação entre os colegas enfermeiros são saudáveis e aponta para presença de espírito de cooperação e apoio entre eles (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018). Esse apoio acontece, especialmente, em situações difíceis em que são confrontados com várias questões éticas da rotina assistencial. Nesse contexto, os profissionais da enfermagem enfrentam a dor física e emocional de pacientes e familiares, efeitos colaterais de tratamento, medo e solidão, que denunciam a fragilidade humana (CONSTANTINA; PAPASTAVROU; CHARALAMBOUS, 2018).

Resultado contrário a este, foi encontrado no estudo com enfermeiros iranianos que observou uma menor pontuação (M=15.42; DP=2.66) para o fator “pares”. A relação boa entre colegas é realmente importante para melhorar a qualidade dos serviços e a satisfação dos pacientes e de seus familiares (JAHANTIGH et al., 2015).

Dentre todos os 26 itens que compõem o HECS-VB, o item “Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento” obteve a menor pontuação (M=2,68; DP=0,99). Conforme estudo em hospital pediátrico da Suécia, que identificou, a partir da mensuração do clima ético por percentuais, somente 5% de avaliação positiva para este item (BARTHOLDSON et al., 2016).

Sob esse prisma, acredita-se para a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde acerca do compartilhamento de informações necessárias para tomada de decisões, sobretudo, dos prejuízos que possam surgir quando não são levados em consideração essas informações. Esses prejuízos são advindos da falta de comunicação entre colegas e que podem afetar a segurança do paciente (BARTHOLDSON et al., 2016).

Nessa perspectiva, os dilemas éticos deveriam ser solucionados a partir de ações que buscassem o consenso dos envolvidos em situação-problema. Em que após a decisão, feita de forma consensual, fosse respeitada por todos da equipe, inclusive pela gestão. Isso ajudaria a reduzir alguns problemas da assistência como risco de ocorrer incidentes, por exemplo (GERMANO, 2013).

Nesta pesquisa, observou que existe uma abertura para os enfermeiros atuarem com base na ética e de forma legal, ao considerar, os seguintes itens, os quais pontuaram entre os mais altos: “Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal” (M=4,44; DP=0,77) e “Meu chefe é alguém que eu respeito” (M=4,44; DP= 0,69). Esse contexto pode ser justificado pelo fato dos gestores

terem maior experiência profissional e por isso conseguem identificar, com a maior clareza, problemas que acometem a enfermagem e as suas necessidades (JAHANTIGH et al., 2015).

## 6 CONCLUSÃO

A partir do processo de adaptação transcultural do HECS, foram realizados ajustes tanto nas etapas de tradução, como no painel de especialistas e teste piloto, considerando as sinalizações e sugestões de experts na área, bem como de enfermeiros pós-graduandos que tinham experiência na assistência hospitalar, para que o instrumento alcançasse um nível de clareza e compreensão satisfatórios, verificados por meio do IVC e análise de clareza.

Após, com a aplicação do instrumento na população alvo e a realização dos testes psicométricos foi possível verificar que a tradução e versão final foram adequadas. Portanto, os resultados das análises fatoriais exploratória e confirmatória, alfa de cronbach e correlações apresentaram resultados que indicaram a confiabilidade e validade do instrumento.

Quanto à caracterização dos participantes da pesquisa, a qual foi realizada com 84,6% da população de enfermeiros atuantes no HUSM, prevaleceram enfermeiros do sexo feminino, com companheiro, com idade média de 40,6 anos e com filhos. Quanto ao ambiente de trabalho, observou que a chefia imediata e a enfermagem são abertas ao diálogo, no entanto as reuniões de equipe acontecem somente quando são necessárias.

Alguns participantes necessitaram se afastar do trabalho por problemas de saúde e relataram já terem tido intenção de deixar o emprego, porém sentem-se satisfeitos em trabalhar nos seus respectivos setores. Ademais, evidenciou-se que poucos enfermeiros conhecem a comissão de ética do hospital, no entanto apresentaram-se estar informados sobre a existência do núcleo de educação permanente.

A avaliação do clima ético a partir do HECS-VB total foi positiva, contudo teve variações entre os cinco fatores, sendo que o fator “pares” apresentou pontuações superiores, enquanto o fator “médicos”, inferiores. Dentre os 26 itens do instrumento, evidenciou-se que “Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento” apresentou menores pontuações, o que indica a necessidade de estratégias que visem melhorar a relação entre médicos e enfermeiros.

Já os itens “Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal” e “Meu chefe é alguém que eu respeito”, pontuaram entre os mais altos para o clima ético. Esse contexto serve para reflexão de que a relação entre os profissionais e a gestão são saudáveis, no entanto, necessitam serem melhoradas, tendo em vista que os fatores “gestores” e “hospital” não tiveram pontuações superiores para o clima ético.

Portanto, o instrumento HECS-VB reúne critérios de validade psicométrica com elevada consistência interna, sendo um instrumento promissor para identificar o clima ético entre os enfermeiros de unidades hospitalares. No geral, conclui-se que o clima ético é percebido de forma positiva pelos enfermeiros do HUSM, com variações entre os seus cinco fatores e 26 itens que compõem o constructo.

Apesar do rigor metodológico aplicado na adaptação transcultural do instrumento, admite-se como limitação do estudo, o fato de o instrumento ter sido aplicado numa única organização hospitalar. Isso indica para estudos futuros, a necessidade de investigação desse tema em diferentes maneiras e contextos, com vistas para ações que priorizem a promoção do clima ético. Ademais, realizar o teste piloto em grupos focais, o que auxilia a compreender o que cada participante entende ao ler o instrumento, sendo possível realizar uma discussão aberta entre um conjunto de pessoas.

Abaixo, estão descritos alguns temas a serem abordados para estudos futuros relacionados ao clima ético:

- Avaliação do clima ético a partir de grupos focais com profissionais de saúde;
- Estudos com outras populações da área da saúde;
- Estudos com delineamento misto, visando a percepção dos profissionais de saúde e gestores, o que facilitaria o levantamento de estratégias;
- Avaliação do clima ético com estudantes de saúde que atuem em unidades hospitalares, bem como estagiários e, relacionar com a ética ministrada nos cursos, com intuito de verificar como esses estudantes percebem o clima dentro dos hospitais. Além disso, observar se a disciplina ética consegue estimular a reflexão nesses estudantes diante de dilemas éticos que envolvem a prática clínica;
- Estudos de associação com aspectos relacionados aos dados sociodemográficos e laborais, a organização do trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente, ao levar em consideração que pesquisas com essas variáveis já estão sendo encontradas na literatura internacional, no entanto são incipientes no contexto brasileiro. Algumas variáveis estão pautadas a seguir: Satisfação no trabalho; Sensibilidade moral; Sofrimento moral; *Burnout*; Intenção de rotatividade; Tendência a sair da instituição; Comprometimento organizacional; Comportamento ético; Liderança ética; Carga de trabalho; Prazer e sofrimento no trabalho; Comportamento de cidadania organizacional; Cultura de segurança; Segurança do paciente e Erros médicos.

Por fim, recomenda-se estudos que elaborem estratégias que visem a promoção do clima ético nas unidades hospitalares, as quais possam ser aplicadas em várias instituições nacionais

e internacionais. Realizar educação permanente com os profissionais com vistas a explanação dos preceitos éticos que regem o código de ética e diretrizes da instituição. A partir dos avanços alcançados neste estudo, espera-se que possa auxiliar a enfermagem a desenvolver melhorias no ambiente de trabalho, aspirando à promoção da saúde do trabalhador e de uma assistência mais qualificada e segura aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ALLMARK, P. Aristotle for nursing. **Nursing Philosophy**, v.18, e12141, 2017.
- ALTAKER, K.W, HOWIE-ESQUIVEL, J., CATALDO, J. K. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. **Am J Crit Care**, v. 27, n. 4, p.295-302, 2018.
- ANZENBACHER, A. Introdução à Filosofia Ocidental. Ed. Vozes Ltda, Rio de Janeiro, 2009.
- ASGARI, S. et al. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. **Nursing Ethics**, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733017712083>. Acesso em: 22 de mai. 2018.
- BALAKRISHNAMA, S., GANAPATHIRAJU, A. Linear discriminant analysis - a brief tutorial. **Institute for Signal and Information Processing**, 1998.
- BAPTISTA, C. J. Conflitos éticos nos processos de cuidado e de ensino em enfermagem envolvendo o paciente HIV+: percepções de cuidadores em um hospital universitário público. Dissertação, Distrito Federal, Universidade de Brasília, 2013.
- BARTHOLDSON, C. et al. Healthcare professionals' perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 8, p. 877–888, 2016.
- BATISTA, A. A. V. Formação de recursos Humanos em saúde: o ensino da ética e a prática profissional. Dissertação, Sergipe, Universidade Federal de Sergipe, 2011.
- BAYER, G.L.A. Instrumentos usados para medir clima ético en organizaciones de salud. **Rev.Latinoam.Bioet**, v. 11, n. 2, Edición 21, p. 42-53, 2011.
- BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures Contributors to this Document. 2007.
- BENOIT, D. D. 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**, v. 44, n. 7, p. 1039–1049, 2018.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2004.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Deontologia de Enfermagem de 04 de outubro de 1975. Brasília, 1975.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 160 e 161/1993: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 1993.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 240/2000. Brasília, 2000.

- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311/2007. Brasília, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.
- BROWN, M.T. Working ethics. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- CAMELO, S.H.H. et al. Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Ciencia y enfermeria**, v. xix, n. 3, p. 51-62, 2013.
- CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. Ed. Ática, São Paulo, 2000.
- CHOE, K.; KIM, Y., YANG, Y. Pediatric nurses' ethical difficulties in the bedside care of children. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 541–552, 2019.
- CLAYES, M. et al. Psychometric properties of the Hospital Ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses. **Eur J Pers Cent Healthc**, v. 1, n. 1, p.202-08, 2013.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz Brasília. "Perfil da Enfermagem no Brasil", dados de São Paulo. 2013. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)
- COHEN J. Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220, 1968.
- CONSTANTINA, C.; PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. **Nursing Ethics**, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://doi.org.ez47.periodicos.capes.gov.br/10.1177/096973301876935>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- CORTES, C., VAPNIK, V. Support-Vector Networks. **Machine Learning**, v. 20, p. 273–297, 1995. Disponível em: <https://doi.org.ez47.periodicos.capes.gov.br/10.1023/A:1022627411411>. Acesso em: 16 dez. 2019.
- FARIAS, D. E. C. S. Conflitos éticos no gerenciamento em enfermagem: da percepção à tomada de decisão. Tese de doutorado. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2015.
- FÁVERO, L. P. L. et al. Análise de Dados - Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões. 1ª ed. Brasil: Campus, 2009.
- FIELD, A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FLEISS J. Statistical methods for rates and proportions (2th Ed.). New York: John Wiley & Sons, 1981.



FOWLER, M. D. Why the history of nursing ethics matters. **Nursing Ethics**, v. 24, n.3, p. 292–304, 2017. Acessado em: 01 set. 2018. Disponível em: <http://journals.sagepub.com.ez47.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/0969733016684581>.

GARCÍA, G.; CASTILLO, R.F.; BÁRBARA, S. E. S. Nursing organizational climates in public and private hospitals. **Nursing Ethics**, v. 21, n. 4. p. 437-446, 2014.

GERMANO, R. M. A pesquisa e os dilemas éticos do trabalho da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 66(esp), p. 76-9, 2013.

GRACIA, D. Pensar a bioética: metas e desafios. 1 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

GOLDIM, J. R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 1, p. 58-63, 2009.

HAMRIC, A. B.; BLACKHALL, L. J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. **Critical Care Medicine**, v. 35, n 2, p. 422-429, 2007.

HAIR, J. F. J. et al. Análise multivariada de dados. 6<sup>o</sup>ed. Porto Alegre: Bookman, 688p, 2009.

HART, S. E. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. **J Nurs Scholarsh**, v. 37, p. 173–177, 2005.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Departamento de Recursos Humanos. Santa Maria, 2018. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>> Acesso em: 18 ago.2018.

HWANG, J. I.; PARK, H. A. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. **Nurs Ethics**, v. 21, n. 1, p. 28-42, 2014.

JAHANTIGH, M. et al. Hospital's ethical climate and nurse's desired ethical climate in Ali-ebn-Abitaleb and Khatam-al-Anbia hospital of Zahedan (2015). **Der Pharmacia Lettre**, v. 7, n. 12, p. 427-431, 2015.

JUNGES, J. R. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. **Acta Bioethica**, v. 17, n. 2, p.171-178, 2011.

KHALESI, N. et al. Psychometric properties of the Persian version of the “Hospital Ethical Climate Survey.” **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v.7, n. 15, 2014.

KLINGER, F. J. Ética e bioética em enfermagem 3. ed. Goiania, GO AB, 110 p, 2015.

KOTSIANTIS, S. B.; ZAHARAKIS, I. D.; PINTELAS, P. E. Machine learning: a review of classification and combining techniques. **Artif Intell Rev**, v. 26, p. 159–190, 2006. Disponível em: <<https://doi.org.ez47.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10462-007-9052-3>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

- KUMAR, B. A. et al. Ethical climate and its effect in teaching hospital: A vision from 3<sup>rd</sup> eye. **Journal of Indian Academy of Forensic Medicine**, v.41, n.1, p. 45-49, 2019.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro. Tese (Doutorado). Salamanca (Espanha). Facultad de Psicologia. Universidade Pontífica de Salamanca, 1995.
- LEMMENES, D. et al. Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. **Nursing Ethics**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0969733016664980>>. Acesso em: 09 mai. 2018.
- LUNARDI, V. L. et al. A ética da enfermagem e sua relação com o poder e a organização do trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.3, jun., 2007.
- MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **J Occupat. Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.
- MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- MIKHAIL, E. M.; ACKERMAN, F. Observations and Least Squares. **University Press of America**, 1976. 497 p.
- MOOS, R.H.; MOOS, B. S; TRICKETT, E. J. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES) (Manual). Madri: TEA, 1999.
- NUMMINEN, O. et al. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses' perceptions. **Nursing Ethics**, v.22, n.8, p. 845-859, 2015a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0969733014557137>>. Acesso em: 18 mai. 2018.
- OLIVEIRA, J. C. Enfermeiros que Trabalham em UTI: Enfrentamento de Conflitos e Prestação de uma Assistência Ética. Dissertação, Sergipe, Universidade Federal de Sergipe, 2014.
- OLSON, L. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. **Dissertation Abstracts International**, v. 56, n. 5, p. 2563b, 1995.
- OLSON, L. L. Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 30, n. 4, p. 345-349, 1998.
- PASSADOURO, R.; FERREIRA, P.L. Professional Satisfaction within Family Health Units of Central Region. **Acta Med Port**, v.29, n. 11, p. 716-25, 2016. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7380>.
- PASSOS, E. S. A ética na enfermagem. **R. Bras. Enferm**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 85-92, 1995.
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia: Teoria e Prática. [9º reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: Dicionário da Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.
- PIMENTEL, D. Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros. Brasília: CFM, 388p. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorelli. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAMOS, F.R.S. et al. Construção da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – Um Estudo Metodológico. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.4, p. e0990017, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.4, p. 665-73, 2007.

SCHEIN, E. H. Sense and Nonsense about Culture and Climate. Handbook of Culture and Climate. 1999.

SCHERMERHORN, J. R. Administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 572p, 2007.

SCHNEIDER, B.; EHRHART M, G.; MACEY, W. H. Organizational climate and culture. **Annu Rev Psychol**, v. 64, p.361-88, 2013.

SCHNEIDER, B. The climate for service: An application of the climate construct. In B. Schneider (Ed.), Organizational climate and culture (383- 412). San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. Ed 3ª. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILÉN, M. et al. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: Perceptions and instrument usability. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 23-24, p. 3483-3493, 2011.

SILVA RS, PAES AT. Por dentro da estatística. **Educ Contin Saúde Einstein**, v. 10, n. 4, p. 165-6, 2012.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, p. 268-274, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and Organization. **Rev Bras Enferm**, v.70, n.5, p: 912-9, 2017.

SUHONEN, R. et al. Validation of the Hospital Ethical Climate Survey for older people care. **Nursing Ethics**, v. 22, n.5, p. 517-532, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0969733014549878>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

ULRICH, C. et al. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. **Social Science and Medicine**, v. 65, n 8, p. 1708-1719, 2007.

TAMAYO, M. R; TRÓCCOLI, T. B Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.

VALLS, A. L. M. O que é ética. Ed. 2. São Paulo: Brasiliense, 1987.

VICTOR, B.; CULLEN, J. A theory and measure of ethical climate in organizations. In: Fredrick WC and Preston L (eds) *Research in corporate social performance and policy*. London: JAI Press, p. 51–71, 1987.

VICTOR, B., CULLEN, J. B. The organizational bases of ethical work climates. **Adm Sci Q**, v. 33, n. 1, p.101–25, 1988.

ZBOROWSKI IP, MELO MRAC. A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.8, n. 2, p. 224-234, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713009.pdf>

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm**, v. 38, n. 1, p: 21-7, 2004.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - CARTA EMITIDA PARA AUTORA DO INSTRUMENTO REFERENTE A AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Fwd: Interested in having the Hospital Ethical Climate Survey scale translated and validated for Portuguese of Brazil

**Dear Linda Olson,**

I am professor of the Post-Graduation in Nursing of the Federal University of Santa Maria (UFSM), state of Rio Grande do Sul, Brazil. I have been studying issues related to worker's health and nursing moral distress. We found your article "Hospital Nurses' Perceptions of the ethical climate of their work setting" in a search for literature on the subject ethical climate.

We would like to know if you are interested in having the "Hospital Ethical Climate Survey" scale translated and validated for Portuguese of Brazil. If you agree, we would like to present the translation in a master thesis supervised by me.

We are looking forward to your response,

Regards.

Graziele Dalmolin.

Fwd: Interested in having the Hospital Ethical Climate Survey scale translated and validated for Portuguese of Brazil

Hello Grazielle: I would be happy to have you use the survey in your work. Is the topic of the thesis related to translating the tool and/or using it with a group of nurses?

Thanks for your interest,

Linda

Linda L. Olson, PhD, RN, NEA-BC, FAAN | Senior Program Advisor, Nursing Regulation|

312.525.3624 (D) | [lolson@ncsbn.org](mailto:lolson@ncsbn.org)

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) | [111 E. Wacker Drive, Ste. 2900, Chicago, IL 60601-4277](https://www.ncsbn.org) | 312.279.1032 (F) | [www.ncsbn.org](http://www.ncsbn.org)

Our Mission – NCSBN, Leading in nursing regulation

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL

A1. N° do Instrumento: _____	A1_____
A2. Data da Coleta: __/__/____	A2 __/__/__
A3. Data de Nascimento __/__/____	A3 __/__/__
A4. Sexo: [ 1 ] Feminino [ 2 ] Masculino	A4_____
A5. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? [ 1 ] Branca [ 2 ] Preta – Negra [ 3 ] Parda [ 4 ] Amarela [ 5 ] Indígena	A5_____
A6. Situação conjugal: [ 1 ] Com companheiro(a) [ 2 ] Sem companheiro(a)	A6_____
A7. Possui filhos: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A7_____
A8. Número de filhos: _____	A8_____
A9. Escolaridade: [ 1 ] Graduação [ 2 ] Especialização ou Residência [ 3 ] Mestrado [ 4 ] Doutorado	A9_____
A10. Qual o seu vínculo empregatício no HUSM: [ 1 ] RJU [ 2 ] CLT	A10_____
A11. Unidade de trabalho: _____	A11_____
A12. Tempo de formação profissional como enfermeiro: _____ anos _____ meses	A12_____
A13. Tempo de serviço no HUSM: _____ anos _____ meses	A13_____
A14. Tempo de trabalho nesta unidade: _____ anos _____ meses	A14_____
A15. Carga horária semanal de trabalho no HUSM: ____ horas	A15_____
A16. Exerce cargo de chefia: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A16_____
A17. Turno de trabalho: [ 1 ] Manhã [ 2 ] Tarde [ 3 ] Noite [ 4 ] Misto	A17_____
A18. Quanto tempo trabalha nesse turno: _____	A18_____
A19. Realiza horas extras: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A19_____
A20. Possui outro emprego? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não A20a. Se sim, qual? _____ A20b. Qual o tipo de vínculo: [ 1 ] Público [ 2 ] Privado A20c. Qual a carga horária semanal? _____ horas.	A20_____ A20a_____ A20b_____ A 20c_____
A21. Comissão de Ética na instituição: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não sei	A21_____
A22. Núcleo de Educação Permanente na instituição: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não sei	A22_____
A23. Instituição receptiva ao diálogo: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Às vezes	A23_____
A24. Chefia ou supervisor imediato receptiva ao diálogo: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Às vezes	A24_____
A25. Equipe de enfermagem receptiva ao diálogo: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Às vezes	A25_____
A26. Reuniões na unidade: [ 1 ] Sim, semanalmente. [ 2 ] Sim, quinzenalmente. [ 3 ] Sim, mensalmente. [ 4 ] Sim, quando necessário. [ 5 ] Não.	A26_____
A27. Você se sente satisfeito em trabalhar no seu setor? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A27_____
A28. Afastou-se do trabalho por motivos de saúde no último ano? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A28_____
A29. Já teve ou tem intenção de deixar o emprego? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A29_____
A30. Já teve ou tem intenção de deixar a enfermagem? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	A30_____

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COMITÊ MULTIDISCIPLINAR**

Título do estudo: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

Pesquisador responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grazielle de Lima Dalmolin

Autora da pesquisa: Enf<sup>o</sup> Mda<sup>o</sup> Taís Carpes Lanes

Projeto Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, no dia 10 de julho de 2018, sob número do CAAE 92702318.9.0000.5346.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS.

### **Termo de consentimento para o Comitê multidisciplinar**

Participantes: Especialistas em questões Éticas na área da Saúde e tradutor.

Eu Grazielle de Lima Dalmolin, responsável pela pesquisa “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS” e a mestranda Taís Carpes Lanes, o convidamos a participar como voluntário no Comitê multidisciplinar para a análise do instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS), o qual está em processo de adaptação transcultural.

Esta pesquisa pretende adaptar transculturalmente o instrumento HECS e avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético hospitalar. Acreditamos que ele seja importante devido ao crescente número de cuidados aos pacientes com alta complexidade, o qual suscitou a preocupação em fornecer uma assistência mais segura que, abarcasse várias questões éticas. Este instrumento, mostrou-se como o mais adaptado na avaliação da percepção do clima ético dos enfermeiros em ambiente hospitalar.

Exibe-se, como riscos mínimos para o participante, como sintomas de desconforto e cansaço, que poderão surgir durante a análise de equivalência entre as versões retrotraduzidas e com o instrumento original e a versão preliminar traduzida inicial (VT - I) com o instrumento original. Caso ocorram esses riscos, você poderá interromper sua análise sobre as questões do instrumento, podendo retomá-las posteriormente ou não. Os benefícios que esperamos com o estudo são a contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem, a partir de um instrumento adaptado para cultura brasileira.

Qualquer dúvida referente ao processo do estudo, entre em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

### **Autorização**

Eu,....., após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou



suficientemente informado que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

*Graciele de L. Balmohi*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Data: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PAINEL DE ESPECIALISTAS**

Título do estudo: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

Pesquisador responsável: Profª Drª Grazielle de Lima Dalmolin

Autora da pesquisa: Enfº Mdaº Taís Carpes Lanes

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS.

### **Termo de consentimento para o Painel de Especialistas**

Participantes: Especialistas em questões Éticas na área da Saúde.

Eu Grazielle de Lima Dalmolin, responsável pela pesquisa “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS” e a mestrandia Taís Carpes Lanes, o convidamos a participar como voluntário no Painel de especialistas para a análise do instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS), o qual está em processo de adaptação transcultural.

Esta pesquisa pretende adaptar transculturalmente o instrumento HECS e avaliar a percepção, dos enfermeiros sobre o clima ético hospitalar. Acreditamos que ele seja importante devido ao crescente número de cuidados aos pacientes com alta complexidade, o qual suscitou a preocupação em fornecer uma assistência mais segura que, abarcasse várias questões éticas. Este instrumento, mostrou-se como o mais adaptado na avaliação da percepção do clima ético dos enfermeiros em ambiente hospitalar.

Exibe-se, como riscos mínimos para os participantes, sintomas de desconforto e cansaço que poderão surgir durante a análise conceitual e de conteúdo da versão traduzida do instrumento. Caso ocorram esses riscos, você poderá interromper sua análise sobre as questões do instrumento, podendo retomá-las posteriormente ou não. Os benefícios que esperamos com o estudo são a contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem, a partir de um instrumento adaptado transculturalmente para cultura brasileira.

Qualquer dúvida referente ao processo do estudo, entre em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

### **Autorização**

Eu,....., após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e

assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

*Graciele de L. Balmohi*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Data: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO TESTE PILOTO**

Título do estudo: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

Pesquisador responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grazielle de Lima Dalmolin

Autora da Pesquisa: Enf<sup>o</sup> Mda<sup>o</sup> Taís Carpes Lanes

Projeto Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, no dia 10 de julho de 2018, sob número do CAEE 92702318.9.0000.5346.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde (CCS) – Pós-Graduação de Enfermagem – PPGENF.

Participantes: Pós-Graduandos de Enfermagem.

Eu Grazielle de Lima Dalmolin, responsável pela pesquisa “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS” e a mestranda Taís Carpes Lanes, o convidamos a participar como voluntário no Teste piloto para o preenchimento do instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS), o qual está em processo de adaptação transcultural.

Esta pesquisa pretende adaptar o instrumento HECS e avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o clima ético hospitalar. Acreditamos que ele seja importante devido ao crescente número de cuidados aos pacientes com alta complexidade, o qual suscitou a preocupação em fornecer uma assistência mais segura que, abarcasse várias questões éticas. Este instrumento mostrou-se como o mais adaptado na avaliação da percepção do clima ético dos enfermeiros em ambiente hospitalar.

Sua participação constará de responder as questões do instrumento e avaliar a clareza das instruções, itens e formato de respostas. Caso, surgir dúvidas, faça sugestões de escrita.

Exibe-se, como riscos para os participantes, sintomas de desconforto e cansaço, que poderão surgir durante a coleta de dados, a qual poderá ser interrompida, sendo retomada em outro momento ou cessada definitivamente, conforme vontade do participante.

Os benefícios que esperamos com o estudo são a contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem, a partir de um instrumento adaptado para cultura brasileira.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu,....., após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

*Graciele de L. Balmolli*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL PESQUISADO

Título do estudo: **Sofrimento Moral em enfermeiros hospitalares: qual sua relação com Clima Ético e *Burnout*?**

Pesquisador responsável: Profª Drª Grazielle de Lima Dalmolin

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem. Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da pesquisa: Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

Prezado (a) enfermeiro (a) o convidamos a participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa pretende verificar a relação do sofrimento moral com o clima ético e *burnout* em enfermeiros hospitalares. A sua participação consiste em responder a um questionário contendo dados sociodemográficos e laborais, escala de sofrimento moral, *burnout* e de clima ético. A escala de Clima ético como está em processo de adaptação transcultural, será aplicada duas vezes: primeira com todos os enfermeiros (teste) e a segunda será aplicada com 20% dos enfermeiros, os quais serão sorteados e convidados para responderem novamente, no intervalo de 15 dias da primeira aplicação (reteste). Poderão ocorrer desconforto e cansaço durante a coleta de dados, caso ocorra, a coleta poderá ser interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou cessada definitivamente conforme a vontade do participante. Espera-se a partir dos resultados contribuir na elaboração de estratégias de melhoria no ambiente de trabalho e promoção da saúde do trabalhador. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir outro esclarecimento com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável ou coletadores, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coletador

Assinatura do pesquisador responsável

*Grazielle de L. Dalmolin*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Av, Roraima, 1000 – 97105-900 – Santa Maria – RS  
- 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: 3220-9362 – E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

**APÊNDICE G - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do estudo: SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS HOSPITALARES: QUAL SUA RELAÇÃO COM CLIMA ÉTICO E BURNOUT?

Pesquisador responsável: Profª Drª Graziele de Lima Dalmolin

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: Ex: (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários a serem aplicados para os enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria no período de janeiro a março de 2019.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1431, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Profª Drª Graziele de Lima Dalmolin. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em ..../...../....., com o número de registro CAAE .....

Santa Maria, 20 de junho de 2018.

.....  


Assinatura do pesquisador responsável  
Profª Drª Graziele de Lima Dalmolin

**APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE EXPLANAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E ETAPAS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY***



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



**DOCUMENTO - DESTINADO AO TRADUTOR I, II, III E COMITÊ  
MULTISCIPLINAR**

**EXPLANAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E ETAPAS DA ADAPTAÇÃO  
TRANSCULTURAL**

Este trabalho faz parte da minha dissertação intitulada “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS”, a qual tem como objetivo adaptar transculturalmente o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* para cultura brasileira. Este instrumento é composto por título, orientações, 26 itens, escores e fatores.

O projeto de dissertação está vinculado ao projeto matricial intitulado “SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS HOSPITALARES: QUAL SUA RELAÇÃO COM CLIMA ÉTICO E *BURNOUT*?”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, no dia 10 de julho de 2018, sob número do CAAE 92702318.9.0000.5346.

Este projeto está vinculado ao grupo de pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESP), sob responsabilidade das professoras: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Rafaela Andolhe e Grazielle de Lima Dalmolin, a qual é a pesquisadora responsável e orientadora deste estudo. Esta dissertação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

**Contatos**

**Cel.** (55) 991215253

**E-mails:** [taislanes\\_rock@hotmail.com](mailto:taislanes_rock@hotmail.com); [grazi.dalmolin@gmail.com](mailto:grazi.dalmolin@gmail.com)

As etapas do processo de adaptação transcultural estão descritas no Quadro 1:



Quadro 1 – Etapas da adaptação transcultural do *Hospital Ethical Climate Survey*. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. 2018

<b>ETAPAS DOS ESTUDO</b>	
ETAPA 1	Revisão de literatura
ETAPA 2 <b>Solicitação de Autorização</b>	Solicitação da autorização para adaptação transcultural do HECS com a autora original, de Chicago/Estados Unidos. Foi realizado contato, via e-mail com a autora, a qual autorizou o processo de adaptação.
ETAPA 3 <b>Tradução do instrumento original para o idioma de destino (tradução direta).</b>	Nesta etapa, precisará de dois tradutores independentes com língua materna brasileira, bilíngues e preferencialmente biculturais. O primeiro tradutor deverá ter conhecimento das terminologias da área da saúde, já o segundo estar familiarizado com gírias, jargões da área. Ambos não podem ter conhecimento do conteúdo do instrumento.
ETAPA 4 <b>Comparação das duas versões traduzidas: Síntese I - versão preliminar inicial traduzida do instrumento</b>	As duas versões serão comparadas com a versão original do instrumento por um terceiro tradutor independente, bilíngue e bicultural, preferencialmente. As discrepâncias das questões e respostas, caso seja necessário, serão discutidas e resolvidas por um comitê de avaliadores. O mesmo será formado por: terceiro tradutor, dois tradutores da etapa 1, investigador (autor e pesquisador) e outros membros da equipe de pesquisa.
ETAPA 5 <b>Retrotradução da versão preliminar – duas versões retrotraduzidas</b>	A retrotradução do instrumento para língua original será feita por dois tradutores com as características equivalentes dos tradutores da primeira etapa, porém com a língua materna do instrumento original e nenhum conhecimento da versão inglesa do HECS. Serão produzidas duas versões retrotraduzidas do instrumento.
ETAPA 6 <b>Comparação das duas versões retrotraduzidas e a versão em português com a original</b>	As duas versões retrotraduzidas serão comparadas entre si e com o instrumento original e, a versão em português com o original, por um comitê multidisciplinar composto por: especialistas em ética e tradutores da etapa de tradução e retrotradução. A função do comitê multidisciplinar é avaliar as discrepâncias, a qual visa verificar a validade, adequação e abrangência do constructo conforme os conceitos empregados na cultura brasileira.
ETAPA 7 <b>Painel de Especialistas</b>	Para melhorar ainda mais a equivalência conceitual e de conteúdo dos itens é recomendado recorrer a um painel de especialistas da área do constructo. A avaliação da clareza e relevância do instrumento será realizado por sete especialistas em ética dos diferentes estados do Brasil. Cada membro classificará o constructo conforme a sua relevância e a clareza. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, serão reavaliados. Após será calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), utilizando a seguinte fórmula: $IVC = N^{\circ} \text{ de respostas } 3 \text{ ou } 4 / N^{\circ} \text{ total de respostas}$ . A concordância satisfatória deve ser no mínimo 0,80 ou acima de 0,9 (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

<p>ETAPA 8 <b>Teste piloto da versão pré-final traduzida</b></p>	<p>Será aplicado a versão final do instrumento aos discentes da pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, em dezembro de 2018, com intuito de avaliar a interpretação das questões e respostas. Os participantes serão orientados, se encontrarem problemas na interpretação, a sugerirem nova escrita. Os itens avaliados com pouca clareza para, no mínimo, 80% dos participantes, serão reavaliados.</p>
<p>ETAPA 9 <b>Submissão da versão final do HECS e relatório a autora</b></p>	<p>Envio da versão final do HECS e um relatório com todas as etapas deste processo à autora do instrumento, para que possa observar, com maior clareza, as diferenças e similaridades entre a versão original e a versão adaptada e realizar sugestões.</p>
<p>ETAPA 10 <b>Teste psicométrico da versão final traduzida do instrumento</b></p>	<p>É recomendado o teste psicométrico seja realizado com no mínimo 10 participantes por item do instrumento, ou seja, o HECS é composto por 26 variáveis, o que totaliza 260 participantes da pesquisa. Todos os enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria serão convidados a participarem da pesquisa, entre abril e julho de 2019. A aplicabilidade terá como intuito estabelecer propriedades psicométricas do instrumento adaptado com a população alvo. Serão avaliadas as seguintes abordagens psicométricas: consistência interna de confiabilidade; confiabilidade de estabilidade (teste-reteste); homogeneidade; validade do constructo e análise fatorial.</p>
<p>ETAPA 11 <b>Finalização do estudo</b></p>	<p>Defesa da dissertação e publicação dos resultados em formato de artigos e resumos para eventos.</p>

Fonte: Autora.

## REFERÊNCIAS

BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures Contributors to this Document. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorelli. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

REICHENHEIM, M. E; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.4, p. 665-73, 2007.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, p. 268-274, 2011. Disponível em: <<https://doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

## APÊNDICE I - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O REGISTRO DAS TRADUÇÕES/RETROTRADUÇÕES



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



### DOCUMENTO - DESTINADO AOS TRADUTORES/RETROTRADUTORES

### FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O REGISTRO DAS TRADUÇÕES/RETROTRADUÇÕES

#### IDENTIFICAÇÃO DO TRADUTOR/RETROTRADUTOR

Nacionalidade:

País, estado e cidade que reside:

Formação acadêmica:

Instituição de formação:

Tempo de formado e sua profissão:

Cargo de trabalho, local e tempo de serviço atual:

Realizou intercâmbio e/ou especialização em outro país e qual foi o local:

Informações consideradas importantes à critério do tradutor:

**Prezado tradutor/retrotradutor, realize a tradução considerando os seguintes aspectos:**

- A tradução/Retrotradução deve ser realizada de forma independente;
- Mantenha o significado das palavras ou expressões sem interpretações;
- Utilize o espaço relatório/observação para expor suas dificuldades com termos, palavras, expressões e possibilidades de termos que podem ser contemplados, além de outros aspectos que o tradutor/retrotradutor considere importante para o processo de adaptação;
- Respeite o formato e mantenha a sequência na tabela.

Original*	Tradução Retrotradução	Relatório/ Observação
<b>HECS</b> HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY**		
<p><b>Directions</b></p> <p>Directions: Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly. Remember, all your responses will remain anonymous.</p> <p>Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.</p>		
1. My peers listen to my concerns about patient care.		
2. Patients know what to expect from their care.		
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.		
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems		
5. Nurses and physicians trust one another		
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.		
7. My manager supports me in my decisions about patient care		
8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses		
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions		
10. My peers help me with difficult patient care issues/problems		
11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.		
12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems		
13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.		
14. I participate in treatment decisions for my patients.		

15. My manager is someone I can trust.		
16. Conflict is openly dealt with, not avoided		
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.		
18. I work with competent colleagues		
19. The patient's wishes are respected		
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.		
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems		
22. Nurses and physicians respect one another.		
23. Safe patient care is given on my unit.		
24. My manager is someone I respect		
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.		
26. Nurses are supported and respected in this hospital.		
<b>SCORING</b>		
1 = Almost Never True		
2 = Seldom True		
3 = Sometimes True		
4 = Often True		
5 = Almost Always True		
<b>Hospital Ethical Climate Survey **</b>		
<b>Factor I:</b> Peers (Items 1,10,18,23)		
<b>Factor II:</b> Patients (Items 2,6,11,19)		
<b>Factor III:</b> Managers (Items 3,7,12,15,20,24)		
<b>Factor IV:</b> Hospital (Items 4,8,13,16,21,25)		
<b>Factor V:</b> Physicians (Items 5,9,14,17,22,26)		

\*Para  
os

retrotradutores foi o instrumento na versão português; \*\*No formulário para os retrotradutores não foi inserido o título do instrumento.

## APÊNDICE J - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REGISTRO DE NOTAS



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



### DOCUMENTO - DESTINADO AOS TRADUTORES/RETROTRADUTORES

#### FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REGISTRO DE NOTAS

Agora, para terminar a primeira parte do seu trabalho de tradução/retrotradução, você deverá atribuir NOTAS aos itens do instrumento que foram traduzidos.

As classificações atribuídas deverão possuir os passos apresentados abaixo:

Muito clara {

Clara {

Pouco clara {

0	NENHUMA DIFICULDADE
1 ou 2	QUASE NENHUMA DIFICULDADE
3 ou 4	POUCA DIFICULDADE
5 ou 6 ou 7	DIFICULDADE MODERADA
8 ou 9	MUITA DIFICULDADE
10	EXTREMA DIFICULDADE

Apresentamos, a seguir, o formulário onde você deverá registrar as notas (em números) atribuídas às dificuldades encontradas em cada item. Na coluna correspondente, registre comentários que julgar convenientes acerca do processo de tradução, no mesmo momento em que você o realiza.

**No formulário, marque com X nas respostas referente ao grau de clareza da descrição, itens do instrumento, escores e fatores conforme o grau de dificuldade encontrado.**

**OBS: NÃO ESQUEÇA DE REALIZAR OS COMENTÁRIOS REFERENTES AO GRAU DE DIFICULDADE**

Original*	Nota	Muito clara	Clara	Pouco clara	Comentários em relação aos graus de dificuldades
<b>HECS</b> HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY**					
<b>Directions</b> Directions: Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly. Remember, all your responses will remain anonymous. Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.					
<b>1.</b> My peers listen to my concerns about patient care.					
<b>2.</b> Patients know what to expect from their care.					
<b>3.</b> When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.					
<b>4.</b> Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems					
<b>5.</b> Nurses and physicians trust one another					
<b>6.</b> Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.					
<b>7.</b> My manager supports me in my decisions about patient care					

8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses					
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions					
10. My peers help me with difficult patient care issues/problems					
11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.					
12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems					
13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.					
14. I participate in treatment decisions for my patients.					
15. My manager is someone I can trust.					
16. Conflict is openly dealt with, not avoided					
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.					
18. I work with competent colleagues					
19. The patient's wishes are respected					
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.					
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems					
22. Nurses and physicians respect one another.					
23. Safe patient care is given on my unit.					
24. My manager is someone I respect					
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.					
26. Nurses are supported and respected in this hospital.					
<b>SCORING</b>					



1 = Almost Never True					
2 = Seldom True					
3 = Sometimes True					
4 = Often True					
5 = Almost Always True					
<b>Hospital Ethical Climate Survey **</b>					
<b>Factor I:</b> Peers (Items 1,10,18,23)					
<b>Factor II:</b> Patients (Items 2,6,11,19)					
<b>Factor III:</b> Managers (Items 3,7,12,15,20,24)					
<b>Factor IV:</b> Hospital (Items 4,8,13,16,21,25)					
<b>Factor V:</b> Physicians (Items 5,9,14,17,22,26)					

\*Para os retrotradutores foi o instrumento na versão português; \*\*No formulário para os retrotradutores não foi inserido o título do instrumento.

## APÊNDICE K - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA SÍNTESE DA TRADUÇÃO I E II



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



### DOCUMENTO DESTINADO AO TRADUTOR III

#### FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA SÍNTESE DA TRADUÇÃO I e II IDENTIFICAÇÃO DO TRADUTOR III

Nacionalidade:

País, estado e cidade que reside:

Formação acadêmica:

Instituição de formação:

Tempo de formado e sua profissão:

Cargo de trabalho, local e tempo de serviço atual:

Realizou intercâmbio e/ou especialização em outro país e qual foi o local:

Informações consideradas importantes à critério do tradutor:

#### PREZADO TRADUTOR

**Atenção, realize a síntese da tradução I e II considerando os seguintes aspectos:**

- A síntese deve ser realizada de forma independente;
- Deve-se analisar as duas traduções e compará-las com o instrumento original;
- Mantenha o significado das palavras sem interpretações;
- Utilize o espaço relatório/observação para expor suas dificuldades com termos, palavras, expressões e possibilidades de termos que podem ser contemplados; além de outros aspectos que o tradutor considere importante para o processo de adaptação;
- Respeite o formato e mantenha a sequência na tabela.

Por favor ao realizar a síntese, classifique os itens das traduções conforme as suas alterações. Se sua resposta for FA ou CA, explique as alterações. A síntese deverá ser realizada a partir da comparação das traduções com o instrumento original. Preencha o espaço de “**classificação das alterações**”, conforme as siglas apresentadas e denominadas, no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das alterações da Tradução I e II

I: inalterada;  
 PA: parcialmente alterado;  
 A: alterado  
 FA: fortemente alterado;  
 CA: completamente alterado.

As classificações atribuídas deverão possuir os passos apresentados abaixo:



0	Nenhuma dificuldade
1 ou 2	Quase nenhuma dificuldade
3 ou 4	Pouca dificuldade
5, 6 ou 7	Dificuldade moderada
8 ou 9	Muita dificuldade
10	Extrema dificuldade

Por favor, preencha o campo “**Nota**” conforme as classificações da figura ao lado, referente às dificuldades encontradas durante a síntese. Na coluna “**relatório**” registre comentários que julgar convenientes acerca do processo da síntese, ao mesmo momento em que você a

**OBS: NÃO ESQUEÇA DE FAZER OS COMENTÁRIOS REFERENTES AO PROCESSO DA SÍNTESE, CASO JULGAR NECESSÁRIO**

Versão original	T I*	+Cat I	T II**	++Cat II	°ST	Nota	Relatório Observação da Síntese
<b>HECS</b> HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY							
<p><b>Directions</b></p> <p>Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly. Remember, all your responses will remain anonymous.</p> <p>Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.</p>							
1. My peers listen to my concerns about patient care.							
2. Patients know what to expect from their care.							
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care							

situation, my manager helps me.							
<b>4.</b> Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems							
<b>5.</b> Nurses and physicians trust one another							
<b>6.</b> Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.							
<b>7.</b> My manager supports me in my decisions about patient care							
<b>8.</b> A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses							
<b>9.</b> Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions							
<b>10.</b> My peers help me with difficult patient care issues/problems							
<b>11.</b> Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.							
<b>12.</b> My manager listens to me talk about patient care issues/problems							
<b>13.</b> The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.							
<b>14.</b> I participate in treatment decisions for my patients.							
<b>15.</b> My manager is someone I can trust.							
<b>16.</b> Conflict is openly dealt with, not avoided							
<b>17.</b> Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.							
<b>18.</b> I work with competent colleagues							

19. The patient's wishes are respected							
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.							
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems							
22. Nurses and physicians respect one another.							
23. Safe patient care is given on my unit.							
24. My manager is someone I respect							
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.							
26. Nurses are supported and respected in this hospital.							
<b>SCORING</b>							
1 = Almost Never True							
2 = Seldom True							
3 = Sometimes True							
4 = Often True							
5 = Almost Always True							
<b>Hospital Ethical Climate Survey **</b>							
<b>Factor I:</b> Peers (Items 1,10,18,23)							
<b>Factor II:</b> Patients (Items 2,6,11,19)							
<b>Factor III:</b> Managers (Items 3,7,12,15,20,24)							
<b>Factor IV:</b> Hospital (Items 4,8,13,16,21,25)							
<b>Factor V:</b> Physicians (Items 5,9,14,17,22,26)							

\*tradução I, \*\*tradução II; †classificação das alterações da tradução I, ††classificação das alterações da tradução II, °síntese das traduções.

## APÊNDICE L - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA COMITÊ MULTIDISCIPLINAR



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



### DOCUMENTO – DESTINADO AO COMITÊ MULTIDISCIPLINAR

Avaliação da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original com a versão traduzido, com a retrotradução II e retrotradução II, e entre as retrotraduções do “*hospital ethical climate survey*”

### IDENTIFICAÇÃO DO MEMBRO DO COMITÊ

Estado e cidade que reside:

Formação acadêmica:

Área/temática da saúde em que você trabalha:

Instituição de formação:

Tempo de formado e sua profissão:

Cargo de trabalho, local e tempo de serviço atual:

Informações consideradas importantes ao seu critério:

Durante o processo, você deverá avaliar, rever e consolidar as instruções, itens e formato de resposta das questões do instrumento, considerando a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

### EXPLICAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento é dividido em cinco fatores:

Inglês	Português
Peers	Pares/Colegas
Patients	Pacientes
Managers	Supervisores
Hospital	Hospital
Physicians	Médicos

Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (quase nunca verdadeiro) a 5 (quase sempre verdadeiro)

1 = Quase nunca verdadeiro

2 = Raramente verdadeiro

3 = Às vezes verdadeiro

4 = Frequentemente verdadeiro

5 = Quase sempre verdadeiro

Para auxiliá-lo na condução desta etapa, por favor leia as instruções abaixo:

Siglas utilizadas no processo:

- RT-I: retrotradução I
- RT-II: retrotradução II

A análise será realizada, conforme:

- Entre a versão traduzida/português e instrumento original;
- Entre retrotradução I e Instrumento Original;
- Entre retrotradução II e Instrumento Original;
- Entre retrotradução I e II;

No Quadro 1, para melhor compreensão, está descrito o conceito de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, conforme Reichenheim; Moraes (2007); Beaton et al., (2007) e Sousa; Rojjanasrirat (2011).



Quadro 1: Conceitos de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Santa Maria, RS, 2018.

<b>Equivalência</b>	<b>Modo de avaliação</b>
Semântica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise e comparação gramatical das palavras do instrumento original com o instrumento traduzido e retrotraduzido. A fim de discutir e realizar ajustes finais e, que o instrumento possa estar adequado, ao contexto alvo, sem perder a interpretação e significado do original;</li> </ul>
Idiomática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coloquialismos, gírias e expressões das palavras do instrumento original relacionados ao contexto em que foram desenvolvidos. Os mesmos podem ser alterados, para adaptação da população alvo, desde que não haja prejuízo à interpretação do original;</li> </ul>
Experiencial/Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refere-se à adequação das palavras, conforme as experiências e culturas da população alvo;</li> </ul>
Conceitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalidade de explorar itens do instrumento verificando os conceitos e sua relevância ao contexto, ao qual está sendo adaptado.</li> </ul>

Fonte: Reichenheim; Moraes (2007) e Beaton et al., (2007).

Para classificar o nível de equivalência dos itens do instrumento, você deverá assinalar com X nos campos referente à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, considerando o Quadro 2:

Quadro 2: Classificação de equivalência dos itens do instrumento.

<b>Classificação de Equivalência</b>	
Não Equivalente	NE
Pouco Equivalente	PE
Equivalente	E

Atenção!

Sinta-se à vontade em realizar as observações que ache necessárias para o processo de adaptação. Caso algum item seja classificado como não equivalente, por favor sugira mudanças no campo “comentários” para melhor compreensão.

Original			Versão Português		RTI	RTII
Directions -----						
Equivalência Original + português	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						
Experiencial						
Conceitual						
Equivalência Original + RT-I	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						
Experiencial						
Conceitual						
Equivalência Original + RT-II	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						
Experiencial						
Conceitual						
Equivalência entre RTI e RTII	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						
Experiencial						
Conceitual						
Original			Versão Português		RTI	RTII
1. My peers listen to my concerns about patient care			1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.		1. My colleagues listen to my concerns about patient care.	1. My colleagues listen to my concerns about patient care.
Equivalência Original + português	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						
Experiencial						
Conceitual						
Equivalência Original + RT-I	NE	PE	E	Comentários		
Semântica						
Idiomática						

Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
2. Patients know what to expect from their care.	2. Os pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.		2. The patients know what to expect from your care.	2. The patients know what to expect from their care.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>

3. When I'm unable to decide what's right or wrong		3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu supervisor me ajuda.		3. When I can't decide what is right or wrong in a patient care situation, my supervisor helps me.		3. When I am unable to decide what is right or wrong in a patient care situation, my supervisor helps me.	
<b>Equivalência Original + português</b>		<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>		
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência Original + RT-I</b>		<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>		
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência Original + RT-II</b>		<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>		
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>		<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>		
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Original</b>			<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems			4. As políticas hospitalares me ajudam a resolver questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.		4. Hospital policies help me to resolve difficult issues/problems related to patient care.	4. The hospital policies help me resolve difficult patient care issues/problems.	
<b>Equivalência Original + português</b>		<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>		
Semântica							
Idiomática							

Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
5. Nurses and physicians trust one another		5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	5. Nurses and doctors trust each other.	5. Nurses and physicians trust each other.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>

Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.		6. Os enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problem a no cuidado ao paciente.	6. The nurses have access to the necessary information to resolve an issue/problem related to patient care.	6. Nurses have access to the information they need to resolve a question/probl em in the patient care.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
7. My manager supports me in my decisions about patient care		7. Meu supervisor me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	7. My supervisor supports me in my decisions about patient care.	7. My supervisor supports me in my decisions regarding the patient care.	

<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.		8. The hospital shares a clear notion of its mission with the nurses	8. A clear idea of the mission of the hospital is shared with the nurses.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	

Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions		9. Os médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	9. The doctors ask for the nurses' opinions on treatment decisions.	9. The physicians ask for the opinion of the nurses regarding treatment decisions.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>



10. My peers help me with difficult patient care issues/problems	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	10. My colleagues help me with difficult issues/problems in patient care.	10. My colleagues help me with difficult issues/problems in the patient care.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	11. Os enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problem a no cuidado ao paciente.	11. The nurses use the necessary information to resolve an issue/problem in patient care.	11. The nurses use the information they need to resolve a issue/problem in the patient care.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				

Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems	12. Meu supervisor escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.		12. My supervisor listens to what I say about issues/problems in patient care.	12. My supervisor listens to what I say about issues/problems in the patient care.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					

<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>	
13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problem a de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um determinado curso de ações.		13. The feelings and values of all parties involved in an issue/problem of patient care are taken into account when choosing a specified course of action.	13. The feelings and values of all the parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a particular course of action.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					

Original		Versão Português		RTI	RTII
14. I participate in treatment decisions for my patients.		14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos meus pacientes		14. I participate in decisions relating to the treatment of my patients.	14. I participate in decisions regarding the treatment of my patients
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
Original		Versão Português		RTI	RTII
15. My manager is someone I can trust.		15. Meu supervisor é alguém em quem posso confiar.		15. My supervisor is somebody I trust.	15. My supervisor is someone I can trust.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					

Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
16. Conflict is openly dealt with, not avoided.		16. Os conflitos são tratados abertamente, não evitados.	16. Conflicts are dealt with openly, rather than avoided.	16. Conflicts are dealt with openly, not avoided.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				

<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.		17. Os enfermeiros e médicos aqui respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.		17. The nurses and doctors here respect each others' opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	17. The nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
18. I work with competent colleagues		18. Eu trabalho com colegas competentes.		18. I work with competent colleagues.	18. I work with competent colleagues.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					

Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
19. The patient's wishes are respected	19. Os desejos dos pacientes são levados em conta.		19. Patients' wishes are taken into account.	19. The wishes of the patients are taken into account.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				

Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>			<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.			20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu supervisor os ajuda.	20. When my colleagues are unable to decide what is right or wrong in a specific situation of patient care, I notice that my supervisor helps them.	20. When my colleagues are unable to decide what is right or wrong in a particular patient care situation, I recognize that my supervisor helps them.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>	
Semântica					
Idiomática					
Experiencial					
Conceitual					
<b>Original</b>			<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems			21. Há um senso de questionamento, aprendizagem e	21. There is a sense of questioning, learning and	21. There is a sense of questioning, learning and



		busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	seeking for creative responses to patient care problems.	searching for creative responses to patient care problems.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
22. Nurses and physicians respect one another.		22. Nurses and physicians respect one another.	22. Nurses and doctors respect each other.	22. Nurses and physicians respect each other.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				

Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
23. Safe patient care is given on my unit.	23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade.		23. Safe care is given to patients in my unit.	23. The patient is cared for safely in my unit.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>	<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>

<b>24. My manager is someone I respect</b>		24. Meu supervisor é alguém que eu respeito.		24. My supervisor is somebody who I respect.		24. My supervisor is someone I respect.	
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>		<b>RTI</b>	<b>RTII</b>		
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.		25. Na minha unidade, eu sou capaz de praticar a enfermagem da forma que eu acredito que ela deva ser praticada.		25. In my unit, I can practice nursing in the way that I believe it should be practiced.	25. In my unit, I am able to practice nursing the way I believe it should be practiced.		
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							
Idiomática							
Experiencial							
Conceitual							
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>			
Semântica							

Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Original</b>		<b>Versão Português</b>	<b>RTI</b>	<b>RTII</b>
26. Nurses are supported and respected in this hospital.		26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	26. Nurses are supported and respected in this hospital.	26. The nurses are supported and respected in this hospital.
<b>Equivalência Original + português</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-I</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência Original + RT-II</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				
<b>Equivalência entre RTI e RTII</b>	<b>NE</b>	<b>PE</b>	<b>E</b>	<b>Comentários</b>
Semântica				
Idiomática				
Experiencial				
Conceitual				

## APÊNDICE M - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O PAINEL DE ESPECIALISTAS



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



### DOCUMENTO - DESTINADO AO PAINEL DE ESPECIALISTAS

### FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA AO ANÁLISE DO INSTRUMENTO TRADUZIDO

#### IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Estado e cidade que reside:

Formação acadêmica:

Área/temática da saúde em que você trabalha:

Instituição de formação:

Tempo de formado e sua profissão:

Cargo de trabalho, local e tempo de serviço atual:

Informações consideradas importantes ao seu critério:

Durante o processo, você deverá avaliar, rever e consolidar as instruções, itens e formato de resposta das questões do instrumento, considerando a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

#### EXPLICAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento é dividido em cinco fatores:

Inglês	Português
Peers	Pares/Colegas
Patients	Pacientes
Managers	Supervisores
Hospital	Hospital
Physicians	Médicos

Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (quase nunca verdadeiro) a 5 (quase sempre verdadeiro)

1 = Quase nunca verdadeiro

2 = Raramente verdadeiro

3 = Às vezes verdadeiro

4 = Frequentemente verdadeiro

5 = Quase sempre verdadeiro

Para classificar e avaliar a equivalência conceitual (clareza) e equivalência de conteúdo (validade relacionada ao conteúdo [relevância]) das instruções, formato das respostas/escores e os itens, você deverá seguir as instruções, conforme o Quadro 1 e 2:

Quadro 1: Classificação da equivalência conceitual (clareza)

Para classificar a equivalência conceitual e o nível de clareza do instrumento, você deverá assinalar com X nos campos referente a sua resposta “clara” ou “pouco clara”, caso sua resposta seja pouco clara, por favor faça sugestões de escrita, no campo “Comentários/sugestões de nova escrita”, para melhor compreensão.

Para classificar a relevância do conteúdo, você deverá assinalar no campo “Classificação/relevância”, conforme os valores à sua resposta expostos no Quadro 2

Quadro 2: Classificação da equivalência de conteúdo (relevância).

<b>Classificação da relevância do constructo</b>	
1	Não relevante
2	Incapaz de avaliar a relevância
3	Relevante, mas precisa de pequena alteração
4	Muito relevante e sucinto

Atenção!

Sinta-se à vontade em realizar as observações que ache necessárias para o processo de adaptação. Caso algum item seja classificado em “1”, “2”, “3” por favor sugira mudanças no campo “comentários/sugestões de nova escrita” para melhor compreensão.

Instrumento Traduzido	Classificação da Relevância	Claro	Pouco Claro	Comentários/Sugestões de Nova Escrita
<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu supervisor, pense em seu supervisor imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta.</p>				
<p><b>1.</b> Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.</p>				
<p><b>2.</b> Pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.</p>				
<p><b>3.</b> Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.</p>				
<p><b>4.</b> Políticas hospitalares me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.</p>				
<p><b>5.</b> Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.</p>				
<p><b>6.</b> Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.</p>				
<p><b>7.</b> Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.</p>				
<p><b>8.</b> Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.</p>				

<b>9.</b> Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.				
<b>10.</b> Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.				
<b>11.</b> Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.				
<b>12.</b> Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.				
<b>13.</b> Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um curso de ações.				
<b>14.</b> Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos meus pacientes				
<b>15.</b> Meu chefe é alguém em quem posso confiar.				
<b>16.</b> Conflitos são tratados abertamente, não evitados.				
<b>17.</b> Enfermeiros e médicos aqui respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.				
<b>18.</b> Eu trabalho com colegas competentes.				
<b>19.</b> Os desejos dos pacientes são respeitados.				
<b>20.</b> Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.				
<b>21.</b> Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.				
<b>22.</b> Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.				
<b>23.</b> Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade				
<b>24.</b> Meu chefe é alguém que eu respeito.				
<b>25.</b> Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada.				



<b>26.</b> Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.				
<b>ESCORES</b>				
<b>1</b> = Quase nunca verdadeiro				
<b>2</b> = Raramente verdadeiro				
<b>3</b> = Às vezes verdadeiro				
<b>4</b> = Frequentemente verdadeiro				
<b>5</b> = Quase sempre verdadeiro				

## APÊNDICE N - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA O TESTE PILOTO



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



### DOCUMENTO - DESTINADO AOS PARTICIPANTES DO TESTE PILOTO

### TESTE PILOTO DO INSTRUMENTO “*HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY*”

**Título da dissertação:** “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS”.

**Objetivo do estudo:** Adaptar transculturalmente o instrumento *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) para cultura brasileira.

**Origem do HECS:** Chicago, Estados Unidos.

### Instruções

Para classificar o nível de clareza do instrumento, você deverá assinalar com X nos campos referente a sua resposta “clara” ou “pouco clara”, caso sua resposta seja pouco clara, por favor faça sugestões de escrita, no campo “Sugestões/reescrita”, para melhor compreensão.

Instrumento Traduzido						C*	PC <sup>+</sup>	SR <sup>o</sup>
<p><b>Instruções</b></p> <p>Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta.</p>								
-----	Quase nunca verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro			
1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
2. Pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.	1	2	3	4	5			
3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	1	2	3	4	5			
4. Políticas hospitalares me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	1	2	3	4	5			
6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			

7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.	1	2	3	4	5			
9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	1	2	3	4	5			
10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um curso de ações.	1	2	3	4	5			
14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.	1	2	3	4	5			

15. Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	1	2	3	4	5			
16. Conflitos são tratados abertamente, não evitados.	1	2	3	4	5			
17. Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	1	2	3	4	5			
18. Eu trabalho com colegas competentes.	1	2	3	4	5			
19. Os desejos dos pacientes são respeitados.	1	2	3	4	5			
20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.	1	2	3	4	5			
21. Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5			
22. Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5			
23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	1	2	3	4	5			
24. Meu chefe é alguém que eu respeito.	1	2	3	4	5			

25. Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.	1	2	3	4	5			
26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	1	2	3	4	5			

\*clara; †pouco clara; ° Sugestões/reescrita.

**Obrigada pela sua participação!**

## APÊNDICE O - ADAPTAÇÕES REALIZADAS PARA A CULTURA DO BRASIL

Versão original	Tradução e Retrotradução	Comitê multidisciplinar	Painel de especialistas	Teste piloto	Versão HECS -VB
1. My peers listen to my concerns about patient care.	- Substituição da palavra “ <u>peers</u> ” por “ <u>colegas</u> ”.	-	-	- Substituição da palavra “ <u>escutar</u> ” por “ <u>prestar atenção</u> ”.	1. Os meus colegas prestam atenção às minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.
2. Patients know what to expect from their care.	-	-	-	- *Inserção do termo “ <u>destinados a eles</u> ” no final da frase, para melhor clareza.	2. Pacientes sabem o que esperar dos cuidados destinados a eles.
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	- Substituição da palavra “gerente” por “supervisor”.	- Substituição da palavra “supervisor” por “chefe”.	-	---	3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	-	-	-	-*Substituição do termo “ <u>políticas hospitalares</u> ” por “ <u>políticas do hospital</u> ”.	4. Políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.
5. Nurses and physicians trust one another	-	-	-	-*Substituição de “ <u>uns aos outros</u> ” por “ <u>mútuo</u> ”.	5. Há confiança mútua entre enfermeiros e médicos.
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	-	-	-	-	6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.
7. My manager supports me in my decisions about patient care	- Substituição da palavra “gerente” por “supervisor”	- Substituição da palavra “supervisor” por “chefe”.	-	-	7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.
8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	- A palavra “ <u>noção</u> ” está mais coerente ao original “ <u>sense</u> ”.	-	-	- *Deslocament o da palavra “ <u>clara</u> ” para o meio da frase.	8. Uma noção da missão do hospital é compartilhada de forma clara com os enfermeiros.
9. Physicians ask nurses for their opinions about	-	-	-	-	9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre

treatment decisions					decisões de tratamento.
<b>10.</b> My peers help me with difficult patient care issues/problems	- Substituição da palavra “ <i>peers</i> ” por “ <i>colegas</i> ”.	-	-	-	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.
<b>11.</b> Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	-	-	-	- *Inserção da palavra “específico” no meio da frase, para melhor clareza.	11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema específico no cuidado ao paciente.
<b>12.</b> My manager listens to me talk about patient care issues/problems	- Substituição da palavra “gerente” por “supervisor”	- Substituição da palavra “supervisor” por “chefe”.	-	-	12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.
<b>13.</b> The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	- O termo “ <i>levados em conta</i> ” está mais coerente ao original “ <i>taken into account</i> ”	-	-	- Substituição o termo “curso de ações” por “tomar uma decisão” e “levados em conta” por “considerados”.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são considerados ao se tomar uma decisão.
<b>14.</b> I participate in treatment decisions for my patients.	- Inserção de “ <i>relativas</i> ” torna-se mais claro a frase no contexto da língua portuguesa.	-	-Inserção de “sob meus cuidados” no final da frase, para melhor clareza.	-	14.Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.
<b>15.</b> My manager is someone I can trust.	- Substituição da palavra “gerente” por “supervisor”	- Substituição da palavra “supervisor” por “chefe”.	-	-	15.Meu chefe é alguém em quem posso confiar.
<b>16.</b> Conflict is openly dealt with, not avoided	-	-	-	- *Substituição de “tratados” por “resolvidos” e inserção da palavra “sendo”.	16.Conflitos são resolvidos abertamente, não sendo evitados.
<b>17.</b> Nurses and physicians here respect each other's opinions, even	-	-	-	-	17.Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo



when they disagree about what is best for the patients.					quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.
18. I work with competent colleagues	-	-	-	-	18.Eu trabalho com colegas competentes.
19. The patient's wishes are respected	-	-	-	-	19.Os desejos dos pacientes são respeitados.
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.	- Substituição da palavra " <i>peers</i> " por " <i>colegas</i> ". - Substituição da palavra "gerente" por "supervisor." - A palavra " <i>observar</i> " em português está no sentido de somente visualizar o que acontece e " <i>perceber</i> " está no sentido de notar, reparar algo, conforme o item original.	- Substituição da palavra "supervisor" por "chefe".	-	-	20.Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems	-	-	-	-Substituição de "senso" por "uma abertura para".	21.Há uma abertura para questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.
22. Nurses and physicians respect one another.	-	-	-	-	22.Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.
23. Safe patient care is given on my unit.	-	-	-	-	23.Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade
24. My manager is someone I respect	- Substituição da palavra "gerente" por "supervisor".	- Substituição da palavra "supervisor" por "chefe".	-	-	24.Meu chefe é alguém que eu respeito.
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it	-	-	- Inserção do termo " <i>de maneira ética e legal</i> " no final da frase para	-	25.Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada,

should be practiced.			melhor clareza.		de maneira ética e legal.
<b>26.</b> Nurses are supported and respected in this hospital.	-	-	-	-	26.Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.

\*itens que apresentaram acima de 80% de nível de clareza pelos participantes, no entanto necessitaram de ajustes, a partir da análise da pesquisadora e autora desta pesquisa.

**APÊNDICE P- GRAU DE DIFICULDADE DAS TRADUÇÕES E RETROTRADUÇÕES**

<b>Versão original</b>	<b>T – I</b>	<b>T -II</b>	<b>RT – I*</b>	<b>RT – II*</b>
<b>HECS</b> HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY	0	2	1	0
<b>Directions</b> Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly. Remember, all your responses will remain anonymous. Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.	0	4	0	0
<b>1.</b> My peers listen to my concerns about patient care.	0	2	0	0
<b>2.</b> Patients know what to expect from their care.	0	1	0	0
<b>3.</b> When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	0	2	0	0
<b>4.</b> Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	0	1	1	0
<b>5.</b> Nurses and physicians trust one another	0	1	0	0
<b>6.</b> Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	0	1	0	0
<b>7.</b> My manager supports me in my decisions about patient care	1	2	2	0
<b>8.</b> A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	0	1	0	0
<b>9.</b> Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	0	1	0	0
<b>10.</b> My peers help me with difficult patient care issues/problems	0	1	0	0
<b>11.</b> Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	0	1	0	0
<b>12.</b> My manager listens to me talk about patient care issues/problems	0	1	0	0

13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	0	1	0	0
14. I participate in treatment decisions for my patients.	0	1	0	0
15. My manager is someone I can trust.	0	1	0	0
16. Conflict is openly dealt with, not avoided	0	1	0	0
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	0	1	0	0
18. I work with competent colleagues	0	1	0	0
19. The patient's wishes are respected	0	1	0	0
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.	0	1	0	0
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems	0	1	0	0
22. Nurses and physicians respect one another.	0	1	0	0
23. Safe patient care is given on my unit.	0	1	0	0
24. My manager is someone I respect	0	1	0	0
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	0	1	0	0
26. Nurses are supported and respected in this hospital.	0	1	0	0
<b>SCORING</b>				0
1 = Almost Never True	0	1	0	0
2 = Seldom True	0	1	0	0
3 = Sometimes True	0	1	0	0
4 = Often True	0	1	0	0
5 = Almost Always True	0	1	0	0
<b>Hospital Ethical Climate Survey</b>				0
<b>Factor I: Peers</b> Items 1,10,18,23	0	1	0	0
<b>Factor II: Patients</b> Items 2,6,11,19	0	1	0	0
<b>Factor III: Managers</b> Items 3,7,12,15,20,24	0	1	0	0
<b>Factor IV: Hospital</b> Items 4,8,13,16,21,25	0	1	0	0
<b>Factor V: Physicians</b> Items 5,9,14,17,22,26	0	1	0	0

\*RTI e RTII foi utilizado o instrumento traduzido para o português. Legenda= 0: nenhuma dificuldade; 1 ou 2: quase nenhuma dificuldade; 3 ou 4: pouca dificuldade; 5, 6 ou 7: dificuldade moderada; 8 ou 9: muita dificuldade; 10: extrema dificuldade.

## APÊNDICE Q - NÍVEL DE CLAREZA DO TESTE PILOTO

Instrumento	Nível de clareza	
	Claro	Pouco claro
<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta</p>	94,4% (n=34)	5,6% (n=2)
1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	*86,1% (n=31)	13,9% (n=5)
2. Pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.	58,3% (n=21)	41,7% (n=15)
3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	91,7% (n=33)	8,3% (n=3)
4. Políticas hospitalares me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente	72,2% (n=26)	27,8% (n=10)
5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	*88,9% (n=32)	11,1% (n=4)
6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	94,4% (n=34)	5,6% (n=2)
7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	100% (n=36)	
8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.	*75% (n=27)	25,0% (n=9)
9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	100% (n=36)	
10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)
11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	*80,6% (n=29)	19,4% (n=7)
12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)

<b>13.</b> Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um curso de ações	63,9% (n=23)	36,1% (n=13)
<b>14.</b> Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.	100% (n=36)	
<b>15.</b> Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)
<b>16.</b> Conflitos são tratados abertamente, não evitados.	*83,3% (n=30)	16,7% (n=6)
<b>17.</b> Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	100% (n=36)	
<b>18.</b> Eu trabalho com colegas competentes.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)
<b>19.</b> Os desejos dos pacientes são respeitados.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)
<b>20.</b> Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.	100% (n=36)	
<b>21.</b> Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	*88,9% (n=32)	11,1% (n=4)
<b>22.</b> Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)
<b>23.</b> Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	100% (n=36)	
<b>24.</b> Meu chefe é alguém que eu respeito	100% (n=36)	
<b>25.</b> Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.	100% (n=36)	
<b>26.</b> Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	97,2% (n=35)	2,8% (n=1)

\*itens que foram superiores a 80% de clareza, no entanto necessitaram de pequenos ajustes, os quais estão mais claros no apêndice O.

## APÊNDICE R - PANORAMA DAS VERSÕES TRADUZIDAS DO INSTRUMENTO PARA O PORTUGUÊS

Versão original	VT – I*	VT- II**	VT – PF***	HECS-VB****
<p><b>Directions</b> Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly. Remember, all your responses will remain anonymous. Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.</p>	<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu supervisor, pense em seu supervisor imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para</p>	<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta.</p>	<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta</p>	<p><b>Instruções</b> Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta.</p>

	indicar a sua resposta.			
1. My peers listen to my concerns about patient care.	1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	1. Os meus colegas escutam as minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	1.Os meus colegas prestam atenção às minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.
2. Patients know what to expect from their care.	2. Os pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.	2. Pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.	2. Pacientes sabem o que esperar de seus cuidados.	2.Pacientes sabem o que esperar dos cuidados destinados a eles.
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu supervisor me ajuda.	3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	3. Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	3.Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	4. As políticas hospitalares me ajudam a resolver questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.	4. Políticas hospitalares me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.	4. Políticas hospitalares me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente	4.Políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.
5. Nurses and physicians trust one another	5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	5. Enfermeiros e médicos confiam uns nos outros.	5.Há confiança mútua entre enfermeiros e médicos.
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	6. Os enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	6. Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	6.Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.
7. My manager supports me in my decisions about patient care	7. Meu supervisor me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	7. Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.	7.Meu chefe me apoia nas minhas decisões sobre o cuidado ao paciente.
8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.	8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.	8. Uma clara noção da missão do hospital é compartilhada com os enfermeiros.	8.Uma noção da missão do hospital é compartilhada de forma clara com os enfermeiros.
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	9. Os médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	9. Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	9.Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.
10. My peers help me with difficult patient care issues/problems	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	10. Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	10.Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.



<b>11.</b> Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	11. Os enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	11. Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema específico no cuidado ao paciente.
<b>12.</b> My manager listens to me talk about patient care issues/problems	12. Meu supervisor escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	12. Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.
<b>13.</b> The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um determinado curso de ações.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um curso de ações.	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são levados em conta ao se escolher um curso de ações	13. Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são considerados ao se tomar uma decisão.
<b>14.</b> I participate in treatment decisions for my patients.	14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos meus pacientes	14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos meus pacientes	14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.	14. Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.
<b>15.</b> My manager is someone I can trust.	15. Meu supervisor é alguém em quem posso confiar.	15. Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	15. Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	15. Meu chefe é alguém em quem posso confiar.
<b>16.</b> Conflict is openly dealt with, not avoided	16. Os conflitos são tratados abertamente, não evitados.	16. Conflitos são tratados abertamente, não evitados.	16. Conflitos são tratados abertamente, não evitados.	16. Conflitos são resolvidos abertamente, não sendo evitados.
<b>17.</b> Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	17. Os enfermeiros e médicos aqui respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	17. Enfermeiros e médicos aqui respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	17. Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	17. Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.
<b>18.</b> I work with competent colleagues	18. Eu trabalho com colegas competentes.	18. Eu trabalho com colegas competentes.	18. Eu trabalho com colegas competentes.	18. Eu trabalho com colegas competentes.
<b>19.</b> The patient's wishes are respected	19. Os desejos dos pacientes são levados em conta	19. Os desejos dos pacientes são respeitados.	19. Os desejos dos pacientes são respeitados.	19. Os desejos dos pacientes são respeitados.
<b>20.</b> When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that	20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao	20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao	20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo	20. Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo

my manager helps them.	paciente, percebo que meu supervisor os ajuda.	paciente, percebo que meu chefe os ajuda.	que meu chefe os ajuda.	que meu chefe os ajuda.
<b>21.</b> There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems	21. Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	21. Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	21. Há um senso de questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	21.Há uma abertura para questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.
<b>22.</b> Nurses and physicians respect one another.	22. Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	22. Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	22. Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	22.Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.
<b>23.</b> Safe patient care is given on my unit.	23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade.	23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	23. Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	23.Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade
<b>24.</b> My manager is someone I respect	24. Meu supervisor é alguém que eu respeito.	24. Meu chefe é alguém que eu respeito.	24. Meu chefe é alguém que eu respeito	24.Meu chefe é alguém que eu respeito.
<b>25.</b> I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	25. Na minha unidade, eu sou capaz de praticar a enfermagem da forma que eu acredito que ela deva ser praticada.	25. Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada.	25. Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.	25.Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.
<b>26.</b> Nurses are supported and respected in this hospital.	26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	26. Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	26.Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.

\*versão preliminar traduzida inicial I; \*\*Versão preliminar traduzida inicial II; \*\*\*Versão pré-final traduzida; \*\*\*\*Hospital Ethical Climate Survey-Versão Brasileira - aplicada com 269 enfermeiros do HUSM.

**APÊNDICE S – INSTRUMENTO *HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY* –  
VERSÃO BRASILEIRA (HECS – VB)**

**DEFINIÇÃO DE CLIMA ÉTICO:** compreende a percepção dos enfermeiros sobre as questões éticas/tomada de decisão que envolvem o ambiente, relações e o processo de trabalho (OLSON, 1998).

**Instruções**

Aqui há uma série de afirmações relacionadas a várias práticas dentro do seu ambiente de trabalho. Por favor, responda às afirmações considerando tais práticas no seu trabalho atual, em sua unidade atual. À medida que você for lendo e respondendo cada afirmação, pense em algumas questões difíceis que você tenha enfrentado no cuidado ao paciente. Para os itens referentes ao seu chefe, pense em seu chefe imediato. É importante que você responda sobre como realmente é em sua unidade, e não como você gostaria que fosse. É essencial responder a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas, então responda honestamente. Lembre-se de que todas as suas respostas permanecerão anônimas. Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações. Em seguida, assinale um dos números em cada linha para indicar a sua resposta.

	Quase nunca verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1.Os meus colegas prestam atenção às minhas preocupações sobre o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
2.Pacientes sabem o que esperar dos cuidados destinados a eles.	1	2	3	4	5
3.Quando sou incapaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado ao paciente, meu chefe me ajuda.	1	2	3	4	5
4.Políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
5.Há confiança mútua entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4	5
6.Enfermeiros têm acesso às informações necessárias para resolver uma questão/problema no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
7.Meu chefe me apoia nas minhas decisões	1	2	3	4	5

sobre o cuidado ao paciente.					
8.Uma noção da missão do hospital é compartilhada de forma clara com os enfermeiros.	1	2	3	4	5
9.Médicos pedem a opinião dos enfermeiros sobre decisões de tratamento.	1	2	3	4	5
10.Os meus colegas me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
11.Enfermeiros usam as informações necessárias para resolver uma questão/problema específico no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
12.Meu chefe escuta o que eu digo sobre questões/problemas no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
13.Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema de cuidado ao paciente são considerados ao se tomar uma decisão.	1	2	3	4	5
14.Eu participo das decisões relativas ao tratamento dos pacientes sob meus cuidados.	1	2	3	4	5
15.Meu chefe é alguém em quem posso confiar.	1	2	3	4	5
16.Conflitos são resolvidos abertamente, não sendo evitados.	1	2	3	4	5
17.Enfermeiros e médicos aqui neste local respeitam as opiniões uns dos outros, mesmo quando discordam sobre o que é melhor para os pacientes.	1	2	3	4	5

18.Eu trabalho com colegas competentes.	1	2	3	4	5
19.Os desejos dos pacientes são respeitados.	1	2	3	4	5
20.Quando os meus colegas são incapazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação específica de cuidado ao paciente, percebo que meu chefe os ajuda.	1	2	3	4	5
21.Há uma abertura para questionamento, aprendizagem e busca por respostas criativas para os problemas de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
22.Enfermeiros e médicos respeitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
23.Presta-se cuidado seguro ao paciente na minha unidade	1	2	3	4	5
24.Meu chefe é alguém que eu respeito.	1	2	3	4	5
25.Eu sou capaz de praticar a enfermagem na minha unidade da forma que eu acredito que ela deva ser praticada, de maneira ética e legal.	1	2	3	4	5
26.Os enfermeiros são apoiados e respeitados neste hospital.	1	2	3	4	5

## **ANEXOS**

## ANEXO A - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



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: SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS HOSPITALARES: QUAL SUA RELAÇÃO COM CLIMA ÉTICO E BURNOUT?			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 325			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Graziele de Lima Dalmolin			
6. CPF: 007.526.010-75	7. Endereço (Rua, n.º): MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 1385 CENTRO Apto 305 Torre B SANTA MARIA RIO GRANDE DO SUL 97015375		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (55) 9957-8518	10. Outro Telefone:	11. Email: grazieledalmolin@yahoo.com.br
<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: <u>02 / 07 / 2018</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	13. CNPJ: 95.591.764/0014-20	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	
15. Telefone:	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>VALDECIR ZAVARESE DA COSTA</u> CPF: <u>802.302.290-34</u>			
Cargo/Função: <u>PROFESSOR ADJUNTO / CHEFE DO DEPARTAMENTO ENFERMAGEM</u>			
Data: <u>02 / 07 / 2018</u>		 Assinatura Prof. Dr. Valdecir Zavarese da Costa Chefe do Departamento de Enfermagem CCS - UFSM SIAPE 1650949	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO PARA EXECUÇÃO DO PROJETO NO HUSM/UFSM

 <b>HUSM/UFSM</b>	 <b>EBSEH</b> <small>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL</small>	Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	 <b>GEP HUSM</b> <small>Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM</small>
--	--	--	---

### SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PROJETOS NO HUSM/UFSM

Data: 21 / 06 / 2018  
 Pesquisador(a): Gracielle de Lima Dalmolin Função: Professor Adjunto  
 SIAPE: 1778053 Telefone: (55) 999578518 E-mail: graci.dalmolin@gmail.com  
 Unidade/Curso: Departamento de Enfermagem  
 Título: S. Ambiente Moral em Enfermeiros H. Hospitalares: Qual a sua relação com clima ético e bem-estar?

TIPO DE PROJETO:  Pesquisa ( ) Extensão ( ) Ensino ( ) Institucional  
 FINALIDADE: ( ) TCC Graduação ( ) TCC Especialização  Dissertação Mestrado ( ) Tese Doutorado ( ) Pós-Doutorado ( ) Iniciação Científica ( ) Outro. Curso/Programa/Setor: \_\_\_\_\_

TIPO DE PESQUISA: ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde  Epidemiológico ( ) Clínica Epidemiológica Observacional ( ) Infraestrutura ( ) Avaliação de Tecnologia em Saúde ( ) Biomédica (*Strito Sensu*) ( ) Pré-Clínica ( ) Qualitativa ( ) Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde ( ) Outras ações de C & T

( ) Ensaio Clínico: ( ) Fase I ( ) Fase II ( ) Fase III ( ) Fase IV

O Estudo é Multicêntrico?  Não ( ) Sim Centro Responsável: \_\_\_\_\_

Relacionado à Grupo de Pesquisa? ( ) Não  Sim, Qual? Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem

Período Execução: Ano (Início): 2018, Ano (Término): 2023

FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: ( ) Edital Interno do HUSM ( ) Edital Externo da UFSM, qual? ( ) Indústria Farmacêutica ( ) Agência Pública de Fomento Nacional ( ) Agência de Fomento Internacional  Outra, Qual? Próprio.

OBS: A fonte de financiamento de pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Gracielle de Lima Dalmolin

Pesquisador(a) Responsável

### APRECIÇÃO DOS SETORES DO HUSM ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PROJETO

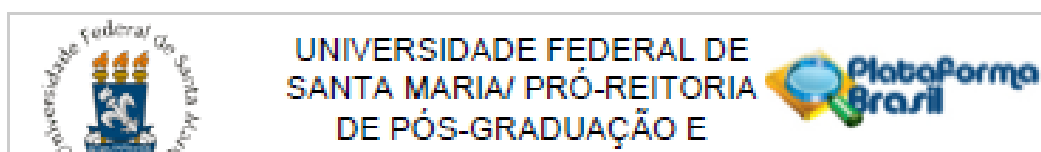
Unidades/Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo da Chefia/Responsável
<u>Serviço de Enfermagem</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>Gracielle de Lima Dalmolin</u>
_____	( ) Sim ( ) Não	_____
_____	( ) Sim ( ) Não	_____
_____	( ) Sim ( ) Não	_____
_____	( ) Sim ( ) Não	_____
_____	( ) Sim ( ) Não	_____
_____	( ) Sim ( ) Não	_____

OBS: Após a obtenção das assinaturas das unidades/setores, digitalizar e anexar este documento no Portal SIEweb, quando o registrar.

**NÃO VALE COMO APROVAÇÃO INSTITUCIONAL**



## ANEXO C - PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS HOSPITALARES: QUAL SUA RELAÇÃO COM CLIMA ÉTICO E BURNOUT?

**Pesquisador:** Grazielle de Lima Dalmolin

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 92702318.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.764.702

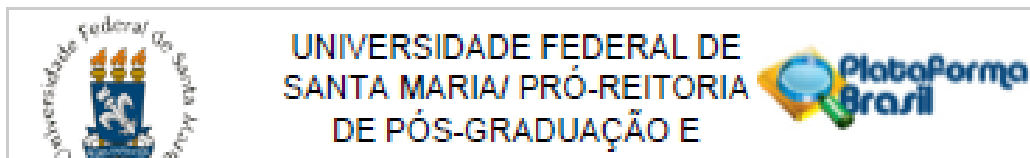
#### Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao PPG em Enfermagem da UFSM, caracteriza-se de um estudo a ser realizado em duas etapas, uma metodológica que se refere ao processo de adaptação transcultural do Hospital Ethical Climate Survey para avaliação do clima ético, e a etapa transversal, quando esse instrumento, em conjunto com a Moral Distress Scale – Versão Brasileira e o Maslach Burnout Inventory serão aplicados.

O estudo será desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria, com todos os enfermeiros atuantes na Instituição, o que corresponde a aproximadamente 325 enfermeiros. A coleta de dados será no período de Janeiro a Abril de 2019. Apresenta critérios de inclusão e exclusão.

Para a análise dos dados será construído no programa Excel, com dupla digitação independente, para verificação de possíveis inconsistências, após será empregado o software estatístico SPSS versão 18.0 para Windows. Será utilizada a estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas. As escalas serão analisadas de acordo com os seus critérios/dimensões. Posteriormente serão realizadas análises de associação por meio dos testes Teste t ou U Mann Whitney, e ANOVA ou Kruskal Wallis, a depender da suposição da normalidade, que será verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Contém cronograma de execução e orçamento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3226-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer 2.794.702

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo primário:** verificar a associação sobre a percepção de clima ético com a vivência de sofrimento moral e burnout em enfermeiros hospitalares.

#### **Objetivo secundário:**

- Caracterizar a população quanto dados sociodemográficos e laborais;
- Adaptar transculturalmente Instrumento de avaliação do clima ético;
- Avaliar a percepção sobre clima ético dos enfermeiros hospitalares;
- Analisar frequência e intensidade de sofrimento moral dos enfermeiros hospitalares;
- Verificar associação entre sofrimento moral, clima ético e burnout com as características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros hospitalares.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** a possibilidade de desconforto e cansaço, poderão surgir durante a coleta de dados ao responderem os questionários, pois esses participantes serão lembrados sobre situações problema ou situações conflituosas que podem estar relacionadas aos aspectos em estudo. Em caso de ocorrer esse desconforto/cansaço a coleta de dados poderá ser interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou cessada definitivamente, conforme vontade do participante.

**Benefícios:** contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem, e para reflexão dos seus trabalhadores no que se refere às situações conflituosas e fontes de sofrimento moral, problematizando como esses fenômenos podem influenciar na sua saúde e satisfação no trabalho.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

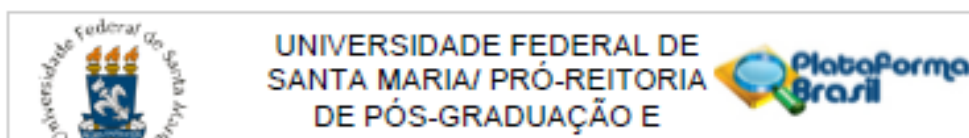
#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, autorização institucional, registro na plataforma de projetos da UFSM, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido e Instrumentos de coleta de dados.

#### **Recomendações:**

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-0382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.764.702

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**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_1171695.pdf	02/07/2018 15:18:56		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/07/2018 15:16:55	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	registro_gap.pdf	01/07/2018 21:10:14	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autor_gep.pdf	01/07/2018 21:08:24	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aut_institucional.pdf	01/07/2018 21:06:15	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
Outros	T_Confidencialidade_Clima_etico.pdf	01/07/2018 21:05:01	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_clima_etico.pdf	01/07/2018 21:04:26	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_Clima_Etico.pdf	01/07/2018 21:04:12	Grazielle de Lima Dalmolin	Aceito

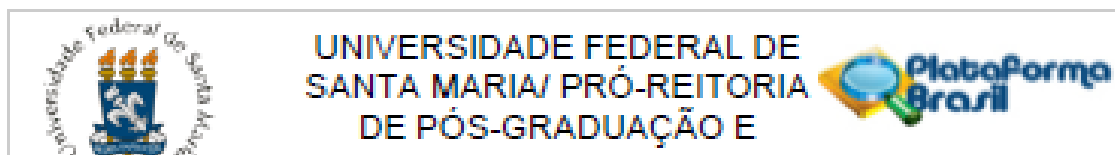
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Processo: 2.794.702

SANTA MARIA, 10 de Julho de 2018

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3020-0382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO D - INSTRUMENTO HOSPITAL ETHICAL CLIMATE SURVEY  
VERSÃO ORIGINAL**

**Directions:** Here is a series of statements relating to various practices within your work setting. Please respond in terms of how it is in your current job on your current unit. As you read and respond to each statement, think of some difficult patient care issues you have faced. For those items that refer to your manager, think of your immediate manager (nurse manager, assistant nurse manager, shift supervisor). It is important that you respond in terms of how it really is on your unit, not how you would prefer it to be. It is essential to answer every item. There are no right or wrong answers, so please respond honestly.

Remember, all your responses will remain anonymous. Please read each of the following statements. Then, circle one of the numbers on each line to indicate your response.

	Almost Never True	Seldom True	Sometimes True	Often True	Almost Always True
1. My peers listen to my concerns about patient care.	1	2	3	4	5
2. Patients know what to expect from their care.	1	2	3	4	5
3. When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	1	2	3	4	5
4. Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	1	2	3	4	5
5. Nurses and physicians trust one another	1	2	3	4	5
6. Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	1	2	3	4	5
7. My manager supports me in my decisions about patient care	1	2	3	4	5
8. A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	1	2	3	4	5
9. Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	1	2	3	4	5
10. My peers help me with difficult patient care issues/problems	1	2	3	4	5
11. Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem.	1	2	3	4	5
12. My manager listens to me talk about patient care issues/problems	1	2	3	4	5
13. The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions.	1	2	3	4	5
14. I participate in treatment decisions for my patients.	1	2	3	4	5
15. My manager is someone I can trust.	1	2	3	4	5

16. Conflict is openly dealt with, not avoided.	1	2	3	4	5
17. Nurses and physicians here respect each other's opinions, even when they disagree about what is best for the patients.	1	2	3	4	5
18. I work with competent colleagues.	1	2	3	4	5
19. The patient's wishes are respected.	1	2	3	4	5
20. When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them.	1	2	3	4	5
21. There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems.	1	2	3	4	5
22. Nurses and physicians respect one another.	1	2	3	4	5
23. Safe patient care is given on my unit.	1	2	3	4	5
24. My manager is someone I respect	1	2	3	4	5
25. I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	1	2	3	4	5
26. Nurses are supported and respected in this hospital.	1	2	3	4	5