



Validação de escala e fatores associados ao clima ético em serviços de saúde: estudo metodológico

Scale validation and associated factors with ethical climate in health services: methodological study

Rafaela Schaefer¹, Priscila Pereira da Silva Lopes¹, Camila Goulart Domingues¹,
Ariadne Machado Schmidt¹, Rafaela Tonietto Muller¹

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo/RS, Brasil.

Correspondência

pri08silva@gmail.com

Copyright

Copyright © 2025 Rafaela Schaefer, Priscila Pereira da Silva Lopes, Camila Goulart Domingues, Ariadne Machado Schmidt, Rafaela Tonietto Muller.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

12/1/2025

Aceito:

30/7/2025

ISSN:

2446-5410

RESUMO

Objetivo: Buscar evidências de validade estrutura interna e confiabilidade de uma escala de clima ético organizacional, a partir da sua tradução, adaptação e aplicação para enfermeiros e médicos dos serviços de atenção primária e hospitalar. **Métodos:** Estudo metodológico de tradução, adaptação e validação do instrumento Hospital Ethics Climate Survey. Participaram 5 pesquisadores, 4 tradutores e 20 especialistas na tradução e adaptação, 41 profissionais de saúde no pré-teste e 134 profissionais na validação, realizado no Sul do Brasil, entre 2021 e 2022. Foram realizadas análises estatísticas por fatorial exploratória e confirmatória, Alpha de Cronbach, Ômega de McDonald, teste qui-quadrado de Pearson e t de Student. **Resultados:** Análise exploratória KMO=0,892, Bartlett $p<0,001$. Cargas fatoriais de 0,42 a 0,86. Alpha de Cronbach 0,93, Ômega de McDonald 0,95 e variância 66,1%. Análise confirmatória RMSEA 0,05, CFI 0,95, TLI 0,95 e SRMR 0,06. A média de clima ético foi 3,87 (DP 0,68). Maiores médias estiveram associadas com pós-graduação ($p=0,037$) e atenção primária ($p<0,001$). **Conclusão:** A escala demonstrou ser válida e confiável. O instrumento possibilita o monitoramento do clima ético, para direcionar ações de promoção de ambientes de trabalho saudáveis, repercutindo na saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Ética organizacional. Estudo de validação. Profissionais da saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To seek evidence of internal structure validity and reliability of an organizational ethical climate scale through its translation, adaptation, and application for nurses and physicians in primary and hospital care services. **Methods:** This methodological study involved the translation, adaptation, and validation of the Hospital Ethics Climate Survey instrument. Participants included 5 researchers, 4 translators, and 20 experts in the translation and adaptation process, 41 healthcare professionals in the pre-test, and 134 professionals in the validation phase, conducted in southern Brazil between 2021 and 2022. Statistical analyses included exploratory and confirmatory factor analysis, Cronbach's Alpha, McDonald's Omega, Pearson's chi-square test, and Student's t-test. **Results:** Exploratory analysis showed KMO=0.892, Bartlett $p<0.001$, and factor loadings from 0.42 to 0.86. Cronbach's Alpha was 0.93, McDonald's Omega was 0.95, and variance explained was 66.1%. Confirmatory analysis presented RMSEA 0.05, CFI 0.95, TLI 0.95, and SRMR 0.06. The mean ethical climate score was 3.87 (SD 0.68), with higher scores associated with postgraduate education ($p=0.037$) and primary care ($p<0.001$). **Conclusion:** The scale demonstrated validity and reliability. This instrument enables monitoring of the ethical climate, guiding actions to promote healthy work environments and positively impacting worker health.

Keywords: Institutional ethics. Validation study. Health Care Professionals. Health services.

INTRODUÇÃO

O contexto de trabalho em saúde é marcado por desafios éticos como o gerenciamento de recursos escassos, o manejo do envolvimento emocional com os pacientes, a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade profissional. Tais vivências podem levar estes profissionais ao adoecimento e, assim, se tornam importantes desafios a serem enfrentados no campo da saúde do trabalhador^{1,2}. Manter um ambiente de trabalho positivo inclui a atenção aos desafios éticos vivenciados. Nessa perspectiva, o Clima Ético Organizacional constitui um importante marcador das condições de trabalho, pois caracteriza a percepção de como a instituição se preocupa com as questões assistenciais e relacionais no ambiente laboral³.

O Clima Ético é parte da cultura organizacional e está fundamentado no comportamento ético dos profissionais e na forma como a instituição atenta para estas questões. Assim, o clima ético é um indicador de qualidade do cuidado, pois molda as atitudes profissionais, repercutindo em fatores de satisfação, bem-estar, comprometimento e desempenho laboral⁴⁻⁶.

Instituições de saúde com clima ético negativo têm maiores taxas de ocorrência de sofrimento moral, Burnout, intenção de deixar o emprego, entre outros. Por outro lado, um clima ético positivo tem sido associado com satisfação, autopercepção de competência, qualidade de vida e sensibilidade moral^{5,7}. Assim, torna-se relevante identificar o clima ético e seus fatores associados para compreender como as dinâmicas de trabalho influenciam na saúde do trabalhador.

A Hospital Ethical Climate Survey (HECS), desenvolvida por Olson³ (1998) é, ainda hoje, a escala mais utilizada para analisar o clima ético organizacional no mundo. Originalmente desenvolvida nos Estados Unidos, para avaliar o fenômeno em enfermeiros hospitalares, a escala já foi traduzida para diversos países e adaptada para ser aplicada com outros profissionais em outros contextos. Todos os estudos mostram significativas evidências de validade, sendo que não foram identificados estudos

com a HECS no Brasil, impedindo a discussão com resultados internacionais⁷.

Assim, o objetivo do artigo é buscar evidências de validade de estrutura interna e confiabilidade de uma escala de clima ético organizacional, a partir da sua tradução, adaptação e aplicação para enfermeiros e médicos dos serviços de atenção primária e hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico inserido no projeto intitulado 'Contexto Organizacional do Trabalho em Saúde: Tradução, Adaptação e Validação de uma Escala de Avaliação de Clima Ético', realizado entre 2021 e 2022.

O estudo realizou a tradução, adaptação e validação do instrumento HECS, um instrumento curto e autoaplicável, desenvolvido por Olson³ (1998), originalmente desenvolvida para medir o clima ético organizacional de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar. O clima ético é mensurado através de uma escala Likert de cinco pontos, cujos valores atribuídos variam de 1 (quase nunca verdade) a 5 (quase sempre verdade). A escala tem 26 itens, divididos em 5 subescalas, incluindo relacionamento com pares (4 itens), pacientes (4 itens), gestores (6 itens), hospital (6 itens) e médicos (6 itens). A escala foi traduzida seguindo as etapas propostas por Beaton e colaboradores⁸ (2000) e foi adaptada para ser aplicada com enfermeiros(as) e médicos(as), do contexto hospitalar e da atenção primária. As etapas foram: Estágio I: Tradução inicial; Estágio II: Síntese das traduções; Estágio III: Retrotradução; Estágio IV: Comitê de especialistas; Estágio V: Pré-teste; e Estágio VI: Submissão da escala ao autor/revisão final pelos pesquisadores.

No Estágio I, a escala HECS foi traduzida para a língua portuguesa brasileira de modo independente, por dois tradutores bilíngues (língua mãe português e fluência em inglês), sendo cada tradução denominada de T1 e T2. O tradutor que realizou a T1 foi um profissional da área da saúde e o tradutor da T2 foi de outra área, sem conhecimento sobre a temática. Ambas as traduções foram devolvidas ao

pesquisador para iniciar o Estágio II, a síntese das traduções. As traduções T1 e T2 foram analisadas e comparadas pelos dois tradutores iniciais, pelo pesquisador e membros do grupo de pesquisa a fim de avaliar as divergências e/ou as equivalências, possíveis necessidades de ajuste ortográfico e mediante consenso de todos, produzida a versão síntese no idioma português, nomeada T12.

No Estágio III, a T12 passou pela retrotradução, isto é, foi traduzida novamente para o idioma original (inglês). A tradução nesta etapa também ocorreu de forma independente, às cegas e por dois tradutores, novamente um da área da saúde e outro não, cuja língua nativa é o inglês e com fluência em português, os quais elaboraram duas versões retrotraduzidas denominadas de B1 e B2. No Estágio IV, todas as traduções (T1, T2, T12, B1 e B2) foram analisadas por um comitê de especialistas composto por profissionais de saúde (n=20), tradutores envolvidos no processo (n=4) e pesquisadores (n=5). O comitê optou pela tradução que melhor descreveu os itens correspondentes e realizou adaptações para os diferentes sujeitos e contextos de aplicação. Ao término desta fase, tem-se a Versão Pré-Final (VPF).

No Estágio V, a VPF do questionário é submetida ao pré-teste em campo. O pré-teste visa garantir a validade de conteúdo do instrumento, chegando à versão final traduzida da HECS. Por fim, o Estágio VI consistiu na submissão, via e-mail, da versão final da escala ao autor, enviando também todos os relatórios referentes ao processo de tradução e adaptação transcultural da escala, cujo retorno foi de aprovação da HECS versão português.

Os critérios de inclusão adotados para o pré-teste e a validação foram: profissionais médicos(as) e enfermeiros(as), com experiência profissional de 6 meses, atuando em serviços de saúde hospitalares e/ou primários. Foram excluídos profissionais que atuavam unicamente em cargos administrativos e/ou de gestão. Para a fase de pré-teste foi considerada uma amostra mínima de 30 participantes⁸ e para a validação, 5 a 10 participantes por item da escala⁹.

Para a busca da validade de estrutura interna foi utilizada a análise fatorial exploratória, com os testes de esfericidade de Bartlett ($\leq 0,001$), o índice

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($\geq 0,05$) e cargas fatoriais ($\geq 0,03$). Na análise confirmatória, utilizou-se os índices de Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) ($\leq 0,06$), Comparative Fit Index (CFI) ($\geq 0,95$), Tucker-Lewis Index (TLI) ($\geq 0,95$) e Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR) ($\leq 0,08$)¹⁰, através do programa R. Para a análise de confiabilidade foram utilizados o coeficiente Alpha de Cronbach ($\geq 0,70$)⁹ e o Ômega de McDonald (0,70 e 0,90)¹¹, através do programa *IBM SPSS Statistics* versão 21.0.

Variáveis categóricas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa e analisadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para determinar a normalidade dos dados das variáveis quantitativas: quando os dados apresentaram uma distribuição normal, foram apresentados por média e desvio padrão e avaliadas por teste t de Student e quando apresentaram distribuição anormal, foram apresentados por mediana e amplitude interquartil e avaliados por Mann-Whitney no *IBM SPSS Statistics* versão 21.0.

Os aspectos éticos foram respeitados, de acordo com as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética.

RESULTADOS

O processo de tradução seguiu as etapas metodológicas determinadas nos Estágios I a III, tendo como resultado a versão traduzida da escala. No Estágio IV, essa versão foi submetida a um comitê de especialistas, para avaliar validade semântica, idiomática, experiencial e conceitual, tendo sua validade de face confirmada com concordância entre 90 e 100%. A adaptação da escala consistiu em duas modificações principais: a) a substituição de ‘enfermeiro(as)/pares’ por ‘meus colegas de profissão’ (itens 1, 6, 10, 11, 20 e 26); b) a substituição de ‘hospital/minha unidade’ por ‘meu local de trabalho’ (itens 4, 8 e 23). Além dos itens, foram realizadas adaptações no nome dos seguintes fatores: ‘médicos(as)’ para ‘médicos(as)/enfermeiros(as)’ e ‘hospital’ para ‘hospital/atenção básica’ (Quadro 1).

QUADRO 1. Etapas de tradução e adaptação

	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO TRADUZIDA	VERSÃO ADAPTADA
1	My peers listen to my concerns about patient care.	Os meus pares (colegas) escutam as minhas preocupações sobre o cuidado aos pacientes.	Os meus colegas de profissão escutam as minhas preocupações sobre o cuidado aos pacientes.
2	Patients know what to expect from their care.	Os pacientes sabem o que esperar ao serem cuidados.	Os pacientes sabem o que esperar ao serem cuidados.
3	When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me.	Quando não sou capaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado aos pacientes, meu superior me ajuda.	Quando não sou capaz de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado aos pacientes, meu superior me ajuda.
4	Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems.	As políticas do hospital me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado aos pacientes.	As políticas do meu local de trabalho me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado aos pacientes.
5	Nurses and physicians trust one another.	Enfermeiros(as) e os médicos(as) confiam uns nos outros.	Enfermeiros(as) e os médicos(as) confiam uns nos outros.
6	Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	Os(as) enfermeiros(as) têm acesso às informações necessárias para solucionar questões/problemas no cuidado aos pacientes.	Eu e meus colegas de profissão temos acesso às informações necessárias para solucionar questões/problemas no cuidado aos pacientes.
7	My manager supports me in my decisions about patient care.	Meu superior apoia as minhas decisões no cuidado aos pacientes.	Meu superior apoia as minhas decisões no cuidado aos pacientes.
8	A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses.	Uma visão clara da missão do hospital é compartilhada com enfermeiros(as).	Uma visão clara da missão do meu local de trabalho é compartilhada com os profissionais.
9	Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions.	Os(as) médicos(as) perguntam aos(as) enfermeiros(as) suas opiniões sobre decisões relacionadas ao tratamento.	Os(as) médicos(as) perguntam aos(as) enfermeiros(as) suas opiniões sobre decisões relacionadas ao tratamento.
10	My peers help me with difficult patient care issues/problems.	Meus pares (colegas) me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado aos pacientes.	Meus colegas de profissão me ajudam com questões/problemas difíceis no cuidado aos pacientes.
11	Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem	Os(as) enfermeiros(as) usam as informações necessárias para solucionar uma questão/problema no cuidado ao paciente.	Eu e meus colegas de profissão usamos as informações necessárias para solucionar uma questão/problema no cuidado ao paciente.
12	My manager listens to me talk about patient care issues/problems.	Meu superior me escuta quando falo sobre questões/problemas no cuidado aos pacientes.	Meu superior me escuta quando falo sobre questões/problemas no cuidado aos pacientes.
13	The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of action.	Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema no cuidado ao paciente são levados em conta quando uma conduta é escolhida.	Os sentimentos e valores de todas as partes envolvidas em uma questão/problema no cuidado ao paciente são levados em conta quando uma conduta é escolhida.
14	I participate in treatment decisions for my patients.	Eu participo nas decisões do tratamento dos meus pacientes.	Eu participo nas decisões do tratamento dos meus pacientes.
15	My manager is someone I can trust.	Meu superior é alguém em quem posso confiar.	Meu superior é alguém em quem posso confiar.
16	Conflict is openly dealt with, not avoided.	Os conflitos são resolvidos abertamente e não evitados.	Os conflitos são resolvidos abertamente e não evitados.
17	Nurses and physicians here respect each other's opinions even when they disagree about what is best for the patient.	Os(as) enfermeiros(as) e médicos(as) daqui respeitam as opiniões dos outros mesmo quando discordam com relação ao que é melhor para os pacientes.	Os(as) enfermeiros(as) e médicos(as) do meu local de trabalho respeitam as opiniões dos outros mesmo quando discordam com relação ao que é melhor para os pacientes.
18	I work with competent colleagues.	Eu trabalho com colegas competentes.	Eu trabalho com colegas competentes.
19	Patients' wishes are respected.	Os desejos dos pacientes são respeitados.	Os desejos dos pacientes são respeitados.

* continua.

* continuação.

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.	Quando meus pares (colegas) não são capazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado aos pacientes, meu superior os ajuda.	Quando meus colegas de profissão não são capazes de decidir o que é certo ou errado em uma situação de cuidado aos pacientes, meu superior os ajuda.
21	There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems.	Há questionamentos, aprendizados e busca de respostas criativas aos problemas que surgem no cuidado aos pacientes.	Há questionamentos, aprendizados e busca de respostas criativas aos problemas que surgem no cuidado aos pacientes.
22	Nurses and physicians respect each other.	Enfermeiros(as) e médicos(as) respeitam uns aos outros.	Enfermeiros(as) e médicos(as) respeitam uns aos outros.
23	Safe patient care is given on my unit.	Os cuidados aos pacientes são realizados de maneira segura na minha unidade.	Os cuidados aos pacientes são realizados de maneira segura no meu local de trabalho .
24	My manager is someone I respect.	O meu superior é alguém que respeito.	O meu superior é alguém que respeito.
25	I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced.	Eu consigo exercer o cuidado aos pacientes na minha unidade da maneira que acredito que deva ser exercida.	Eu consigo exercer o cuidado aos pacientes no meu local de trabalho da maneira que acredito que deva ser exercida.
26	Nurses are supported and respected in this hospital.	Os(as) enfermeiros(as) recebem apoio e são respeitados neste hospital.	Os colegas de profissão recebem apoio e são respeitados no meu local de trabalho.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Do Estágio V, que consistiu na realização do pré-teste, participaram 41 profissionais de saúde, sendo 35 (85,4%) mulheres e 6 (14,6%) homens, 29 (70,7%) enfermeiros(as) e 12 (29,3%) médicos(as), atuando em serviços de atenção básica (n=23; 56,1%) e hospitais (n=18; 43,9%). A média de idade foi de 37,7 anos (DP=8,18) e o tempo de formação com média de 10,6 anos (DP=8,34). A análise fatorial exploratória do pré-teste mostrou teste de esfericidade de Bartlett significativo com $p < 0,001$ e teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,834. A confiabilidade geral mostrou um Alpha de Cronbach = 0,914, sendo o percentual de variância explicada de 71,5%. Assim, a escala foi considerada adequada para ser aplicada com o público-alvo.

A escala já traduzida e adaptada foi validada pelo público-alvo de 134 profissionais, sendo 112 (83,6%) mulheres e 22 (16,4%) homens, 93 (69,4%) enfermeiros(as) e 41 (30,6%) médicos(as), 80 (59,7%) profissionais com graduação e 54 (40,3%) profissionais com pós-graduação, atuando em serviços de atenção básica (n=77; 57,5%) e hospitais (n=57; 42,5%). A média de idade foi de 40,1 (DP=10,1) e o tempo de formação teve mediana de 10 anos (IIR 13,2) (Tabela 1).

A análise fatorial exploratória mostra teste de esfericidade de Bartlett significativo com $p < 0,001$ e

teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,892. A confiabilidade geral mostra um Alpha de Cronbach = 0,93, Ômega de McDonald = 0,95 e percentual total de variância explicada de 66,1%. A análise fatorial confirmatória confirma a estrutura de 5 dimensões da escala original com teste RMSEA = 0,05, CFI = 0,95, TLI = 0,95 e SRMR = 0,06.

Na análise estatística, a média total de clima ético foi de 3,87 (DP=0,68), variando de 3,64 (DP=0,86) para o fator 'hospital/atenção básica' a 4,11 (DP=0,78) para o fator 'pares' (Tabela 2). Não foram encontradas associações entre a média total de clima ético e as variáveis sexo ($p=0,654$) e profissão ($p=0,499$), embora profissão tenha demonstrado associação significativa com melhores médias de clima ético para a profissão médico(a) ($p=0,025$) no fator 'médicos(as)/enfermeiros(as)'. Foram encontradas associações entre a média total de clima ético e as variáveis formação ($p=0,037$) e local de trabalho ($p < 0,001$). Para a variável formação, ainda houve associação significativa com os fatores 'gestores' ($p=0,007$) e 'hospital/atenção básica' ($p=0,037$). Para a variável local de trabalho, só não houve associação significativa com o fator 'gestores' ($p=0,372$) (Tabela 3).

TABELA 1. Caracterização dos participantes da etapa de validação segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

		N (%)	Média (DP)	Mediana (IIR)
Sexo	Feminino	112 (83,6)		
	Masculino	22 (16,4)		
Idade			40,1 (10,1)	
Profissão	Enfermeiro (a)	93 (69,4)		
	Médico (a)	41 (30,6)		
Formação	Graduação	80 (59,7)		
	Pós-graduação	54 (40,3)		
Tempo de formado				10 (13,2)
Local de trabalho	Atenção Básica	77 (57,5)		
	Hospital	57 (42,5)		

DP=desvio padrão. IIR=intervalo interquartil. Fonte: Elaboração própria, 2024.

TABELA 2. Itens e médias dos fatores

	F1: Pares	F2: Pacientes	F3: Gestores	F4: Hospital/ Atenção Básica	F5: Médicos(as)/ Enfermeiros(as)
Itens	1, 10, 18, 23	2, 6, 11, 19	3, 7, 12, 15, 20, 24	4, 8, 13, 16, 21, 25	5, 9, 14, 17, 22, 26
Média (DP)	4,11 (0,72)	3,85 (0,70)	3,98 (1,01)	3,64 (0,86)	3,84 (0,85)

F=fator; DP=desvio padrão. Fonte: Elaboração própria, 2024.

TABELA 3. Associação das variáveis com o Clima Ético Organizacional

	F1: Pares	F2: Pacientes	F3: Gestores	F4: Hospital/ Atenção Básica	F5: Médicos(as)/ Enfermeiros (as)	Total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo	P=0,648	P=0,502	P=0,111	P=0,696	P=0,105	P=0,654
Feminino	4,12 (0,74)	3,87 (0,73)	4,05 (1,00)	3,66 (0,89)	3,79 (0,89)	3,88 (0,70)
Masculino	4,04 (0,64)	3,78 (0,50)	3,67 (1,05)	3,58 (0,67)	4,05 (0,59)	3,81 (0,60)
Profissão	P=0,906	P=0,216	P=0,417	P=0,740	P=0,025	P=0,499
Enfermeiro (a)	4,10 (0,73)	3,80 (0,73)	4,03 (0,98)	3,63 (0,89)	3,73 (0,90)	3,84 (0,69)
Médico (a)	4,12 (0,73)	3,96 (0,62)	3,88 (1,09)	3,68 (0,78)	4,09 (0,69)	3,93 (0,67)
Formação	P=0,492	P=0,572	P=0,007	P=0,037	P=0,252	P=0,037
Graduação	4,07 (0,75)	3,82 (0,74)	3,81 (1,11)	3,52 (0,91)	3,77 (0,90)	3,77 (0,74)
Pós-graduação	4,16 (0,69)	3,89 (0,64)	4,25 (0,77)	3,83 (0,75)	3,94 (0,78)	4,01 (0,56)
Local de trabalho	P=<0,001	P=0,017	P=0,372	P=0,012	P=<0,001	P=<0,001
Atenção Básica	4,36 (0,55)	3,98 (0,63)	4,06 (0,89)	3,81 (0,75)	4,17 (0,59)	4,06 (0,55)
Hospital	3,77 (0,80)	3,68 (0,75)	3,89 (1,15)	3,42 (0,95)	3,38 (0,95)	3,62 (0,76)

F=fator; DP=desvio padrão. Fonte: Elaboração própria, 2024.

Quando avaliadas as correlações entre clima ético e as variáveis idade e tempo de formação, foi encontrada uma correlação significativa, porém fraca, considerando que à medida que o tempo de formado aumenta, encontram-se menores médias de clima ético ($p=0,030$) no fator 'gestores' (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Considerando a complexidade do trabalho em saúde e a relação entre o clima ético e o desempenho e a satisfação laboral¹², desenvolver e validar ferramentas de avaliação se torna relevante na identificação e problematização de fatores que podem ser modificados. Em países como o Brasil, marcado por contextos laborais precários, onde prevalecem recursos escassos e longas jornadas de trabalho, a saúde do trabalhador torna-se um problema de saúde pública¹³. Nesse contexto, o clima ético tem sido associado, em estudos internacionais, com satisfação

laboral, intenção de deixar o emprego, ocorrência de erros na prática assistencial, sofrimento moral, burnout e qualidade de vida no trabalho, entre outros^{5,14,15}.

A ausência de uma ferramenta de avaliação do clima ético, validada para o cenário brasileiro, aponta uma importante lacuna de investigação, destacando a importância do rigor no processo metodológico de tradução e adaptação⁸. Estudos que traduziram e adaptaram a HECS para outros países, demonstraram sua validade em resultados com Alphas de Cronbach que variaram de 0,85 a 0,95⁵. A análise fatorial confirmatória evidencia a validade estrutural da escala, o que vai ao encontro de estudos anteriores que também fizeram a tradução e a adaptação da escala para outros países¹⁶. Nessa linha, a literatura reforça a validade encontrada neste estudo, considerando o uso da HECS.

Um clima ético positivo, com média total acima do ponto de corte, tem sido encontrado pela maioria dos estudos que utilizam a escala HECS⁵, embora

TABELA 4. Correlação das variáveis com o Clima Ético Organizacional

		Idade	Tempo de formado
F1: Pares	Correlação	0,151	0,038
	P	0,084	0,660
F2: Pacientes	Correlação	0,058	-0,037
	P	0,511	0,673
F3: Gestores	Correlação	-0,029	-0,188
	P	0,745	0,030
F4: Hospital/Atenção Básica	Correlação	0,130	-0,004
	P	0,138	0,964
F5: Médicos(as)/ Enfermeiros (as)	Correlação	0,154	0,057
	P	0,077	0,511
Total	Correlação	0,106	-0,049
	P	0,226	0,572

F=fator. Fonte: Elaboração própria, 2024.

poucos sejam os estudos que analisam o clima ético fora do contexto hospitalar⁵ e com outros profissionais além de enfermeiros(as)¹⁷. Uma das maiores médias de clima ético na literatura foi de um estudo realizado com enfermeiras de outras localidades da China que foram para Wuhan trabalhar no atendimento dos primeiros casos de Covid-19, entre março e abril de 2020. O estudo justifica esse resultado descrevendo que houve, naquele momento, uma preocupação por parte dos gestores para que houvesse um sólido ambiente ético estabelecido naquele contexto¹⁸. Outros estudos trazem boas médias de clima ético em contextos de Terapia Intensiva onde, apesar da complexidade, tem-se um ambiente que favorece o respeito mútuo e a confiança¹⁵.

As piores médias de clima ético foram encontradas em estudos realizados no Irã, fundamentalmente ligados com as dificuldades de relação entre médicos(as) e enfermeiros(as), destacando níveis de colaboração e comunicação bastante baixos^{16,19}. Tal fato pode estar relacionado com questões históricas e culturais, envolvendo relações de poder entre enfermagem e medicina²⁰. Apesar deste fato também ter sido demonstrado em nosso estudo, a menor média de clima ético esteve relacionada com questões dos próprios serviços de saúde, revelando que os profissionais não se sentem apoiados pela instituição para tomar decisões e para exercer o cuidado com a qualidade que gostariam, não havendo abertura para a discussão de conflitos²¹. Para efetivar uma prática ética, profissionais precisam contar com o apoio da instituição, contribuindo para seu empoderamento e reflexão crítica²².

O contexto organizacional está relacionado com a qualidade das relações interprofissionais, uma vez que o ambiente pode impactar nas emoções e, desta forma, facilitar ou dificultar o desenvolvimento de um clima propício ao trabalho em equipe²³. Talvez por isso, o clima ético tenha se mostrado pior em ambiente hospitalar, quando comparado com a atenção básica, onde o modelo de atenção, pautado na integralidade e na longitudinalidade, gera mais espaços e oportunidades convergentes para o trabalho colaborativo²⁴. A literatura destaca que um bom relacionamento entre a equipe contempla a comunicação eficaz e a cooperação, o que pode

impactar em aspectos de satisfação profissional, diminuição da ocorrência de erros e da rotatividade profissional, incidindo nos custos e na qualidade do cuidado¹⁹.

Ações para promover um clima ético mais positivo nas instituições de saúde, passam por estratégias que promovam a formação permanente dos profissionais²⁴. Os profissionais que buscam a educação continuada e já possuem maior experiência profissional, encontram em programas de pós-graduação espaços que contribuem para reflexões críticas de suas vivências no trabalho²⁵. Esses profissionais pós-graduados mostraram maiores médias de clima ético, independente da profissão. Tal fato favorece o alinhamento do trabalho em saúde, de forma que os profissionais apliquem seus aprendizados na prática laboral, desenvolvendo ações interprofissionais e colaborativas no trabalho em equipe²⁴.

Nesse contexto, salienta-se que a instituição de saúde, atente para ações de planejamento, elaboração e execução de mecanismos de intervenção, que favoreçam um clima ético mais positivo nos diferentes contextos do trabalho em saúde, como melhorar a organização dos ambientes e processos de trabalho, realizar reuniões de equipe, treinamento dos trabalhadores, proporcionar momentos para discussão de conflitos e esclarecer sobre a influência do clima sobre a saúde do trabalhador, visto que isso não está incorporado na prática das equipes de saúde. O trabalho de Fonseca et al.²⁶, por exemplo, descreve a realização de uma oficina, com duração de três dias, realizada na instituição de saúde, em que foram formados grupos mistos de profissionais para discutir problemas existentes no território, promovendo a reflexão, a troca de experiências, o autoconhecimento, o vínculo com o trabalho e entre os trabalhadores.

Este estudo apresenta limitações que são comuns em estudos metodológicos, como a variabilidade dos valores de referência para interpretação dos resultados, no entanto, métodos robustos e valores comumente utilizados na literatura foram aplicados. Ainda, a utilização de amostra por conveniência ressalta a importância de estudos futuros que analisem o clima ético e seus fatores associados com outros profissionais, em diversos contextos de

trabalho, sendo necessários para aprofundar o conhecimento acerca da temática, principalmente no Brasil, onde há uma lacuna de estudos.

CONCLUSÃO

A versão traduzida e adaptada da escala HECS para o contexto brasileiro, composta por 26 itens, divididos em 5 fatores, demonstrou ser válida e confiável para avaliação do clima ético organizacional de médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam em hospitais e serviços de atenção primária. Esse resultado responde a uma lacuna da literatura, fornecendo uma ferramenta para gestores e futuras pesquisas na área.

As associações observadas mostram a importância de investir na formação e educação continuada dos profissionais, considerando, também, o ambiente de trabalho, como um modo de promover um clima ético mais positivo. Ressalta-se a importância da preocupação com os aspectos relacionais do ambiente de trabalho, visto seu potencial em trazer benefícios para a organização e os seus trabalhadores.

Pesquisas na área do clima ético são importantes para direcionar ações de promoção de ambientes de trabalho saudáveis, além de fortalecer a cultura organizacional, o trabalho em equipe, a satisfação e o engajamento, repercutindo em aspectos da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Santos LS. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. *Rev Adm Publica*. 2020;54(4):909-922. doi: 10.1590/0034-761220200219.
2. Souza KR, Santos GB, Gomes L, Moreira MFR, Bonfatti R, Brito R. Desafios contemporâneos da saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet*. 2021;26(12):5866. doi: 10.1590/1413-812320212612.19042021.
3. Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch*. 1998;30(4):345-349. doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x.
4. Paraizo CB, Bégin L. Ética organizacional em ambientes de saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):251-259. doi: 10.1590/1413-81232020251.28342019.
5. Lanes TC, Magnago ACS, Schutz TC, Carneiro AS, Morais BX, Dalmolin GL. Avaliação do clima ético nos serviços de saúde: revisão sistemática. *Rev Bioet*. 2020;28(4):718-729. doi: 10.1590/1983-80422020284436.
6. Teresi M, Pietroni DD, Barattucci M, Giannella VA, Pagliaro S. Ethical climate(s), organizational identification, and employees' behavior. *Front Psychol*. 2019;10:1356. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01356.
7. Koskenvuo J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. *Nurs Ethics*. 2019;26(2):327-345. doi: 10.1177/0969733017712081.
8. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.
9. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: theory and applications. 5th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2021.
10. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
11. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2008;10(5):831-839. doi: 10.1590/S0124-00642008000500015.
12. Schutz TC, Lanes TC, Villagran CA, Bernardi CMS, Dalmolin GL. Fatores associados ao clima ético em ambiente hospitalar. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):e36910212577. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12577.
13. Militão JBS, Souto Maior JL, Silva LF, Barbosa SN, Machado MH, Gomes AMF, et al. A precarização jurídica das relações de trabalho como fator de sofrimento das(os) trabalhadoras(es) no setor da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet*. 2023;28(10):2797-2807. doi: 10.1590/1413-812320232810.10212023.
14. Tehranineshat B, Torabizadeh C, Bijani M. A study of the relationship between professional values and ethical climate and nurses' professional quality of life in Iran. *Int J Nurs Sci*. 2020;7(3):313-319. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.06.001.
15. Rivaz M, Asadi F, Mansouri P. Assessment of the relationship between nurses' perception of ethical climate and job burnout in intensive care units. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(3):e12. doi: 10.17533/udea.iee.v38n3e12.
16. Dziurka M, Ozdoba P, Olson L, Jedynek A, Ozga D, Jurek K, et al. Hospital ethical climate survey: selected psychometric properties of the scale and results among Polish nurses and midwives. *BMC Nurs*. 2022;21(1):295. doi: 10.1186/s12912-022-01067-x.
17. Pergert P, Bartholdson C, af Sandeberg M. The ethical climate in paediatric oncology: a national cross-sectional survey of health-care personnel. *Psychooncology*. 2019;28(4):735-741. doi: 10.1002/pon.5009.
18. Jiang W, Zhao X, Jiang J, Zhou Q, Yang J, Chen Y, et al. Hospital ethical climate associated with the professional quality

of life among nurses during the early stage of COVID-19 pandemic in Wuhan, China: a cross-sectional study. *Int J Nurs Sci*. 2021;8(3):310-317. doi: 10.1016/j.ijnss.2021.05.002.

19. Aloustani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Barkhordari-Sharifabad M, Skerrett V. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. *BMC Nurs*. 2020;19(1):15. doi: 10.1186/s12912-020-0408-1.
20. Mattar e Silva TW, Velloso ISC, Araújo MT, Fernandes ARK. Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20180629. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0629.
21. Jang Y, Oh Y. Impact of ethical factors on job satisfaction among Korean nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(4):1186-1198. doi: 10.1177/0969733017742959.
22. Santos JLG, Gobato BC, Menegon FHA, Moura LN, Camponogara S, Erdmann AL. Trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar: análise de características desfavoráveis. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:1395-1401. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9496.
23. Camargo SF, Almino RHSC, Diógenes MP, Oliveira Neto JP, Silva IDS, Medeiros LC, et al. Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. *Cien Saude Colet*. 2021;26(4):1467-1476. doi: 10.1590/1413-81232021264.02122019.
24. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210141. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141.
25. Barata RB. Programas de pós-graduação profissionais: por que precisamos deles? *International Journal of Business & Marketing*. 2020;5(2):30-34.
26. Fonseca BMC, Braga AMCB, Dias EC. Planejamento de intervenções em saúde do trabalhador no território: uma experiência participativa. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:e36. doi: 10.1590/2317-6369000015018.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores:

Concepção: RS. Investigação: RS. Metodologia: RS. Coleta de dados: RS, PPSL, CGD, AMS, RTM. Tratamento e análise de dados: RS, PPSL, CGD. Redação: RS, PPSL, CGD, AMS, RTM. Revisão: RS, PPSL. Aprovação da versão final: RS, PPSL, CGD, AMS, RTM. Supervisão: RS.

Financiamento

O estudo foi financiado pelo Edital Universal CNPq MCTIC/CNPq 2018.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o parecer número CAAE 45097621.0.0000.5344e parecer de aprovação número 4.651.254.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Ana Paula Ferreira Nunes.

Endereço para correspondência

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Avenida Unisinos, 950, Cristo Rei, São Leopoldo/RS, Brasil, CEP: 93022-154.