

Clima ético en el ambiente de trabajo de la atención primaria a la salud: un estudio transversal

Clima ético no ambiente de trabalho da atenção primária à saúde: um estudo transversal

Ethical climate in the primary healthcare setting: a cross-sectional study

Lenna Eloisa Madureira Pereira^I ; Grazielle de Lima Dalmolin^{II} ; Priscila Orlandi Barth^{II} ;
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer^{III} ; Flávia Regina Souza Ramos^{III} 

^IUniversidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil;

^{III}Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

RESUMEN

Objetivo: evaluar el clima ético en ambientes de trabajo de unidades básicas de salud de un municipio de la región amazónica y analizar su correlación con variables sociolaborales. **Método:** estudio transversal y correlacional realizado en trabajadores de siete unidades de salud, con una muestra de 170 participantes. Fueron utilizados un cuestionario sociolaboral y el Inventario de Clima Ético. **Resultados:** principios y reglas, benevolencia e individualismo fueron los factores presentes en el clima ético, en los ambientes de trabajo estudiados, en esta orden de relevancia; ellos se relacionaron de forma débil con el tiempo de formación y de forma regular con el tiempo de ausencia del trabajo. **Conclusión:** en el clima ético compartido prevalece la preocupación con el deber profesional y con la responsabilidad colectiva. El tiempo de experiencia profesional se relaciona positivamente con el sentido de la benevolencia y con principios y reglas que deben apoyar la actuación de los profesionales de la salud. **Descriptor:** Enfermería en Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Salud Laboral; Ética Institucional; Condiciones de Trabajo.

RESUMO

Objetivo: avaliar o clima ético em ambientes de trabalho de unidades básicas de saúde de um município da região amazônica e analisar sua correlação com variáveis socio laborais. **Método:** estudo transversal e correlacional realizado com trabalhadores de sete unidades de saúde, com amostra de 170 participantes. Foram utilizados um questionário sócio laboral e o Inventário de Clima Ético. **Resultados:** princípios e regras, benevolência e individualismo foram os fatores presentes no clima ético nos ambientes de trabalho estudados, nesta ordem de relevância; os quais se relacionaram de forma fraca com tempo de formação e de forma regular com tempo de afastamento. **Conclusão:** no clima ético compartilhado, prevalece a preocupação com o dever profissional e com a responsabilidade coletiva. O tempo de experiência profissional se relaciona positivamente com o sentido da benevolência e com princípios e regras que devem embasar a atuação dos profissionais de saúde. **Descritores:** Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador; Ética em Instituições de Saúde; Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the ethical climate in the work environments of primary healthcare units in a town in the Amazon region and analyze its correlation with socio-occupational variables. **Method:** this cross-sectional and correlational study was conducted with workers from seven healthcare units, with a sample of 170 participants. A socio-occupational questionnaire and the Brazilian version of the Ethical Climate Questionnaire were used. **Results:** principles and rules, benevolence, and individualism were identified as factors in the ethical climate of the work environments studied, in that order of relevance. A weak correlation was found with years since graduation, and a moderate correlation was found with sick leave. **Conclusion:** a concern for professional duty and collective responsibility prevails in the ethical climate described here. Professional experience is positively related to the value of benevolence and to the principles and rules that should guide the work of healthcare professionals. **Descriptors:** Public Health Nursing; Primary Health Care; Occupational Health; Ethics, Institutional; Working Conditions.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria a la salud (APS) es esencial para la eficaz atención de las necesidades de salud de la población; esta se presenta como un ambiente de trabajo con particularidades a ser consideradas¹. Para la atención y cuidado integral y longitudinal, la APS requiere una estructura y una actuación colaborativa de los equipos, en lo que se refiere a los elementos éticos transversales en el proceso de trabajo y en la atención prestada.

Estos ambientes de cuidado de la salud deberían tener condiciones mínimas favorables para la obtener calidad en la atención ofertada, lo que es preconizado por las directrices de la APS. Sin embargo, es común en estos ambientes sean retratados por diferentes precariedades. Una de las cuestiones más destacadas se refiere a la intensa exposición de los

El presente trabajo fue realizado con el apoyo de la Fundación Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.
Autora correspondiente: Lenna Eloisa Madureira Pereira. E-mail: lenna.madureira@gmail.com
Editora Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Mada Guimaraes de Araujo Faria

trabajadores a factores de riesgos biológicos, psicosociales, entre otros, y a la ausencia de equipamientos de protección individual (EPI)². Sin embargo, esta es apenas una parte del problema que envuelve el ambiente de trabajo.

La APS demanda que sus trabajadores actúen en equipos, ejerzan sus funciones en interacciones mutuas y respondan a las complejidades del trabajo en sus demandas relacionales y éticas. Dichas demandas pueden tornarse desgastantes para los trabajadores que hacen parte de un sistema de salud que sufre amenazas de desfinanciamiento, de la heterogeneidad en la calidad de formación profesional, de las desigualdades sociales, de las condiciones de trabajo y de la incapacidad de retención de los profesionales en los territorios³.

El Clima ético (CE) es un atributo del clima organizacional presente en los variados ambientes de trabajo; los estudios iniciales pertenecen en su mayoría al área corporativa y de administración. Se destacan teóricos como Victor y Cullen (1988) en la explicitación del constructo y de su relación con la satisfacción y calidad de vida del trabajador⁴. Conceptualmente es definido por la percepción y experiencias de los profesionales de salud sobre: los ambientes laborales, las prácticas de asistencia y los cuidados éticos. Como reflexión sobre el CE dentro del ambiente de trabajo, podemos decir que posibilita a los participantes obtener orientaciones de cómo proceder delante de los desafíos vividos dentro de una organización⁵⁻⁷.

A partir de los años 1990, el CE comenzó a ser estudiado en el ámbito de la salud: en ambientes hospitalarios y su asociación con el sufrimiento moral y psicológico, en la salud del trabajador, en la satisfacción en el trabajo, en la rotación y en daños de accidentes de trabajo; especialmente, en sectores estresantes como la UTI, el sector de urgencia/emergencia y la oncología. Eso llevó a pensar que el CE tiene gran importancia y significativo impacto en la calidad de vida del profesional^{8,9}.

En Brasil, es observado el crecimiento de estudios del CE en el campo de la salud; sin embargo, los estudios se concentran sobre ambientes hospitalarios en detrimento de estudios en el área de la atención primaria a la salud, que podrían ampliar el entendimiento sobre el contenido ético de las prácticas en esos ambientes. Existe un nítido vacío referente al análisis del CE en los ambientes de atención primaria, o inclusive sobre el entendimiento sobre esas experiencias.

La evaluación del CE puede ser usada como herramienta para disminuir el ausentismo y la rotación, aumentar la satisfacción, el desempeño y la adaptabilidad en el ambiente de trabajo¹⁰. Además de eso, apunta para aplicaciones vinculadas a la promoción del liderazgo ético, de la colaboración interprofesional por enfermeros y al enfrentamiento de situaciones de estrés moral relacionado al trabajo^{11,12}.

Delante de este contexto, este estudio tuvo como objetivos evaluar el clima ético en ambientes de trabajo de unidades básicas de salud (en un municipio de la región amazónica) y analizar su correlación con variables sociolaborales.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional, realizado en siete unidades de salud de la atención primaria localizadas en la ciudad de Ananindeua, en el estado de Pará. La recolección de datos se realizó por medio del llenado de un cuestionario *on-line* en el período de agosto de 2020 a marzo de 2021.

Se utilizó como instrumento, para la recolección de datos, el Inventario de Clima Ético (ICE), compuesto de 19 ítems, abarcando tres factores: benevolencia (BNV) con nueve ítems, principios y reglas, (PR) con seis ítems, e independencia e instrumentalismo (IND) con cuatro ítems, todos asociados a una escala de tipo Likert, con seis puntos, con extremos que van de 1 (completamente falsa) a 6 (completamente verdadera). El ICE es un instrumento traducido, adaptado y validado para el contexto de las organizaciones brasileñas⁵. Considerando que no era necesario realizar la validación, fue realizado apenas el ajuste en lo que se refiere a la identificación del escenario ("unidades de salud" en lugar de "organización" en el texto de los ítems); además fue obtenida la autorización de la primera autora para su uso. También fue utilizado un cuestionario para variables sociolaborales.

La muestra estuvo constituida de 170 trabajadores, concursados y/o contratados, actuantes en las unidades de salud, por un período mínimo de dos meses (criterio de inclusión) excepto servidores en vacaciones o licencia, vigías y residentes en el período (criterio de exclusión).

El cálculo del tamaño de la muestra de 169 participantes fue efectuado con base en una población finita de 444 trabajadores; el intervalo de confianza fue 95% y la margen de error de 5%. De los 214 trabajadores que fueron comunicados sobre la intención de la investigación, 44 se negaron a participar en el trascurso de la recolección, la que fue concluida con 170 participantes. El reclutamiento se valió de la publicidad presencial en las unidades y por vía del WhatsApp®. Los contactos fueron obtenidos por medio de la indicación de la administración de las unidades y de los propios trabajadores que fueron convidados a participar de la investigación. Por tratarse de datos digitales se protegió la identificación de los participantes; además se dio atención a todos los cuidados éticos asegurados en el TCLI, firmado por todos.

El análisis estadístico fue realizada con el *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versión 25¹³. Las variables categóricas fueron representadas por la frecuencia absoluta y relativa. La variable edad fue representada por la

media y desviación estándar; las demás variables cuantitativas fueron representadas por la mediana e intervalo intercuartil (mediana [P25; P75]) de acuerdo con la distribución verificada por el test de normalidad de Shapiro-Wilk.

Para comparar la media de los factores del ICE, entre las variables cualitativas estudiadas, fue realizado el test t para muestras independientes o el análisis de variancia (ANOVA). Cuando una de las categorías de las variables obtuvo tamaño (n) menor que 12 sujetos, las variables cuantitativas fueron comparadas con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Fue realizada la correlación de Spearman para verificar el grado de relación entre los factores del inventario de Clima Ético en las Organizaciones y las variables cuantitativas. Cuando fue significativa la intensidad de la correlación fue clasificada conforme: 0 a <0,3 = débil, $\geq 0,3$ a <0,6 = regular, $\geq 0,6$ a <0,9 = fuerte, e $\geq 0,9$ a 1,0 = muy fuerte¹⁴. El nivel de significación adoptado fue de 0,05. Los ítems relativos al riesgo de sesgo para cada dominio (sesgo de: randomización, desviaciones/efectos de las intervenciones, ausencia/pérdida de datos, mensuración y selección de resultados) fueron accedidos para confirmar el bajo riesgo de sesgo e ítems no aplicables al estudio. Especialmente, fueron tomados los cuidados de adecuación de los métodos estadísticos y consideración de la magnitud y significación de los datos en los procesos analíticos.

El protocolo de investigación atendió los aspectos éticos del Consejo Nacional de Salud, siendo apreciado y aprobado por los Comités de Ética de las instituciones participantes. Este informe fue guiado por las recomendaciones del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

RESULTADOS

Participaron del estudio 170 trabajadores de la salud, con edad media de 39($\pm 10,2$) años, mayoría de mujeres (n=133; 78,1%), con equilibrio entre sin (n=86) o con compañero (n=84), con hijos (n=111; 65,7%) y residentes en el municipio de estudio (n=128; 75,3%). En la época de ingreso en el servicio, 104 tenían la enseñanza media/técnica (61,2%), pero la progresión de la formación declarada fue de 41,8% (n=71), en el momento de la recolección, incluyendo 37 trabajadores con postgraduación (21,7%) y 120 con perfeccionamiento profesional (70,6%), siendo 52,8% de estos en la modalidad de capacitación en corto/medio tiempo (n=88). El tiempo desde la formación fue de 9($\pm 3,17$) años, el tiempo de actuación quedó en 7,5($\pm 4,15$) años.

Con relación al trabajo, 107 eran funcionarios concursados (62%) que poseían carga horaria de 8 horas diarias o 40 horas semanales; la mayoría no tenía vínculo con otros proveedores de empleos (n=109; 64,1%). En el período de 12 meses, correspondientes al año de 2020, 71,2% de los participantes permanecieron en sus puestos de trabajo; 28,8% se ausentaron de sus actividades laborales (n=49) debido, especialmente, a la ocurrencia de enfermedad causada por el coronavirus de tipo 2 – Covid-19 (n=33; 70,2%). La media de ausencia del trabajo fue de 18($\pm 14,30$) días.

En la Tabla 1 se presentan las medias de intensidad de cada ítem del Inventario de clima ético, atribuidas por los trabajadores de salud, por orden decreciente.

Tabla 1: Medias para la intensidad de cada ítem en el inventario de clima ético en orden decreciente (n=170). Ananindeua, PA, Brasil, 2021.

Factor	Ítem	media (DE)
PR	Se espera que las personas hagan siempre lo que es mejor para los clientes y el público.	5,37($\pm 1,52$)
PR	Se espera que las personas cumplan, sobre todo, las leyes y las normas profesionales.	5,14($\pm 1,37$)
PR	En este servicio, se espera que las personas sigan estrictamente las normas legales y profesionales.	5,13($\pm 1,06$)
BNV	Se espera que cada persona sea bien tratada cuando las decisiones son tomadas.	5,12($\pm 1,29$)
PR	Es muy importante seguir estrictamente las reglas y procedimientos de la unidad de salud.	5,12($\pm 1,30$)
PR	Se espera la adhesión de todas las personas a las normas y a los procedimientos organizacionales.	5,05($\pm 1,19$)
BNV	Las personas de esta unidad de salud tienen un fuerte sentido de responsabilidad delante de la comunidad exterior/externa.	4,90($\pm 1,24$)
PR	Las personas se preocupan activamente con los intereses de los clientes y del público.	4,87($\pm 0,97$)
BNV	En la unidad de salud, nuestra mayor preocupación se concentra en lo que es mejor para la otra persona.	4,69($\pm 0,98$)
BNV	En la unidad de salud, las personas se preocupan con el bienestar de cada uno de los otros.	4,47($\pm 1,09$)
BNV	Nuestra mayor preocupación es el bienestar de todos los que trabajan en esta unidad de salud.	4,37($\pm 1,11$)
BNV	Las personas de este servicio dan mucha importancia al espíritu de equipo.	4,22($\pm 1,05$)
BNV	La preocupación más importante del servicio es el bienestar de todas las personas que en ella trabajan.	4,21($\pm 0,88$)
BNV	La primera preocupación en esta unidad de salud es lo que es bueno para cada individuo.	4,18($\pm 0,94$)
BNV	Las personas se preocupan mucho con lo que es globalmente mejor para los servidores.	3,91($\pm 1,06$)
IND	En este servicio, las personas se guían por su propia ética personal.	3,77($\pm 1,58$)
IND	En este servicio, las personas protegen, sobre todo, sus propios intereses.	3,28($\pm 1,52$)
IND	En este servicio, cada persona, es por sí propia y decide lo que encuentra correcto e incorrecto.	2,63($\pm 1,61$)
IND	Lo que importa en este servicio es lo que cada persona considera correcto o equivocado.	2,48($\pm 1,61$)

Notas: BNV - benevolencia; PR - principios y reglas; IND - independencia e instrumentalismo; BNV - media de 4,45; PR - media de 5,11; IND - media de 3,04.

La media general del ICE fue de 4,15 y una puntuación total de 79 puntos (suma de los 19 ítems, cuyo valor máximo es 114). El ítem con la mayor media fue “se espera que las personas hagan siempre lo que es mejor para los clientes y el público” (5,37 [DE± 1,52]) del factor principios y reglas; en cuanto, el ítem de menor media fue “lo que importa en este servicio es lo que cada persona considera correcto o equivocado” (2,48±1,61) en el factor independencia e instrumentalismo; este factor tuvo sus cuatro ítems entre los menos puntuados. El factor principios y reglas se destaca entre los que tuvieron más alta relevancia (sus seis ítems están entre los ocho más puntuados).

La Tabla 2 presenta tres únicas correlaciones significativas entre los factores del Clima Ético en las Organizaciones y las variables cuantitativas estudiadas.

Tabla 2: Factores del Clima Ético en las Organizaciones y las variables cuantitativas estudiadas (n=170). Ananindeua, PA, Brasil, 2021.

Variables	Factor1 (BNV) r (p-valor)	Factor2 (PR) r (p-valor)	Factor3 (IND) r (p-valor)
Edad (n=167)	0,097 (0,214)	0,073 (0,349)	0,005 (0,948)
Tiempo de Formación en la área (n=170)	0,231 (0,002)	0,203 (0,008)	-0,039 (0,610)
Tiempo de actuación en la función (en años) (n=170)	0,142 (0,066)	0,053 (0,494)	0,027 (0,724)
Tiempo ausente (días) (n=34)	0,062 (0,729)	-0,076 (0,668)	0,340 (0,049)

Se destacan los años de formación con el factor 1 (benevolencia) (r=0,231; P=0,002) y factor 2 (principios y reglas) (r=0,203; P=0,008) clasificados como débiles, y el tiempo ausente con el Factor 3 (independencia) (r=0,340; P=0,049) clasificado como regular.

La Tabla 3 presenta los datos resultantes del análisis de correlación.

Tabla 3: Comparación de las medias de los factores con variable cualitativa que presentó correlación significativa (n=170). Ananindeua, PA, Brasil, 2021.

Residencia en Ananindeua	Factor 1		Factor 2		Factor 3	
	media (DE)	min - máx	media (DE)	min - máx	media (DE)	min - máx
No (n=42)	34,3(±4,5)	23,8 - 42,8	30,6(±4,1)	19,8 - 37,3	4,7(±2,8)	0,3 - 11,4
Si (n=128)	34,0(±6,2)	10,5 - 45,9	29,7(±5,3)	7,0 - 38,2	6,0(±3,2)	-0,4 - 12,3
p-valor	0,792		0,333		0,030	

Legenda: ¹Test t para muestras independientes; ²ANOVA.

La única correlación significativa con variable cualitativa entre el factor independencia e instrumentalismo (factor 3) y la variable de residencia en el municipio fue (P=0,030). Aquellos que respondieron residir en la ciudad tuvieron un puntaje medio mayor (diferencia de 1,3 puntos) cuando comparado con el puntaje medio de los que no residen en la ciudad.

DISCUSIÓN

Los tres factores del CE, principios y reglas, benevolencia e independencia/instrumentalismo, se mostraron en esta orden de importancia en la evaluación que los trabajadores hacen de sus ambientes de trabajo. Se presume que, al evaluar el clima ético, se indican las influencias que pesan sobre este clima, sus determinaciones o formas de expresión en aquel retrato temporal del trabajo y, por consecuencia, en la forma como este clima puede, potencialmente, repercutir en el cuidado, en la reflexión de los actos, en la autonomía del trabajador y en la satisfacción con su ambiente y trabajo.

En la ética organizacional, las cuestiones sobre los ambientes de actuación son relevantes y deben ser sometidas al análisis, tanto en el nivel micro (del individuo), intermediario (de las instituciones), como macro. Las dificultades pertinentes al ambiente, a los conflictos de gestión, a las situaciones internas, requieren calidad de juzgamiento y reflexión de los actores que hacen parte de ese ambiente¹⁵.

Las correlaciones del estudio quedaron entre los años de formación con el factor 1 (benevolencia) y 2 (principios y reglas). El primero indica que la mayor experiencia de actuación se refleja sobre la benevolencia como valor que da sentido al trabajo, sea buscando el bien de cada uno, de la comunidad como un todo y, también, de los que allí trabajan, reforzando el espíritu de equipo, la calidad de las interacciones y de los resultados producidos.

Eso puede ser atribuido a la existencia de una fuerte cultura organizacional, en la cual la buena convivencia y la responsabilidad están enraizadas. Esta interpretación no desconsidera prácticas discordantes y conflictivas en los servicios o problemas que, generalmente, fragilizan el clima ético en los ambientes de trabajo en salud, como comunicación

ineficiente o violencia en las relaciones de los usuarios con los trabajadores¹⁶. Al contrario, el clima ético revela como los trabajadores perciben que los problemas son enfrentados y no necesariamente la inexistencia de problemas¹⁷.

Por otro lado, la correlación del tiempo de formación con el factor 2 “principios y reglas” demuestra cómo los actos o decisiones del trabajador son determinadas por la experiencia de trabajo y por el fuerte papel del respeto al código deontológico y reglas acordadas. Se considera que la motivación y capacidad de entendimiento del desafío moral y de actuar de acuerdo con los objetivos profesionales, se refiere a la propia agencia moral, pero que esta requiere ambientes de apoyo¹⁸ y sucede en referencia a los estándares y estructuras éticas normativas de la profesión. O sea, los planes de acción que guían la acción moral también son apoyados en las normas y conductas profesionales preconizadas en las instituciones, para la estandarización de las buenas prácticas en salud^{4,15}. En esa interpretación, la mayor relevancia de los principios y reglas y su relación con la experiencia (ambos resultados evidenciados) no significa vacío o pérdida de la autodeterminación (agencia moral y autonomía), más bien significa las posibles influencias de la formación, del conocimiento ético-deontológico y del sentido de responsabilidad profesional en el interior del servicio.

La experiencia parece influenciar el valor dado a los principios y reglas que pautan el ejercicio profesional¹⁹, lo que puede estar relacionado al mayor tiempo para asimilar esas pautas éticas legales o inclusive experimentar consecuencias de situaciones en que las pautas son enfrentadas. La propia capacidad de percepción (sensibilidad moral) y de decisión, frente a las cuestiones éticas, son relatadas como influenciadas por la formación y por la experiencia, así como por vivencias de sufrimiento moral¹⁷.

Las relaciones con los usuarios, las estructuras organizacionales y la colaboración con los compañeros resumen gran parte de las cuestiones éticas vividas por enfermeras, que pueden ser transpuestas para otros profesionales del equipo. La complejidad de la práctica y de los problemas y preocupaciones éticas experimentadas se revelan por el esfuerzo por equilibrar daño y cuidado, sobrecarga y calidad o, además, actuar en medio al desacuerdo, entre valores profesionales, estandarizaciones y reglas organizacionales²⁰.

De hecho, la interpretación del modo como la experiencia, la sensibilidad moral y el uso de elementos apoyadores de la deliberación moral se asocian a la angustia moral ya fue relatada. Una mayor angustia, con mayor sensibilidad y empeño para solucionar conflictos, amplían la importancia atribuida a la experiencia profesional, al Código de Ética/Ley del Ejercicio profesional y a los principios éticos y bioéticos¹⁷.

En fin, también para los profesionales estudiados se muestra la importancia de los fundamentos éticos y deontológicos (factor principios y reglas) para conformar el clima ético, lo que confirma el menor papel del factor 3 (independencia e instrumentalismo), en el cual prevalecen intereses, valores y juicios estrictamente individuales.

A pesar del peso del factor 1, hay que ponderar la importancia de la autonomía profesional y agencia moral, no como opositora, pero como aliada de compromisos éticos. La autonomía es fundamental para transformar la asistencia, respetar la singularidad del cuidado y promover un ambiente de acogimiento²¹, más allá de la mera obediencia a las pautas organizacionales. Además de eso, la agencia moral no debe llevar en consideración apenas los valores de los profesionales, más bien dar centralidad a los valores del usuario para moldar las obligaciones de los primeros²². Las autoras tratan de los enfermeros y sus pacientes, lo que puede ser aplicado al equipo de salud en general.

El desarrollo del CE fundado en la obediencia a las reglas puede tener matices negativos, si asociado a límites de autonomía en la solución de los desafíos morales en las decisiones cotidianas²³ lo que puede desencadenar sufrimiento moral y grados de depresión, ansiedad y estrés, con aumento del riesgo de causar enfermedad entre trabajadores de la atención primaria²⁴.

Por otro lado, la introyección de principios y reglas puede ser positiva, ya que los trabajadores de la salud asumen valores que convergen con los códigos y reglas formulados por la profesión, que ya son expresión de una autonomía grupal. Las identidades profesionales requieren comunidades morales interprofesionales que apoyan y promueven la agencia moral y la integridad de sus miembros; lo que se hace de modo relacional y en espacios seguros, que invierten en el bienestar y creación conjunta de los ambientes saludables y de la práctica ética²⁵. Lo que se quiere destacar es la importancia de una interpretación más unitaria de esas dos correlaciones, por una coherencia entre ellas – el tiempo de formación impacta la importancia de estos dos factores en la evaluación del clima ético porque principios integran identidades. Cuando estas identidades asumen valores, como la benevolencia, eso se sucede no por mera obediencia, pero también por inserción en comunidades morales y por ejercicio de la deliberación.

Sobre la tercera asociación, el tiempo de ausencia del trabajo con el factor 3 (independencia), es posible que las decisiones basadas en lo que los profesionales “prefieren para sí” sean explicadas como consecuencias de condiciones deficientes de trabajo. Ambientes de trabajo insalubres, exceso de trabajo durante el período pandémico (lo que ocurrió en el escenario estudiado), llevó a los trabajadores al agotamiento físico, mental, psicológico y, consecuentemente, a ausentarse del trabajo en el ambiente laboral²⁶. También valores, normas y conocimientos fueron colocados en jaque exigiendo del trabajador a aceptar intensas modificaciones del ambiente y de las conductas, frente a la falta de seguridad de las condiciones y de las bases técnicas del trabajo²⁷.

Ambientes de laborales que no ofrecen al trabajador buenas condiciones de trabajo, soporte y protección, pueden motivar posiciones más individualistas y de autopreservación; lo que sucede cuando frustraciones e inseguridades pueden sobrepasar los intereses colectivos.

Sentimientos de fragilidad en el quehacer profesional, de riesgo de contaminación, de fallas en la seguridad, de precarización del trabajo y de falta de apoyo emocional, intensificaron las dificultades experimentadas antes de la Pandemia²⁸. La inseguridad y miedo pueden ser transformadores, sentimientos que son afectados por la experiencia, en la cual los sentidos contradictorios como de proximidad, ausencia del trabajo, responsabilidad profesional y compromiso familiar, deben ser integrados²⁹.

En la salud pública o en cualquier ámbito institucional, la expresión del individualismo surtirá determinado efecto dependiendo de las características objetivas del ambiente (el ambiente físico, la gestión, la dimensión organizacional) y de la interacción entre individuos (las relaciones socio afectivas y psicosociales). Sobre las condiciones del trabajo repercutirán influencias del contexto externo y organizacional, inclusive por el mutuo intercambio cultural (individuos, organizaciones y comunidades) de valores, de altruismo, de expectativas y exigencias sobre los sujetos, así como en la motivación y satisfacción de los trabajadores³⁰.

El ambiente de trabajo precario produce situaciones de abandono de empleo, función, rotación, deserción, ausentismo y descontentamiento. Esas situaciones son consecuencias de ambientes ausentes de intervenciones en el clima ético, que a su vez influencia negativamente la calidad de vida de los profesionales^{8,31}.

La cuarta y última asociación mostró la relación entre una variable “residir en el municipio” y la valorización del individualismo, que obtuvo medias bajas si comparadas a los otros factores ya mencionados. Particularmente, existe en esta situación una tendencia alta de los profesionales de guiarse por la propia ética personal. El entendimiento de esta asociación es de difícil interpretación, apenas con los datos de esa investigación, tampoco se puede afirmar que ese individualismo se relaciona con sentidos negativos o egocéntricos (creencia personal en el individualismo), o de sentidos críticos y basados en la confianza sobre el propio conocimiento de la realidad (crítica al individualismo que se observa en el ambiente). Esta última posibilidad parece más coherente con el hecho de residir en el local y, por consecuencia, aspirar a climas éticos más desarrollados.

Por otro lado, para entender cuáles son los factores pueden actuar sobre esa correlación, a punto de influenciar el clima ético, en el ambiente de trabajo, es posible sugerir que otros factores externos también pueden tener conexiones; por ejemplo: el hecho de que la habitabilidad cada vez se integra más a las vivencias de las personas como ítem primordial, mejorando la salud y calidad de vida³², minimizando problemas de tráfico en las metrópolis y de la distribución desigual de renta, que aleja a los trabajadores para áreas periféricas.

Una contribución de la investigación fue la identificación de factores del CE que inciden directamente en el ambiente de trabajo, apuntando desafíos para la gestión de los ambientes de trabajo, integrando intervenciones por parte del equipo, de la coordinación local, de la gestión municipal responsable y con la colaboración de los trabajadores. Cuando la organización es regida por un clima ético favorable, la manifestación de la ciudadanía de sus trabajadores será mayor^{11,33}.

Limitaciones del estudio

Por ser un estudio transversal, la evaluación realizada pudo haber sido influenciada por la situación conflictiva y por la crisis en el contexto pandémico. Además de eso, el potencial de generalización puede ser limitado por la localidad del recorte de la muestra.

CONCLUSIÓN

El estudio confirmó que el CE puede ser evaluado, en ambientes de atención primaria, de modo a revelar una percepción compartida de que, a veces, difiere de las percepciones individuales. En síntesis, prevalece el deber sobre cualquier preocupación, seguido de una fuerte noción de responsabilidad colectiva.

Las correlaciones mostraron ambientes fuertemente alineados con los principios y reglas, como base de la actuación de los profesionales de la salud, en la benevolencia como requisito esencial en la calidad de atención al cuidado y en la influencia del individualismo en menor escala; sin embargo, esto ocurre en situaciones de ausencia del trabajo y cuando el trabajador reside en el municipio.

La utilización del ICE en el contexto de la AP mostró resultados inéditos para ese contexto y permite recomendar realizar nuevos estudios en otros escenarios de atención primaria a la salud o con combinación de otros instrumentos. Si comparado con otros ambientes de trabajo, a pesar de que el clima ético se articule en torno de los tres factores, está fuertemente sedimentado por principios y reglas. Además de eso, se vuelve inestable debido a factores externos, como condiciones de trabajo inadecuadas, situaciones de crisis en el sistema, daños y enfermedades de los trabajadores. Estos resultados podrán ser explorados analizando los ambientes favorables al cuidado, fomentando políticas más efectivas de atención a la salud del trabajador y de la trabajadora.

REFERENCIAS

1. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Challenges for Primary Health Care in Brazil: an analysis on the labor of community health workers during a COVID-19 pandemic. *Trab. educ. saúde*. 2021 [cited 2021 Aug 06]; 19:e00321153. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.
2. Pereira LEM, Ramos FRS, Brehmer LCF, Diaz PS. Healthy work environment in primary health care: integrative literature review. *Rev. baiana enferm*. 2022 [cited 2023 Jun 19]; 36:38084. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.38084>.
3. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 [cited 2023 Jun 18]; 44:e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
4. Almeida JG, Porto JB. Ethical climate index: evidence of validity of the Brazilian version. *Human and Social Management*. 2019 [cited 2022 Dec 18]; 20(3):eRAMG190030. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190030>.
5. Ribeiro PECD, Porto JB, Puente-Palacios K, Resende MM. Ethical Climate within Organizations: Validity Evidence of a Measure's Scale. *Temas psicol*. 2016 [cited 2022 Dec 18]; 24(2):415-25. DOI: <http://doi.org/10.9788/TP2016.2-02>.
6. Dalmolin GL, Lanes TC, Bernardi CMS, Ramos FRS. Conceptual framework for the ethical climate in health professionals. *Nurs Ethics*. 2022 [cited 2023 Jun 19]; 29(5):1174-85. DOI: <http://doi.org/10.1177/09697330221075741>.
7. Lanes TC, Dalmolin GL, Silva AM, Ramos FRS, Olson LL. Cross-cultural adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. *J Nurs Meas*. 2022 [cited 2023 Jun 19]; 31(2):148-62. DOI: <http://doi.org/10.1891/JNM-2021-0036>.
8. Van den Bulcke B, Metaxa V, Reyners AK, Rusinova K, Jensen HI, Malmgren J, et al. Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. *Intensive Care Med*. 2020 [cited 2023 Jun 18]; 46(1):46-56. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05829-1>.
9. Tei-Tominaga M, Nakanish M. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. *Environ Health Prev Med*. 2020 [cited 2023 Jun 18]; 25:24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00863-8>.
10. Dalmolin GL, Lanes TC, Facin MB, Schutz TC, Andolhe R, Ramos FRS. Estratégias para promoção do clima ético positivo sob a perspectiva de enfermeiros hospitalares. *Rev. enferm. UERJ*. 2023 [cited 2024 Mar 23]; 31(1):e71003. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.71003>.
11. 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 [cited 2022 Dec 18]; 19:15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0408-1>.
12. 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 [cited 2023 Jun 18]; 7(3):313-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.001>.
13. IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
14. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed; 2005.
15. Paraizo CB, Bégin L. Organizational Ethics in Health Settings. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [cited 2021 Dec 13]; 25(1):251-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>.
16. Ventura PFEV, Silva DM, Alves M. Organizational culture in nursing work: influences in adherence to quality and safety practices. *REME - Rev Min Enferm*. 2020 [cited 2021 Dec 10]; 24:e-1330. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200067>.
17. Ramos FRS, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Silveira LR, Schneider DG, Vargas MAO. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020 [cited 2023 Jan 09]; 28:e3332. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>.
18. Robichaux C, Grace P, Bartlett J, Stokes F, Saulo Lewis M, Turner M. Ethics education for nurses: foundations for an integrated curriculum. *J Nurs Educ*. 2022 [cited 2023 Jun 19]; 61(3):123-30. DOI: <http://doi.org/10.3928/01484834-20220109-02>.
19. Okumoto A, Yoneyama S, Miyata C, Kinoshita A. The relationship between hospital ethical climate and continuing education in nursing ethics. *PLoS One*. 2022 [cited 2023 Jun 19]; 17(7):e0269034. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0269034>.
20. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: a review. *Nursing ethics*. 2020 [cited 2023 Jun 19]; 27(1):258-72. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>.
21. Enzweiler FC, Warmling CM, Pires FS. O acolhimento e o trabalho de enfermeiros na estratégia de Saúde da família: práticas de cuidado. *Saberes Plurais*. 2020 [cited 2023 Jun 19]; 4(2):129-32. DOI: <http://doi.org/10.54909/sp.v4i2.109879>.
22. Morley G, Sankary LR. Re-examining the relationship between moral distress and moral agency in nursing. *Nurs Philos*. 2023 [cited 2023 Jun 19]; 25(1):e12419. DOI: <https://doi.org/10.1111/nup.12419>.
23. Schutz TC, Lanes TC, Villagran CA, Bernardi CMS, Dalmolin GL. Fatores associados ao clima ético em ambiente hospitalar. *Rsd*. 2021 [cited 2023 Mar 22]; 10(2):e36910212577. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12577>.
24. Silva-Costa A, Griep RH, Rotenberg L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2022 [cited 2023 Mar 23]; 38(3):e00198321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198321>.
25. Hughes MT, Rushton CH. Ethics and Well-Being: The health professions and the COVID-19 pandemic. *Acad Med*. 2022 [cited 2023 Dec 23]; 7(3S):S98-103. DOI: <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004524>.
26. Lima E. Estudo aponta trabalhadores da saúde mais expostos à Covid-19. Portal Fiocruz: 2022 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-trabalhadores-da-saude-mais-expostos-covid-19>.
27. Monteiro WF, Ferreira DS, Lima KJV, Tavares IC, Ramos FRS. The organization of healthcare work in the light of ergology: experiences in the COVID-19 pandemic. *Rev Esc Enferm USP*. 2023 [cited 2023 Mar 23]; 57:e20220261. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0261en>.

28. Queiroz AM, Sousa AR, Moreira WC, Nóbrega MPSS, Santos MB, Barbosa LJ, et al. The novel COVID-19: impacts on nursing professionals' mental health? *Acta Paul Enferm.* 2021 [cited 2023 Jun 19]; 34:eAPE02523. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02523>.
29. Ramos FRS, Silva DMGV, Lima KJV, Monteiro WF, Sachett JAG, Monteiro W. Path of fear: experiences of health professionals in the fight against COVID-19. *Nurs Inq.* 2023 [cited 2023 Jun 19]; 30(4):e12578. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12578>.
30. Antonietti L, Esandi ME, Duré I, Cho M, Ortiz Z. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales *Rev Panam Salud Publica.* 2020 [cited 2022 Dec 18]; 44:e111. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.111>.
31. Fradelos EC, Alikari V, Tsaras K, Papathanasiou I, Tzavella F, Papagiannis D, et al. Assessment of psychological distress in end stage renal disease: is it spirituality related? *Med Pharm Rep.* 2021 [cited 2022 Dec 18]; 94(1):79-87. DOI: <http://doi.org/10.15386/mpr-1623>.
32. Marques, V. Cinco grandes motivos para viver perto do trabalho. *Rede Jornal Contábil.* 2020 [cited 2022 Dec 18]. Available from: <https://www.jornalcontabil.com.br/5-grandes-motivos-para-viver-perto-do-trabalho/>.
33. Jiang W, Zhao X, Jiang J, Zhang H, Sun S, Li X. The association between perceived hospital ethical climate and self-evaluated care quality for COVID-19 patients: the mediating role of ethical sensitivity among Chinese anti-pandemic nurses. *BMC Med Ethics.* 2021 [cited 2022 Dec 18]; 22(1):144. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00713-4>.

Contribuciones de los autores

Concepción, L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; metodología, L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; software, L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; validación, L.E.M.P., L.C.F.B., F.R.S.R. y G.L.D.; análisis formal, L.E.M.P., L.C.F.B., F.R.S.R., G.L.D. y P.O.B; investigación: L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; obtención de recursos, L.E.M.P., L.C.F.B., F.R.S.R. y G.L.D.; curaduría de datos, L.E.M.P., L.C.F.B., F.R.S.R. y G.L.D.; redacción – original preparación de borradores, L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; revisión y edición, L.E.M.P., L.C.F.B., F.R.S.R., G.L.D. y P.O.B; visualización, L.E.M.P. y F.R.S.R.; supervisión, L.E.M.P. y F.R.S.R.; administración del proyecto, L.E.M.P., L.C.F.B. y F.R.S.R.; adquisición de financiación, L.E.M.P. y F.R.S.R. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.