

Artigo Original

Quadros DV, Magalhães AMM, Trevilato DD, Carnevale F, Kuchenbecker RS.
Riscos que adoecem, vozes que alertam: estratégias das lideranças no suporte aos
trabalhadores da saúde.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250143.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250143.pt>

Riscos que adoecem, vozes que alertam: estratégias das lideranças no suporte aos trabalhadores da saúde

Risks that cause illness, voices that warn: leadership strategies in supporting healthcare
workers

Riesgos que causan enfermedades, voces que alertan: estrategias de liderazgo para apoyar al
personal sanitario

Deise Vacario de Quadros^a <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>

Ana Maria Müller de Magalhães^b <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Denilse Damasceno Trevilato^c <https://orcid.org/0000-0003-4050-568X>

Franco Carnevale^d <https://orcid.org/0000-0001-7255-9979>

Ricardo de Souza Kuchenbecker^b <https://orcid.org/0000-0002-4707-3683>

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^c Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^d McGill University, Montreal, Quebec, Canadá

Como citar este artigo:

Quadros DV, Magalhães AMM, Trevilato DD, Carnevale F, Kuchenbecker RS. Riscos
que adoecem, vozes que alertam: estratégias das lideranças no suporte aos trabalhadores da
saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250143. [https://doi.org/10.1590/1983-
1447.2026.20250143.pt](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250143.pt)

RESUMO

Objetivo: identificar os dificultadores do processo de trabalho e as estratégias utilizadas pelas
lideranças no suporte aos trabalhadores da saúde envolvidos em incidentes com riscos
psicossociais.

Método: estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado entre janeiro de 2023 e
setembro de 2024, com dez lideranças em um hospital universitário no Sul do Brasil. Os dados
foram coletados através dos registros dos serviços médico-ocupacional e de Psicologia, da área

de recursos humanos, bem como no *software* de gestão estratégica e operacional da instituição, além de entrevistas semiestruturadas, submetidas à Análise de Conteúdo Temática.

Resultados: foram identificados 23 incidentes psicossociais com repercussões para os trabalhadores. A partir das entrevistas emergiram duas categorias: Acolhimento do trabalhador, com foco nos desafios e estratégias para sua efetivação e Gestão participativa, voltada à construção de ambientes que promovam o envolvimento e a corresponsabilidade dos trabalhadores.

Considerações finais: os principais fatores que interferem no processo de trabalho limitam o apoio efetivo aos trabalhadores da saúde após incidentes envolvendo riscos psicossociais. As estratégias adotadas pelas lideranças, embora existentes, requerem aprimoramento e maior sistematização para assegurar um suporte psicossocial adequado, favorecendo a promoção da saúde e da segurança da equipe.

Descritores: Sistema único de saúde; Saúde ocupacional; Ambiente de trabalho; Liderança; Trabalhadores da saúde

ABSTRACT

Objective: to identify the obstacles in the work process and the strategies used by leaders in supporting healthcare workers involved in incidents related to psychosocial risks.

Method: an exploratory, descriptive, and qualitative study conducted between January 2023 and September 2024, with ten leaders at a university hospital in southern Brazil. Data were collected from records of the occupational health and psychology services, the human resources department, the institution's strategic operational management software, as well as from semi-structured interviews, which were subjected to Thematic Content Analysis.

Results: twenty-three psychosocial incidents with repercussions for workers were identified. Two categories emerged from the interviews: Worker support; focusing on the challenges and strategies for its effective implementation, and Participatory management, aimed at building environments that promote worker's involvement and shared responsibility.

Final considerations: the main factors that interfere with the effective support to healthcare workers following incidents involving psychosocial risks. The strategies adopted by leadership, although present, require improvement and greater systematization to ensure adequate psychosocial support, favoring the promotion of the team's health and safety.

Descriptors: Unified health system; Occupational health; Working conditions; Leadership; Health personnel

RESUMEN

Objetivo: identificar los obstáculos en el proceso laboral y las estrategias utilizadas por los líderes para apoyar al personal sanitario involucrado en incidentes con riesgos psicossociales.

Método: se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo entre enero de 2023 y septiembre de 2024 con diez líderes de un hospital universitario en el sur de Brasil. Los datos se recopilaban a través de registros de los servicios de medicina y psicología del trabajo, el área de recursos humanos y el software de gestión estratégica y operativa de la institución, además de entrevistas semiestructuradas, las cuales se sometieron a un Análisis de Contenido Temático.

Resultados: se identificaron veintitrés incidentes psicossociales con repercusiones para los trabajadores. De las entrevistas surgieron las siguientes categorías: Acogida del Empleado, centrada en los retos y las estrategias para su implementación, y Gestión Participativa, orientada a la creación de entornos que promuevan la participación y la corresponsabilidad del personal.

Consideraciones finales: los principales factores que interfieren con el apoyo efectivo a los trabajadores de la salud tras incidentes que implican riesgos psicossociales. Las estrategias

adoptadas por la dirección, si bien existen, requieren mejoras, y una mayor sistematización para garantizar un apoyo psicosocial adecuado, favoreciendo la promoción de la salud y la seguridad del equipo.

Descriptores: Sistema único de salud; Salud laboral; Condiciones de trabajo; Liderazgo; Personal de salud

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, iniciado nos anos 1970, culminou no reconhecimento da saúde como um direito social na Constituição de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que completa 35 anos em 2025^(1,2). Dentre os objetivos do SUS está a identificação dos determinantes e condicionantes de saúde, especialmente daqueles que dizem respeito à alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, transporte e lazer, desvelando a organização social e econômica do país^(3,4). Isso pode repercutir nos trabalhadores, ao assumirem o protagonismo no campo da saúde, quando inseridos na linha de frente no ambiente laboral.

A saúde do trabalhador no SUS foi concebida a partir da articulação entre ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, além de ações de planejamento e avaliação articuladas às práticas de saúde, integrando o conhecimento técnico aos saberes dos trabalhadores⁽⁵⁾. Alinhada à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH) – HumanizaSUS. Diante das dimensões continentais do Brasil e das desigualdades socioeconômicas, identifica-se a necessidade de ampliar o processo de corresponsabilização entre os trabalhadores, lideranças e usuários dos serviços de saúde na gestão e no cuidado em saúde. Além disso, modelos de gestão centralizados e verticais acabam desapropriando o trabalhador do seu próprio processo de trabalho, evidenciando o despreparo das lideranças e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde pressupõe, conforme demonstrado em avaliações do SUS^(3,6).

A Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) atualizada pela Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 344, de 21 de março de 2024, traz diretrizes sobre a necessidade de as empresas de identificarem e gerenciarem os riscos psicossociais como parte dos riscos ocupacionais no ambiente laboral. A NR-1 determina que todas as empresas devem adotar medidas de prevenção e oferecer suporte adequado à saúde mental de seus trabalhadores, abrangendo todas as atividades laborativas no território brasileiro⁽⁷⁾.

Os riscos psicossociais referem-se à forma como o trabalho é designado, organizado e administrado, tanto no contexto econômico quanto social,⁽⁸⁾ podendo causar o adoecimento do trabalhador, seja física ou psiquicamente. As repercussões psicossociais podem comprometer o bem-estar dos trabalhadores; por isso, o cuidado construído a partir do vínculo pode mitigar o sofrimento psíquico vivenciado em situações traumáticas por aqueles que as experienciam⁽⁹⁾.

Dentre os riscos a serem contemplados, a NR-1 considera: a pressão por resultados, carga excessiva de trabalho, o ambiente hostil, a falta de apoio da liderança, o desequilíbrio entre a vida profissional e pessoal, a falta de reconhecimento e/ou valorização; a ausência de apoio psicológico, as constantes mudanças organizacionais e as ambiguidades nas atribuições e delegações de funções para o exercício do trabalho. Para prevenir esses riscos, as empresas devem mapear as fragilidades, desenvolver planos de ação e monitorar continuamente o bem-estar dos trabalhadores,⁽⁷⁾ promovendo um ambiente mais saudável e seguro.

Nesse cenário, o líder emerge como um elemento fundamental, exercendo um papel estratégico na identificação, prevenção e mitigação dos riscos psicossociais, por meio de um suporte efetivo e da construção de um ambiente de trabalho resiliente e acolhedor⁽¹⁰⁾. O suporte estruturado e precoce ao bem-estar favorece que os trabalhadores enfrentem melhor as adversidades, cabendo às lideranças fomentar um ambiente saudável que promova qualidade assistencial e reduza os riscos psicossociais^(10,11). A promoção de ações coletivas pautadas no aprendizado compartilhado, na tomada de decisão conjunta e em iniciativas colaborativas entre lideranças e trabalhadores possibilita resultados organizacionais mais satisfatórios promovendo relações de confiança^(12,13).

Desse modo, a questão de pesquisa que motivou este artigo foi: Quais são os dificultadores do processo de trabalho e como as lideranças atuam na construção de estratégias que envolvem os trabalhadores na discussão de temas transversais, visando à redução dos riscos psicossociais no cuidado em saúde? Assim, o estudo buscou identificar os dificultadores do processo de trabalho e as estratégias utilizadas pelas lideranças no suporte aos trabalhadores da saúde envolvidos em incidentes com riscos psicossociais.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. O relatório do estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário de grande porte, referência para alta complexidade, localizado no sul do Brasil, com atendimento majoritário aos pacientes do

SUS. Desde 2005, a instituição promove ações alinhadas aos princípios e práticas propostas pela PNH. O hospital priorizou dispositivos como o acolhimento na rotina assistencial, buscando oferecer atendimento qualificado e humanizado a todos os usuários. Na instituição, a PNH foi implementada por meio de estratégias como a criação de redes de contato e acolhimento, o que contribui para a qualificação da atenção e a melhoria das relações no ambiente hospitalar.

Na etapa documental foram coletados os dados referentes às notificações realizadas pelos serviços ocupacional, médico e de psicologia, na área de recursos humanos, bem como no *software* de gestão estratégica e operacional da instituição, no período de dezembro de 2021 a dezembro de 2023. O acesso foi realizado pelo pesquisador principal, e foram elegíveis todos os incidentes em que se caracterizava da presença das situações vulnerabilidades com provável repercussão psicossocial sobre os trabalhadores e, portanto, com potencial para causar adoecimento, seja do ponto de vista físico e/ou psicológico.

Os incidentes elegíveis dizem respeito a: i) existência de risco de autoagressão e/ou heteroagressão por parte do trabalhador (intenção de causar dano a si mesmo e/ou a outra pessoa); ii) risco real ou potencial de dano à imagem do profissional(is) envolvido(s), equipe, unidade, serviço ou institucional; iii) situação de violência ocupacional, compreendida como violência física e psicológica - esta última representada por manifestações de agressão verbal, assédio moral, assédio sexual, discriminação e ameaças; iv) situação de violência familiar; v) condição passível de ser caracterizada como de supressão ou desvio da finalidade do uso de substâncias psicoativas; vi) condição passível de ser caracterizada como uso indevido de substâncias psicoativas; vii) existência de comorbidades apresentadas pelo profissional de saúde envolvido, que demandem cuidado crônico provido pela instituição ou para além desta.

A amostra foi composta por 10 lideranças que desempenham atividades assistenciais e administrativas, além de profissionais de áreas de apoio do serviço de recursos humanos e serviço ocupacional. As áreas de atuação dos participantes foram: Serviço de Processamento de Roupas (1), Serviço Social (1), Serviços de Enfermagem (2), Serviços Administrativos e Ocupacionais (4) e Serviço de Desenvolvimento de Pessoal (2). A amostragem foi intencional e por conveniência, buscando abranger lideranças representativas de diferentes categorias profissionais.

O convite às lideranças foi realizado presencialmente pela pesquisadora correspondente, com o objetivo de discutir em profundidade a temática do suporte psicossocial aos trabalhadores. A abordagem ocorreu durante a realização de uma oficina de trabalho que discutia o suporte ao trabalhador frente a incidentes de segurança. Um participante recusou o

convite por motivos pessoais. Foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: Como você identifica a repercussão de ocorrências aos trabalhadores da instituição/área que atua? O que você identifica no processo de trabalho que dificulta a aproximação entre lideranças e trabalhadores? Quais estratégias você utiliza para lidar com as adversidades diárias? Quais os investimentos institucionais que você identifica que ainda precisam ser contemplados para promover o acolhimento dos trabalhadores?

Durante a oficina foram apresentados os dados institucionais de incidentes psicossociais com os trabalhadores, identificados por meio de registros no sistema informatizado de gestão estratégica e operacional. Também foram apresentados os registros das áreas de suporte às lideranças, com a finalidade de contribuir como disparadores do processo de discussão.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2023 e setembro de 2024, durante o turno de trabalho, com duração de 60 minutos, sendo gravada em áudio e vídeo, e, posteriormente, transcrita. Foram considerados critérios de exclusão os líderes que estavam em gozo de férias ou licenças por quaisquer razões. Também foram elaboradas notas de campo.

A semelhança dos conteúdos das entrevistas foi observada entre dois participantes vinculados ao mesmo serviço. Essa repetição reflete a convergência das experiências vividas pelos participantes e contribui para a consistência e a profundidade da análise. A coleta de dados foi encerrada com base no critério de saturação, quando se constatou a ausência de novos elementos relevantes para o aprofundamento da temática. A análise concomitante à coleta permitiu identificar o ponto em que os dados se tornaram suficientes para responder aos objetivos do estudo.

O roteiro da entrevista foi elaborado com base na experiência dos pesquisadores e na literatura⁽¹⁴⁾. A condução realizada pela pesquisadora correspondente, enfermeira, aluna de doutorado, com experiência nesse método de entrevista, sob supervisão de seu coorientador. Periodicamente, reuniões eram realizadas com a equipe de pesquisa, a qual já possuía vínculo de trabalho prévio. Os participantes tinham ciência de que o estudo fazia parte da tese de doutorado da pesquisadora correspondente.

As informações obtidas das entrevistas foram organizadas e interpretadas com base na Análise de Conteúdo Temática⁽¹⁵⁾. Na etapa de pré-análise foi realizada a leitura flutuante dos dados, com o primeiro contato com o texto, a fim de captar o conteúdo genérico manifestado pelos participantes; em seguida procedeu-se à exploração do material, com o desmembramento do texto em unidades de registro e codificação, que posteriormente foram agrupadas e reagrupadas em categorias. Os resultados obtidos foram interpretados, por meio de inferências e análises dos significados dos registros, aprimorando a categorização inicial, o que possibilitou

a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes, permitindo responder ao objetivo do estudo.

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de projeto vinculado a uma investigação previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição na qual o estudo foi realizado sob Parecer nº 5.799.458, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 64912122.20000.532. Para a utilização das bases de dados do hospital foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais e, aos participantes da entrevista, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação das lideranças no estudo ocorreu de forma voluntária, sendo garantida a não interferência sobre o vínculo empregatício e as relações de trabalho. A fim de manter o anonimato dos participantes, as falas das lideranças foram designadas de forma alfanumérica, de acordo com a sequência das entrevistas, codificadas por Liderança-Chave (LC) e Trabalhador-Chave (TC), seguidas da ordem em que ocorreram.

RESULTADOS

A partir dos incidentes registrados, foram identificadas sete ocorrências de violência de natureza física, psicológica e moral, as quais foram relatadas pelas lideranças como decorrentes da complexidade assistencial, de fatores gerenciais, e da fragilidade das relações vinculares entre a liderança e o trabalhador. Além disso, os fatores geracionais, bem como questões pessoais e sociais, também foram mencionados como aspectos intervenientes no processo laboral. Esses fatores podem deflagrar situações de violência física e moral no ambiente de trabalho, tanto entre os próprios trabalhadores quanto entre eles e suas lideranças, demandando ações institucionais nos níveis local e sistêmico.

A partir das entrevistas semiestruturadas com as LC assistenciais, administrativas e trabalhadores-chave (TC) das áreas de apoio às lideranças, emergiram (Figura 1) as seguintes categorias: “Acolhimento do trabalhador”, com as subcategorias: i) Desafios diários; ii) Estratégias para mitigar as repercussões psicossociais e “Gestão participativa”, com as subcategorias: iii) Envolvimento do trabalhador com as atividades laborais; iv) Oportunidades organizacionais.

Figura 1 - Categorias e subcategorias que emergiram da percepção dos participantes. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024



O Quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias temáticas identificadas por meio da análise qualitativa. Os excertos a seguir, extraídos das falas dos participantes, ilustram cada uma das categorias e subcategorias, aprofundando a compreensão sobre a percepção dos desafios e das estratégias relacionadas aos incidentes no ambiente de trabalho, bem como ao suporte oferecido pela liderança.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias com excertos ilustrativos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Acolhimento do trabalhador

	<i>É a dimensão, a complexidade, essas bordas [limites], essas fronteiras do que é saúde mental, do que é gestão [dos processos de trabalho e das dimensões dos trabalhadores envolvidos], do que é adoecimento, do que é uma psicopatologia prévia [da condição do indivíduo], e como direcionar isso é sempre muito nebuloso - sempre foi nebuloso -, mas tem muitos discursos que atravessam isso, e cabe a gente fazer essa ponte institucional [no sentido de integrar recursos necessários ao apoio psicossocial]. (TC1)</i> <i>O hospital reflete [as repercussões de] mudanças sociais, econômicas, na estrutura da sociedade, nos conhecimentos gerados, na forma como os indivíduos que vêm se formando estão sendo educados, na dinâmica da globalização e na introdução de novas tecnologias. Agora, o desafio da inteligência artificial - que eu acho que vai mudar muitos processos de trabalho e até de educação -, eu acho que essas coisas começam a se refletir na instituição. [...] até mesmo questões geracionais envolvidas. (TC4)</i> <i>A abordagem é inadequada [referindo-se às ações de apoio a incidentes], a pessoa se sente exposta então são, às vezes, chefias que não têm traquejo [na condução e manejo de tais situações] e expõem a pessoa na frente do grupo [representado pelas equipes de trabalho]. [...] se agridem uns aos outros, e tu fica chocada com a forma como é violenta a comunicação dos pares e tem pessoas que sofrem com isso, mas, de novo, não querem mexer [nas dinâmicas existentes] [...], tá institucionalizado daquele jeito, é assim que funciona. (TC5)</i> <i>Falta esse olhar [voltado às repercussões psicossociais], [...] mais sistêmico, de entender qual profissional a gente tem por trás. [...] a gente tem um sujeito que está ali, que enfrentou problemas, que não veio trabalhar não porque não quis, mas porque tinha uma situação muito prática e visível [causadora de sofrimento]. (TC3)</i> <i>A gente ainda vê por caixinhas [referindo-se às diferentes instâncias responsáveis pelas ações de apoio aos profissionais envolvidos em incidentes], [...] e trabalha o coletivo dentro dessas caixinhas. E quando a gente tem questões que vão para além do funcionamento da caixinha, isso fica muito borrado e acaba não se atuando muito fortemente. (TC2)</i>
	<i>Construir um objeto comum compartilhado que olhe para o coletivo. (TC2)</i> <i>Encarar cada pessoa dentro da situação [referindo-se ao contexto] que ela tá vivendo. Nada mais desigual, desumano do que tratar igual pessoas que são desiguais. (LC4)</i> <i>Uma das maneiras que eu fiz pra me aproximar deles [trabalhadores] e a gente conseguir conquistar as coisas juntos, foi valorizar o nosso produto [referindo-se ao resultado do trabalho realizado]. [...] no momento que eu valorizo o produto que eles estão fazendo, eu tô valorizando as pessoas que produzem. (LC2)</i> <i>Um dos dispositivos da [política nacional de] humanização que conversa bem com isso [...] da formação do trabalhador, dos coletivos de formação, dos coletivos de prática, que é um dos dispositivos, [...] antes que as coisas</i>

	<i>aconteçam. [...] desenvolvendo aquele coletivo de práticas, nas relações de confiança, e aí, os acontecimentos eles vão tomar uma conotação um pouco menos identificada, quando a gente tem um coletivo mais fortalecido.(TC7)</i> <i>Processos de mudança, eles são salutares e eles vão acontecer e o mundo é assim. [...] muitas vezes, o funcionário [...] é deixado à margem disso, [...] isso é a diferença do funcionário que vai pegar junto [colaborar ativamente] e que vai ser parte da equipe [...] daquele funcionário que vai, justamente por estar à margem, que vai adoecer, ou vai precisar de restrição, ou vai se queixar de assédio. (TC5)</i>
Gestão Participativa	
	<i>A presença, a forma como a gente penetrou [acessar] nas equipes da ponta [referindo-se às experiências de trabalho no período] da pandemia da COVID-19. Do trabalhador da Faixa de Gaza [linha de frente] às lideranças.[...]. E assim, também, como nessas reuniões e nessa transmissão mais tácita [de conhecimento? cognição situada?], porque essa transmissão, esse reconhecimento na pandemia também é tácito. As pessoas também não sabiam direito o que a gente ia fazer ali, até a gente ir ali e fazer, e elas entenderem e conhecerem depois pedirem de novo. É tácito esse reconhecimento, essa legitimação. (TC1)</i> <i>A Enfermagem aqui, durante muito tempo, trabalhou com as rodas de conversa [atividades de grupos de trabalhadores medidos por profissionais de saúde ocupando posições de lideranças nas áreas técnicas de segurança do paciente e do profissional de saúde durante a pandemia], que é um tipo, um modelo dentro de uma metodologia trabalhada, talvez de uma forma mais ampliada, mais multiprofissional. (TC7)</i> <i>Isso que a gente vem discutindo agora, mais recentemente, [...] que é cuidar, que a gente fala muito em fazer gestão das individualidades, que pra gente chegar no todo, a gente precisa tratar microdesmotivações ou pessoas que estão menos comprometidas com o trabalho, para que elas também sejam os multiplicadores positivos do que a gente precisa implementar, do cuidado de tudo que a gente faz enquanto gestores. (LC3)</i> <i>Quando a gente tem dificuldades específicas com alguns, a gente une gerações [de profissionais de saúde com diferentes idades] para tentar discutir sobre a mesma coisa. [...] de uma maneira geral a gente consegue entrar em consenso sobre como conduzir. O que eu vejo assim, é uma diferença de grau de importância que se dá pra isso. [...] como isso vai ser visto para o grupo, vamos chamar eles [trabalhadores] para conversar, vamos expor e dizer que cada um vai ter o seu momento, [...] não é natural [...] treinando esse olhar de visão de equipe nesta geração. (LC3)</i> <i>A gente vem com umas coisas muito consolidadas, então, o fato de eu conseguir ouvir e entender melhor me fez, ao longo dos anos, até fazer escolhas melhores [...]. No período de gestão, eu fiz com as pessoas [...] uma cogestão, justamente para nestas situações que envolvessem questões mais complexas que eu pudesse compartilhar [...], mais transparente, mais participativa, [...] ter uma visão e alguém vem com outra visão, te ajude a enxergar.[...] foi fundamental ter os meus pares, [...] ajudar a ter visões</i>

	<i>distintas. (L5)</i> <i>Dentro dos conceitos da Política Nacional de Humanização, o Eduardo Passos, ele trouxe o conceito do “efeito contágio”, que a Política Nacional de Humanização tinha que poder contagiar. Dessa forma, exercer a sua transversalidade e as pessoas se sentirem encarregadas da humanização. E não a humanização ter um endereço, uma sala, um escritório, um grupo de pessoas,[...] um efeito contágio. (TC7)</i>
	<i>Essa trama está organizada [referindo-se ao processo de organização dos atendimentos individuais dos trabalhadores e coletivos], [...] o trabalhador não precisa de um horário com a psicologia, vai ter um horário coletivo. [...] os espaços coletivos são mais potentes para a gente poder pensar a saúde do trabalhador. Os atendimentos individuais são necessários, mas os espaços coletivos são o nosso investimento maior, [...] pensar essas questões de trabalho, não a partir de incidentes ou para tratar de uma situação específica, mas abordar temas que são de ordem coletiva ou do trabalho. (TC1)</i> <i>O modelo de casos, é um modelo individualizante. [...] quais são os temas que chegam aqui para nós? Assédio, sofrimento psíquico, uso abusivo de substâncias, estigma, perseguições. [...] abrir espaços de construção de conhecimento sobre esses temas, não sobre casos. (TC7)</i> <i>A saúde do trabalhador colocando o trabalhador como o centro das atenções e não como mero coadjuvante e objeto de trabalho. (TC4)</i> <i>No auge da política de humanização, a gente fazia um encontro anual, e uma parte do encontro era mostra de práticas [realizadas pelas diferentes equipes e serviços no sentido das ações prevendo dispositivos da PNH. E as áreas apresentavam as suas experiências práticas de diferentes formas. [...] a humanização, ela é toda baseada nessas coisas culturais [referindo-se a práticas relacionais]. (TC7)</i> <i>Depende da pessoa que estaria no papel da liderança, de querer se desenvolver, de querer buscar cada vez mais ser melhor naquilo que tu faz. [...] qual é o objetivo de eu estar num cargo de liderança? [...] Como é que eu motivo essas pessoas e trago para o trabalho [no sentido de comprometimento]? (TC6)</i>

DISCUSSÃO

Vulnerabilidades sociais, correlacionadas ao contexto sociopolítico e cultural, ao se manifestarem no ambiente de trabalho, geram tensões e dilemas que afetam os indivíduos, o coletivo representado pelas equipes de trabalho e os pacientes, exigindo um olhar atento e práticas institucionais, com requisitos mediacionais e gerenciais promovidos por lideranças habilidosas. A integridade relacional na prática do trabalho pode estimular a coragem, os valores morais e éticos, a autoconsciência e a inteligência emocional, refletindo de maneira benéfica no contexto laboral⁽¹⁰⁾.

As restrições orçamentárias decorrentes de cortes na saúde, as modificações nas políticas sociais, a elevada carga de trabalho, despreparo ocupacional, a hostilidade nos ambientes de prática profissional, conflitos geracionais, falta de liderança organizacional e o aumento da complexidade dos processos de trabalho interferem negativamente na capacidade laborativa dos trabalhadores na área da saúde⁽¹⁶⁾, especialmente pela centralidade que o trabalho ocupa na vida do trabalhador,⁽¹⁷⁾ podendo desencadear o sofrimento moral, com repercussões psicossociais individuais que se refletem no coletivo.

A estrutura organizacional, o ambiente de trabalho, a agenda política e a cultura hospitalar impactam fortemente a habilidade de agir de acordo com as percepções, ideias e convicções dos profissionais, independentemente das competências individuais para o trabalho e de sociabilidade. Frequentemente, esses mesmos fatores estão na origem dos dilemas éticos e morais vivenciados no trabalho, sobretudo, quando impedem os profissionais de agir de acordo com as próprias convicções e valores⁽¹⁸⁾. No entanto, é sobre o trabalhador - o último elo dessa cadeia interconectada - que recai o desfecho das adversidades.

No contexto das manifestações das lideranças entrevistadas diante de incidentes envolvendo trabalhadores sob sua gestão, que geram situações de repercussão psicossocial sobre o trabalho, a NR-1 destaca a importância de promover um ambiente de trabalho mais saudável, reforçando a necessidade de atenção às repercussões psicossociais, especialmente aquelas que afetam a saúde mental, bem como a forma como essas questões se inserem na dinâmica organizacional⁽⁷⁾. Além disso, estratégias pautadas em reflexões e ações que focalizam a organização dos processos de trabalho, a aproximação da gestão responsável pelos ambientes laborais e a capacitação dos trabalhadores são valiosas e pertinentes⁽³⁾. Para gerenciar tais adversidades além de estruturar ações em diferentes níveis de gestão, é preciso planejar intervenções locais, estruturadas sistemicamente, a exemplo do que é feito proativamente nas práticas institucionais relacionadas à segurança do paciente.

Mapear os ambientes de trabalho e os condicionantes da eclosão de tensões consiste em uma estratégia necessária para dar visibilidade às ações voltadas ao desenvolvimento pessoal e profissional dos sujeitos envolvidos. Isso se justifica porque as ações individuais e coletivas precisam ser articuladas, à luz da PNSTT, na prevenção, na promoção e na vigilância dos ambientes de trabalho, considerando os fatores que determinam a saúde ou a doença dos trabalhadores, em especial aqueles de natureza psicossocial⁽⁵⁾. Para tanto, as estratégias precisam ser propositivas, assertivas e estruturadas a partir dos riscos identificados, ainda que medidas reativas sejam necessárias. Dar voz aos trabalhadores e envolvê-los na micropolítica do trabalho também constitui uma forma eficaz de concretizar os princípios da NR-1.

A ausência de comunicação ágil com a liderança, o gerenciamento e dimensionamento inadequados do trabalho, os conflitos geracionais, a hostilidade no ambiente laboral, a exposição em situações de agressão e violência, bem como os sentimentos negativos fora do trabalho decorrentes dele, a ausência de práticas colaborativas são alguns dos fatores organizacionais capazes de interferir no desenvolvimento do trabalho⁽¹⁹⁻²¹⁾ acarretando riscos psicossociais, com reflexos no gerenciamento das lideranças, devido à delegação institucional que lhes é atribuída. Diante dos desafios identificados, da necessidade de preparo individual e sistêmico das lideranças para apoiar os trabalhadores e das fragilidades presentes nas instituições de saúde, as lideranças refletiram sobre as estratégias utilizadas para lidar com as adversidades que acometem as equipes de trabalho.

O acolhimento precoce das demandas dos trabalhadores constrói melhores relações entre líder-liderado. Essa estratégia organizacional pode permitir que as pessoas transitem de uma postura de queixa para uma corresponsabilidade, demonstrando uma ação genuína de apoio e de busca por soluções conjuntas em prol do bem-estar e da valorização dos trabalhadores. O investimento em ações colaborativas, por meio da troca de experiências, pode promover o aprendizado organizacional, com reflexos positivos no ambiente de trabalho⁽¹¹⁾. Essa ação de cuidado com o trabalhador evidencia o que, por vezes, se apresenta apenas de forma prescritiva, nas políticas e planos institucionais. Além disso (des)individualiza a adversidade percebida pelos trabalhadores atingidos e, ao permitir, o processamento da experiência vivida, contribui para fortalecer a humanização do trabalho, potencializando ações coletivas como formas de apoio e solidariedade entre pares.

O SUS tem como estratégia de gestão a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores, na qual aprender e ensinar são processos incorporados às práticas da organização e ao trabalho na educação permanente. Essa estratégia busca capacitar os trabalhadores da saúde com foco nas necessidades de saúde das populações e na gestão, visando à transformação das práticas e a da própria organização do trabalho, de forma a problematizar os processos laborais, desenvolvendo lideranças, trabalhadores e usuários⁽²²⁾.

A educação em saúde, dentro de uma perspectiva problematizadora, significativa e emancipatória, aplicada ao processo de cuidar, exige dos trabalhadores uma leitura crítica constante da realidade que se apresenta no trabalho cotidiano. Essa prática se dá na interação com os trabalhadores, usuários dos serviços de saúde, pacientes e seus familiares. Tal postura, baseada na indagação e no diálogo aberto sobre a realidade, ainda que incipiente, desenvolve-

se oportunamente por meio da busca de respostas que se aprimoram e contribuem para a prática do cuidado em saúde⁽²³⁾.

Estratégias voltadas à construção de saberes horizontais, que fortaleçam ações coletivas adotadas a partir de comunidades de práticas constituídas - grupos sociais articulados em torno de tarefas e objetos de trabalho compartilhados, nos quais todos ensinam e aprendem - têm se mostrado dispositivos potentes no contexto dos processos de aprendizagem, cognição situada e práticas grupais no ambiente de trabalho⁽²⁴⁾. As comunidades de práticas são formadas por membros que compartilham o mesmo objeto, mesmo que pertencentes a diferentes níveis da organização e com distintas perspectivas. No sistema formado por essas comunidades, há uma multiplicidade de vozes, representada pelos diferentes trabalhadores e equipes que interagem entre si⁽¹⁴⁾. Nesse contexto, a construção de um objeto compartilhado permite o olhar para o coletivo. Entretanto, essa abordagem pressupõe um modelo de gestão não hierarquizado que permita o engajamento e o apoio no ambiente de trabalho^(11,25) - um modelo coconstruído com base nas necessidades, que emergja da prática e se reverta em qualificação da atenção, da gestão, da assistência e na satisfação dos envolvidos.

A humanização, como um pilar inseparável entre a atenção à saúde e os processos de gestão do trabalho de cuidado, exige um olhar atento da liderança no sentido de envolver o trabalhador nas decisões, permitindo a criação de relações respeitadas que favoreçam o estabelecimento de vínculos e de confiança. A gestão colegiada deve buscar o compromisso com a mudança, suprimindo níveis demasiadamente hierarquizados de gerenciamento e evitando a construção de programas fragmentados, valorizando o potencial de mobilização e de desestabilização de estruturas tradicionais. A articulação e o comprometimento com os diferentes níveis de educação, formação e gestão repercutem em um maior alinhamento dos níveis estratégicos, para alcançar a integralidade da atenção à saúde, considerando que cabe à PNEPS a agregação entre o ensino e a saúde⁽²²⁾. É fundamental desenvolver novas estratégias de gestão, construindo proposições e práticas que articulem as necessidades de saúde com novos modelos de financiamento, de gestão e cuidado, numa perspectiva processual que considere a complexidade da saúde e integre os trabalhadores à humanização do cuidado⁽²⁶⁾.

Os constantes avanços tecnológicos na saúde requerem a construção contínua de habilidades, atitudes e saberes aplicados. A formação dos trabalhadores precisa acompanhar essas transformações, problematizando a realidade da produção do cuidado em saúde. O cuidado com o paciente e com o cuidador envolve o desafio dos encontros intersubjetivos que vão além do procedimento tecnoassistencial, permitindo a criação de vínculos e a escolha de caminhos que promovem a vida em uma relação de reciprocidade⁽²³⁾. Práticas colaborativas e

relacionais que proporcionam recursos e informações aumentam a efetividade do trabalho e o alcance de objetivos, pela capacidade de mobilizar pessoas e recursos⁽¹³⁾.

A relação construída entre liderança, trabalhador e o coletivo também não é puramente técnica; para fazer sentido e promover um encontro intersubjetivo, ela precisa ser pautada em respeito e na valorização, como forma de emancipar os sujeitos e trazer legitimidade. Ademais, a orientação de manter o distanciamento dos sentimentos dos pacientes, pela relação terapêutica requerida, também despotencializa a construção de vínculos - o que é equivalente nas relações entre pares e também entre trabalhadores e lideranças. Esse distanciamento nos relacionamentos profissionais pode contribuir para a maior necessidade de suporte ao trabalhador, sobretudo, no contexto de incidentes com repercussão psicossocial.

A confiança dos liderados no líder aumenta a probabilidade de que se impliquem em sugestões e expressem sua opinião. Essa relação de confiança é estimulada pelo líder quando esse investe em desenvolvimento, envolve os trabalhadores e compartilha decisões, promovendo a circulação das informações entre os liderados. As lideranças que estimulam o trabalho compartilhado e apoiam seus trabalhadores na tomada de decisão possibilitam a construção de relações de confiança, o que resulta em um maior envolvimento no trabalho e na melhoria da qualidade ou em iniciativas conjuntas de lideranças e trabalhadores⁽¹²⁾. A busca por desafiar ideias fixas e modelos engessados da prática da liderança traz proposições que podem oportunizar mudanças.

Nesse sentido, a capacidade de fazer conexões sociais, agregando conhecimento institucional, melhora as relações interpessoais no ambiente de trabalho, sendo esses elementos fundamentais para alcançar um ambiente saudável e com repercussões positivas para os pacientes^(9,13). Isso possibilita a ação e interação contínuas entre gestão, educação e atenção - especialmente porque as organizações enfrentam desafios significativos em um contexto social volátil, incerto, complexo e ambíguo, o que demonstra a necessidade de habilidades que extrapolam o nível individual⁽²⁷⁾. A transformação das relações de trabalho institucionais, fortalecendo a ideia de atenção em rede, e preconizando a integração da cogestão aos pilares da PNH, permitindo o desenvolvimento técnico e relacional entre as equipes, favorecendo o cuidado integral e resolutivo, como preconizado pelo SUS, mostrando-se um caminho viável⁽²⁸⁾.

Analisar a práxis permite a emancipação dos sujeitos, indo além das fronteiras institucionais e construindo novos caminhos de aprendizagem. Paralelamente, contribui para o aprimoramento do papel de cada trabalhador dentro da equipe de saúde, fortalecendo o senso de pertencimento e singularidade. A educação em saúde, na perspectiva crítica, significativa

e emancipadora, aplicada ao cuidado, demanda dos trabalhadores uma constante leitura minuciosa da realidade concreta que se manifesta no cotidiano das atividades e na interação coletiva⁽²³⁾. É da análise da práxis que emerge o sentido do trabalho. A ação operacional disparada para proteger, promover, tratar ou recuperar, independentemente de ser o cuidado ao paciente ou ao trabalhador, ganha sentido quando as dimensões operacional e relacional permitem a intersubjetividade e a construção de relações vinculares, quer entre trabalhador e paciente, quer entre trabalhador e liderança/gestor.

Uma vez que os processos de trabalho são de natureza colaborativa e têm forte aspecto social e dialógico⁽²⁴⁾, cabe considerar que o trabalho coletivo, com o compartilhamento de responsabilidades e a valorização dos saberes, mostra-se uma habilidade desejável para uma liderança integradora, tanto no nível micro quanto macroestrutural. Essa é uma oportunidade de aprendizado para que as equipes ampliem suas ações, incluindo a clínica assistencial e coletiva. Ademais, o estímulo à autoliderança dos trabalhadores é identificado como um caminho promissor para aumentar a conexão no trabalho, com maior propensão a desenvolver o comprometimento ativo e envolvimento⁽²⁹⁾.

As reflexões realizadas com as lideranças evidenciaram a necessidade de pensar estratégias que promovam a valorização dos trabalhadores. Tais abordagens devem incluir investimentos no bem-estar dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela NR-1. O espaço para o diálogo e o compartilhamento de saberes, considerando o contexto social e a vivência, fomentam a construção de uma leitura sistêmica e crítica da realidade.

Riscos psicossociais que afetam a saúde mental dos trabalhadores - a exemplo da violência na área da saúde-, quando colocados ao lado de outros problemas igualmente desafiadores, ampliam a compreensão da multimodalidade de abordagens preventivas, incluindo uma melhor compreensão dos disparadores da violência e de seu impacto sobre os trabalhadores e os sistemas de saúde. Questionar os trabalhadores sobre os motivos pelos quais a violência é perpetrada, se sinais de alerta prévios não foram identificados ou se não foi possível evitar a situação, não evita a ocorrência e atribui à vítima a necessidade de justificar uma fraqueza. Fatores individuais são uma pequena parte de um problema sistêmico mais amplo, que não pode ser resolvido por meio da microgestão. A complexidade da violência na área da saúde requer um gerenciamento por meio de uma abordagem coordenada e multifacetada, que envolva não apenas os trabalhadores individualmente, mas também as lideranças subsidiadas por políticas públicas. A incerteza e a complexidade não podem ser completamente gerenciadas e devem ser acolhidas como parte do processo. A compreensão dos

fatores que sustentam a violência na área da saúde pode auxiliar na criação de estratégias de gestão⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, é preciso pensar se o atual modelo de gestão e de gestor à frente do SUS permite a ampliação e a transformação de relações harmônicas e humanizadoras entre gestão, educação e atenção, de forma a legitimar seus trabalhadores. A importância dessa discussão nacional alinha-se à iniciativa global da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de forma a promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos⁽³¹⁾. O oitavo ODS incluiu a garantia de ambientes de trabalho seguros e protegidos, bem como a melhoria da proteção dos direitos trabalhistas.

Questões desafiadoras pela complexidade dos processos de trabalho que se interseccionam com o contexto social, demandam uma abordagem proativa na gestão em saúde. Esses múltiplos condicionantes requerem reflexões sobre as ações gerenciais, de modo a evitar o sofrimento dos trabalhadores - ainda que legítimo - e maximizar os benefícios coletivos. Envolver a alta gestão na priorização de questões relacionadas à violência nos cenários de saúde, apoiar a tomada de decisão como um processo legítimo e justo e identificar responsabilidades consistem em uma abordagem operacional e estratégica⁽²¹⁾. Além disso, a criação de normativas que vão ao encontro de preceitos estruturados por meio da ética organizacional, alinhados à ética clínica e profissional, configura-se em uma estratégia valiosa para definir limites e comportamentos esperados dentro do ambiente laboral.

O investimento na humanização pressupõe a dialogicidade com a diversidade, como forma de potencializar e construir soluções colaborativas para os problemas advindos do contexto social instável, complexo e controverso⁽²⁷⁾. Esse contexto demanda soluções coletivamente construídas, em vez de cair em armadilhas de atuar em silos organizacionais identificados como “caixinhas”, o que justifica uma ação reducionista e não sustentável, portanto, não humanizadora. A construção coletiva conecta e legitima os sujeitos, trazendo compatibilidade entre os diferentes, responsabilizando-os e valorizando-os. Essas ações que se espalham e promovem mudanças e que não se limitam a normativas institucionais, ganham força pelo envolvimento coletivo e são definidas como efeito contágio.

Essas mudanças ocorrem pela potência de encontros no nível micro, sustentadas pelo nível macro, pelas redes de solidariedade que se formam e pelo protagonismo dos sujeitos. O efeito contágio dissipa sentimentos de exclusão, adoecimento e sofrimento, potencializando movimentos de inclusão, autonomia e fortalecimento das redes coletivas. Na PNH, o SUS é

compreendido como um método de apoio institucional, capaz de se expandir sem perder a intensidade⁽³²⁾.

O investimento na estruturação de um modelo de gestão participativa sobre os temas que transversalizam o trabalho promove uma maior integração entre lideranças e trabalhadores, consistindo em uma abordagem proativa no mapeamento de riscos psicossociais os quais afetam o trabalhador. Ademais, a reflexão sobre a estrutura organizacional para tratar de temas relacionados à segurança dos trabalhadores mostra-se como um ponto pouco explorado na literatura, que vai ao encontro das demandas requeridas pela NR-1. Essas reflexões representam um avanço no conhecimento sobre a gestão participativa e a segurança do trabalhador.

A condução do estudo sem a compreensão da percepção dos trabalhadores sobre a temática consiste em uma limitação; entretanto, não inviabiliza as reflexões trazidas pelas lideranças. A realização do estudo em apenas um hospital pode ser considerada uma limitação do método; contudo, em razão do porte, do número de trabalhadores e lideranças do SUS implicados e da complexidade da instituição, os resultados identificados podem orientar a implementação de estratégias semelhantes em outras instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais fatores como a complexidade do trabalho, as mudanças sociais e econômicas, a formação profissional, as novas tecnologias, as mudanças geracionais, a falta de preparo das lideranças, o olhar fragmentado para o trabalho e para o trabalhador dificultam o suporte aos trabalhadores envolvidos em incidentes com repercussão psicossocial. Como alternativa para enfrentar essa problemática, as lideranças identificaram a necessidade de construir um propósito que contemple o coletivo e que busque estruturar o apoio aos trabalhadores.

A articulação entre a promoção da saúde e a prevenção de agravos, por meio de estratégias coletivas e com o trabalhador como protagonista nas ações de saúde, gestão e educação, bem como a reflexão sobre o papel do gestor no SUS, constitui uma contribuição deste estudo para a redução dos riscos psicossociais. Estratégias alinhadas à PNH fortalecem o ambiente organizacional ao promover saúde, educação e cogestão, envolvendo coletivos de práticas que favoreçam a construção e a legitimação dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988 [cited 2025 May 04]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Castanheira ERL, Duarte LS, Viana MMO, Nunes LO, Zarili TFT, Mendonça CS, et al. Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(2):e00099723. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099723>
3. Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, Lancman S, Costa VBB. Worker health in COVID-19 times: reflections on health, safety, and occupational therapy. *Cad Bras Ter Ocup*. 2020;28(3):1093-102. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>
4. Silva RF, Siqueira AM, Silveira LTC, Oliveira AB. Disaster risk reduction, the Sustainable Goals agenda and the principles of the SUS, in the context of the COVID-19 pandemic. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(06):1777-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.11272022EN>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. 2012 [cited 2025 May 04]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
6. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010 [cited 2025 May 04]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
7. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria 1.419, de 27 de agosto de 2024. Aprova a nova redação do capítulo “1.5 Gerenciamento de riscos ocupacionais” e altera o “Anexo I - Termos e definições” da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais [Internet]. Diário Oficial da União. 2024 [cited 2025 May 04]. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-portarias/2024/portaria-mte-no-1-419-nr-01-gro-nova-redacao.pdf/view>
8. Boufleuer E, Ampos LF, Quadros DV, Vecchia LPD, Tavares JP, Magnago TSBS, et al. “We try to save lives and our own lives”: nursing work in the COVID-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20220303. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220303.en>
9. Istrate MI, Forray AI, Ungureanu MI, Mira JJ, Constantinescu SA, Cherecheș RM. Assessing safety culture and second victim experience following adverse events among Romanian nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2025;24(1):102. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02745-2>
10. Algeri EDBO, Silveira RS, Barlem JGT, Costa MCMDR, Stigger DAS, Dan CS. Authentic leadership in nurses' professional practice: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20210972. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0972>

11. Vanderloo MJ, Evans E, Smith A, Call M, Locke A, Wright H, et al. Exploration of nurses' experiences related to moral injury: a reflexive thematic analysis of nurse interviews. *J Adv Nurs*. 2025;0:1-12. <https://doi.org/10.1111/jan.16856>
12. Tate K, Penconek T, Dias BM, Cummings GG, Bernardes A. Authentic leadership, organizational culture and the effects of hospital quality management practices on quality of care and patient satisfaction. *J Adv Nurs*. 2023;79(8):3102-114. <https://doi.org/10.1111/jan.15663>
13. Kok E, Weggelaar AM, Reede C, Schoonhoven L, Lalleman P. Beyond transformational leadership in nursing: a qualitative study on rebel nurse leadership-as-practice. *Nurs Inq*. 2023;30(2):e12525. <https://doi.org/10.1111/nin.12525>
14. Engeström Y. Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization. *J. Educ. Work*. 2001;14(1):133-56. <https://doi.org/10.1080/13639080020028747>
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Shomalinasab E, Bagheri Z, Jahangirimehr A, Bahramnezhad F. The Nurses' Second Victim Syndrome and Moral Distress. *Nurs Ethics*. 2023;30(6):822-31. <https://doi.org/10.1177/09697330221142079>
17. Cunha FM, Mendes Á. Revisão narrativa sobre a questão do trabalho no Sistema Único de Saúde. *J Manag Prim Health Care*. 2021;13:e018. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1164>
18. Doná VCL. Dilema ético na atuação profissional: ambiente educacional em foco. *FESA*[internet]. 2021;1(7):157-66. <https://doi.org/10.29327/232022.1.7-13>
19. Carnevale FA, Giannini A, Bonaldi A, Bravi E, Cecchi C, Pettenazzo A, et al. Life-sustaining treatment decisions in pediatric intensive care: an Italian survey on ethical concerns. *Ital J Pediatr*. 2021;47:153. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01054-z>
20. Lamoureux S, Mitchell AE, Forster EM. Moral distress among acute mental health nurses: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2024;31(7):1178-95. <https://doi.org/10.1177/09697330241238337>
21. Dubois S, Carnevale FA. La gestion des soins infirmiers, l'éthique et la détresse morale des infirmières: comment agir? Hiver [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 07];21(1):27-33. Available from: <https://www.oiiq.org/documents/20147/26407449/PI-vol21-no-hiver-2024-l%C3%A9ger.pdf>
22. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Portaria nº 198, de 19 de julho de 2004. Estabelece os procedimentos e a periodicidade para registro de informações relacionadas com o desempenho das ações do Plano Plurianual, no Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPlan [Internet]. 2005[cited 2025 May 07]. Available from:

https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/540/1/PPA_2004_2007_Portaria198_2005_RegistroInfoSIGPlan.pdf

23. Quadros DV, Magalhães AMM, Lopes EFS, Lima JS, Boufleuer E, Pai DD. Preventing falls during hospitalization: educational opportunities from the perspective of Nursing staff. *Rev Enferm. UFSM*. 2024;14:e 3. <https://doi.org/10.5902/2179769284145>
24. Lave J, Wenger E. *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
25. Varpio L, Teunissen P. Leadership in interprofessional healthcare teams: empowering knotworking with followership. *Med Teach*. 2021;43(1):32-7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1791318>
26. Campos GWS. Healthcare reform and the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(7):2516. <https://doi.org/10.1590/1413-81232027277.07692022>
27. Willocks KE. Making leadership as practice development visible: learning from activity theory. *Manag Learn*. 2022;54(5):705-26. <https://doi.org/10.1177/13505076221105870>
28. Paiva CBN, Barros SMM. Social representations of humanization in hospital pediatrics among health professionals. *Psicol Estud*. 2023;28:e54532. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.54532>
29. Knotts KG, Houghton JD. You can't make me! the role of self-leadership in enhancing organizational commitment and work engagement. *Leadersh Organ Dev J*. 2021;42(5):748–62. <https://doi.org/10.1108/LODJ-10-2020-0436>
30. Jacob A, McCann D, Buykx P, Thomas B, Spelten E, Schultz R, et al. The “disease” of violence against health-care workers is a wicked problem: managing and preventing violence in health-care. *J Aggress Confl Peace Res*. 2022;14(2):159-70. <https://doi.org/10.1108/JACPR-08-2021-0629>
31. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. The 17 goals [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
32. Magnago C, França T, Belisário SA. Theoretical-methodological framework, functions, and effects of institutional support in health within the Brazilian National Health System (SUS). *Saude Soc*. 2024;33(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230442pt>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação razoável ao autor correspondente devido a restrições de privacidade ou éticas.

Agradecimentos

O presente estudo foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - MCTIC/CNPq 10/2023, processo número 404041/2023-0, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Código

Financeiro 001 e FIPE – Programa de Financiamento e Incentivo à Pesquisa (Projeto No. 2022-0392), registrado sob ROR <https://ror.org/010we4y38>

Contribuição de autoria

Conceituação: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Curadoria de dados: Deise Vacario de Quadros

Análise formal: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Aquisição de financiamento: Ana Maria Muller de Magalhães

Investigação: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Metodologia: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Administração de projeto: Ana Maria Muller de Magalhães

Supervisão: Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Validação: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Visualização: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Denilse Damasceno Trevilato, Franco Carnevale, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Escrita - rascunho original: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Denilse Damasceno Trevilato, Franco Carnevale, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Escrita - revisão e edição: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Muller de Magalhães, Denilse Damasceno Trevilato, Franco Carnevale, Ricardo de Souza Kuchenbecker

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente

Deise Vacario de Quadros
deisevquadros@gmail.com

Recebido: 12.06.2025

Aprovado: 19.12.2025

Editor associado:

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira