

Gobernanza hospitalaria, salud mental y bioética en la sindemia de Covid-19

Simone Regina Alves de Freitas Barros¹, Diego Freitas Rodrigues²

1. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Rede HU Brasil, Maceió/AL, Brasil. 2. Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

Resumen

Este artículo analizó las respuestas institucionales de la gobernanza pública en salud mental adoptadas por un hospital universitario público durante la sindemia de COVID-19, con énfasis en los modelos bioéticos que fundamentaron las decisiones organizacionales frente al sufrimiento psíquico de los trabajadores. Se trata de un estudio observacional, descriptivo-exploratorio, con enfoque mixto, longitudinal y retrospectivo, realizado entre 2017 y 2021, en Alagoas, Brasil. Se analizaron 765 registros de ausencias laborales por trastornos mentales y se realizaron entrevistas con gestores. Los datos fueron analizados mediante análisis temático. No se observó un aumento significativo de las ausencias laborales, con mayor incidencia entre los trabajadores con nivel intermedio de contacto. El análisis evidenció dilemas éticos, como la suspensión de cirugías electivas. Las respuestas de la gobernanza estuvieron predominantemente orientadas por el principialismo bioético, equilibrando autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. La adopción de un modelo bioético articulado con estrategias institucionales se configuró como un elemento protector de la salud mental y favoreció una respuesta ética y humanizada a la crisis sanitaria.

Palabras clave: Bioética. Gobernanza. Salud mental. COVID-19. Sindemia.

Resumo

Governança hospitalar, saúde mental e bioética na sindemia de covid-19

Este artigo analisou as respostas institucionais da governança pública em saúde mental adotadas por um hospital universitário público durante a sindemia de covid-19, com ênfase nos modelos bioéticos que fundamentaram as decisões organizacionais diante do sofrimento psíquico dos trabalhadores. Trata-se de estudo observacional, descritivo-exploratório, com abordagem mista, longitudinal e retrospectiva, realizado entre 2017 e 2021, em Alagoas. Foram analisados 765 registros de afastamento por transtornos mentais e foram conduzidas entrevistas com gestores. Os dados foram submetidos a análise estatística e temática. Não houve aumento significativo nos afastamentos, com maior incidência entre trabalhadores de contato intermediário. A análise evidenciou dilemas éticos, como a suspensão de cirurgias eletivas. As respostas da governança foram predominantemente orientadas pelo principialismo bioético, equilibrando autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. A adoção de um modelo bioético articulado a estratégias institucionais configurou-se como elemento protetivo à saúde mental e favoreceu uma resposta ética e humanizada à crise sanitária.

Palavras-chave: Bioética. Governança em saúde. Saúde mental. COVID-19. Sindemia.

Abstract

Hospital governance, mental health, and bioethics in the COVID-19 syndemic

This article analyzed the institutional responses of public mental health governance adopted by a public university hospital during the COVID-19 syndemic, with an emphasis on the bioethical models underpinning organizational decisions in response to workers' psychological distress. This was an observational, descriptive-exploratory study with a mixed-methods, longitudinal, and retrospective approach, conducted between 2017 and 2021 in Alagoas, Brazil. A total of 765 records of sick leave due to mental disorders were analyzed, and interviews were conducted with managers. Data were subjected to statistical and thematic analyses. There was no significant increase in sick leave, with a higher incidence among workers with intermediate levels of contact. The analysis revealed ethical dilemmas, such as the suspension of elective surgeries. Governance responses were predominantly guided by bioethical principlism, balancing autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence. The adoption of a bioethical model integrated with institutional strategies emerged as a protective factor for mental health and contributed to an ethical and humanized response to the health crisis.

Keywords: Bioethics. Governance. Mental health. COVID-19. Syndemics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP/Unit-Maceió 4.834.100

La emergencia sanitaria provocada en el 2019 por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) fue más allá de los contornos tradicionales de una pandemia, configurándose como una sindemia global, un concepto que expresa la interacción sinérgica entre enfermedades infecciosas, afecciones crónicas y desigualdades sociales estructurales, propuesto por Horton¹ y anclado en la perspectiva crítica de Singer y Clair². Por lo tanto, los efectos de la COVID-19 se vieron amplificados por factores sociales y económicos preexistentes, impactando de manera desproporcionada a los sistemas de salud y, sobre todo, a los trabajadores de primera línea³.

En Brasil, los profesionales de la salud no solo estaban sobrecargados por el volumen de atención, sino que también estaban sometidos a largas jornadas laborales, incertidumbres terapéuticas, escasez de recursos y un contexto de decisiones extremas con profundas implicaciones éticas⁴. Este escenario de tensión constante resultó especialmente crítico en los hospitales públicos, donde las estructuras de gobernanza tuvieron que responder en tiempo récord a múltiples dilemas, como la asignación de camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la suspensión de procedimientos electivos y la definición de criterios para realizar pruebas y proteger al personal.

Ante estos desafíos, la gobernanza pública en salud se vio obligada a reorganizar los procesos, redefinir los protocolos y, sobre todo, a elaborar respuestas éticas a los dilemas morales. La gobernanza, entendida como el conjunto de mecanismos de coordinación, deliberación y rendición de cuentas dentro del marco institucional, ha llegado a operar bajo el imperativo de preservar la integridad física y psíquica de los trabajadores, sin pasar por alto las limitaciones de recursos y los intereses colectivos⁵.

En este contexto, los marcos bioéticos como el utilitarismo —que prioriza el bienestar colectivo, incluso a expensas de los derechos individuales— y el principialismo —basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— se pusieron a prueba en la práctica diaria de la gestión^{6,7} y se convirtieron en instrumentos fundamentales para la toma de decisiones.

Aunque la enfermedad mental de los profesionales de la salud durante la sindemia ha sido abordada por muchos estudios⁸, todavía es necesario comprender la influencia de los principios éticos adoptados por las estructuras de gobernanza. No se trata solo de evaluar el número de bajas por licencias, sino de comprender la lógica que subyace a las decisiones institucionales.

Partiendo de esta laguna, este estudio busca analizar la respuesta de la gobernanza pública hospitalaria a la sindemia de la COVID-19 y, para ello, se centra en los marcos bioéticos que guiaron las decisiones institucionales y su relación con la salud mental de los trabajadores. La hipótesis es que recurrir a un modelo bioético claro e institucionalizado puede proteger a los gestores y a sus equipos del sufrimiento moral y de la sobrecarga psicológica.

Para comprender los efectos de la sindemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud, se necesitan referencias que vayan más allá del enfoque biomédico tradicional. Tres ejes teóricos son particularmente relevantes para el análisis: el concepto de sindemia, los fundamentos de la gobernanza pública en salud y los modelos bioéticos de toma de decisiones. Una sindemia se caracteriza por la interacción simultánea entre epidemias biológicas y factores sociales adversos, como la pobreza y la exclusión. En el ámbito de la gestión pública, la gobernanza sanitaria se define como la capacidad de las instituciones para coordinar a diversos actores, negociar prioridades y tomar decisiones colectivas guiadas por la equidad y el interés público⁵.

Los modelos bioéticos adquieren un papel central en emergencias, cuando la gobernanza debe ser capaz de operar en condiciones de gran incertidumbre y mantener la coherencia ética y la transparencia en la toma de decisiones. El utilitarismo, con una fuerte tradición anglosajona, guía las decisiones basándose en la maximización del bienestar agregado, incluso si implica un daño a las minorías o a ciertos individuos^{9,10}.

A su vez, el principialismo, formulado por Beauchamp y Childress¹¹, propone una matriz de cuatro principios —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— como base para la toma de decisiones en salud, que permite ponderar

los valores conflictivos de forma casuística, promoviendo la deliberación ética institucionalizada. Por lo tanto, investigar la gobernanza hospitalaria desde una perspectiva bioética ofrece una clave analítica para comprender la resiliencia institucional y el cuidado a quienes también cuidan.

Método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo-exploratorio y retrospectivo, estructurado bajo un diseño longitudinal de métodos mixtos. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) en Maceió/AL, que forma parte de la red de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH/Rede HU Brasil) y es un referente regional para la asistencia de complejidad media y alta en el Sistema Único de Salud (SUS). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI), y todos los participantes firmaron un consentimiento libre, previo e informado.

La recopilación de datos se realizó entre septiembre del 2021 y septiembre del 2022. Mediante el Subsistema Integrado de Atención a la Salud del Servidor (SIASS), se obtuvieron y otorgaron 765 licencias médicas para trastornos mentales y del comportamiento (Grupo F de la CIE-10) a trabajadores bajo el régimen jurídico único (RJU). Con fines comparativos, los registros se dividieron entre el período presindémico (2017-2019) y el período sindémico (2020-2021). Los trabajadores se clasificaron según el riesgo de exposición: 1) contacto directo (asistencia continua al paciente, como médicos y enfermeros); 2) contacto intermedio (interacción intermitente, como trabajadores sociales y farmacéuticos); y 3) contacto indirecto (sectores administrativos y operativos).

La etapa cualitativa comprendió un análisis documental del plan de contingencia del HUPAA para la COVID-19 y la recopilación de datos primarios de los gestores. Tras la exclusión de dos participantes de la prueba piloto, la muestra final estuvo compuesta por 16 miembros de la gobernanza corporativa, que participaron en entrevistas estructuradas, y 16 miembros del CEI, que respondieron a un cuestionario electrónico basado en el método

de medición de valores de Thurstone y fueron incluidos debido a su papel de asesoramiento estratégico en la crisis sanitaria: ante la ausencia de una comisión de bioética hospitalaria, correspondía al comité orientar las decisiones sobre los dilemas éticos de los protocolos de atención.

El análisis estadístico, procesado utilizando el software SigmaPlot (versión 12.0), empleó estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado de Pearson y análisis de varianza (ANOVA bidireccional) para la prueba de hipótesis, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los datos cualitativos se procesaron mediante análisis temático de contenido, basado en los principios bioéticos.

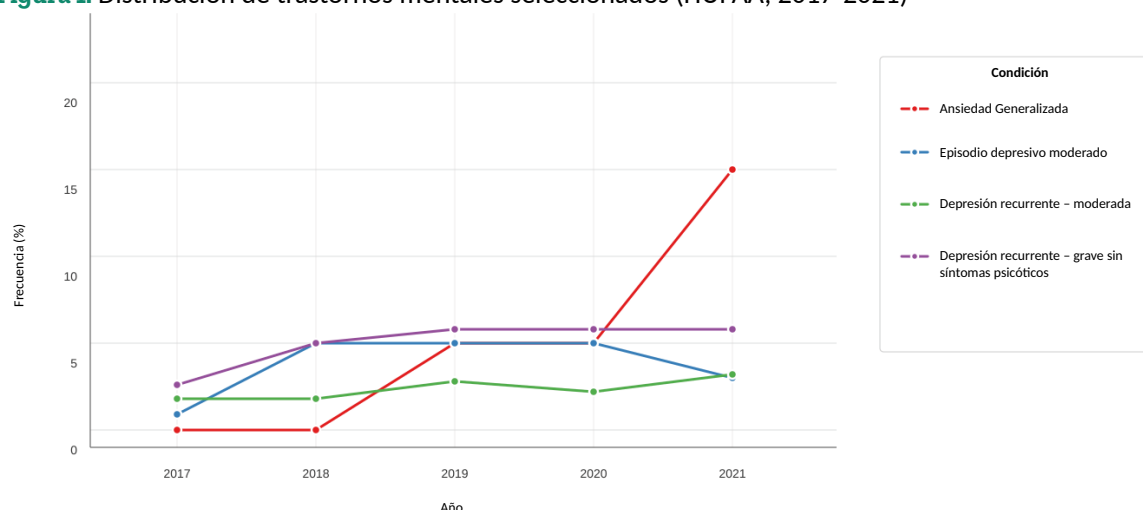
Resultados y discusión

Período de licencias médicas debido a trastornos mentales

El análisis estadístico investigó el impacto de la sindemia desde dos perspectivas: la frecuencia y la duración de las licencias médicas debidas a trastornos mentales entre el 2017 y el 2021. Inicialmente, una prueba de chi-cuadrado no reveló un cambio significativo en la proporción de licencias médicas entre el período presindémico (2017-2019) y el período de COVID-19 (2020-2021) ($\chi^2(1)=1,55$; $p=0,213$). Además, el análisis de varianza (ANOVA) confirmó que el número promedio de días de ausencia debido a licencia tampoco experimentó una variación estadísticamente significativa entre los períodos ($F(4,55)=0,81$; $p=0,458$). En conjunto, los datos indican una notable estabilidad en los estándares de la enfermedad, un resultado que contradice la expectativa de un aumento significativo señalado por estudios internacionales¹².

A pesar de la estabilidad, en el 2021 se observó un aumento puntual de las licencias por trastornos de ansiedad (CIE-10 F41.1), mientras que los trastornos depresivos (CIE-10 F32.1) fueron más frecuentes antes de la sindemia, como se muestra en la Figura 1. Estos datos indican una complejidad interpretativa, lo que sugiere que la enfermedad mental está vinculada a la acumulación de estresores estructurales preexistentes.

Figura 1. Distribución de trastornos mentales seleccionados (HUPAA, 2017-2021)



Fuente: Datos del SIASS, analizados por los autores (2021).

Enfermedad por grupo ocupacional: invisibilidades estructurales

La frecuencia de licencias médicas por motivos de salud mental reveló estándares distintos entre las categorías profesionales: la categoría de contacto intermedio presentó las tasas más altas, alcanzando un máximo del 47% en el 2020, mientras que la categoría de contacto indirecto tuvo la más baja, con solo un 10% en el mismo año. La categoría de contacto directo mantuvo una frecuencia estable, en torno al 35%, durante todo el período de estudio. Al comparar los períodos anteriores y durante la pandemia de COVID-19, la prueba de chi-cuadrado demostró que no hubo un cambio estadísticamente significativo en las diferencias entre los grupos tras la llegada de la pandemia ($p=0,199$) (Figura 2).

En el estudio se utilizó ANOVA para realizar comparaciones múltiples, tanto en relación con los períodos (presindémico vs síndémico) como entre los diferentes grupos profesionales. El principal hallazgo de la prueba fue la diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de licencias médicas entre los tres grupos de contacto (directo, intermedio e indirecto) ($p=0,002$). El mismo análisis no encontró diferencias significativas al comparar las licencias médicas de los grupos profesionales entre las etapas anterior y durante la pandemia ($p=0,237$), ni en la duración promedio de las licencias en los dos períodos ($p=0,458$).

Si bien los datos cuantitativos indican estabilidad o incluso una reducción en las licencias

médicas formales durante la crisis, este hallazgo debe interpretarse con cautela y pensamiento crítico. La literatura especializada señala que los escenarios de emergencia sanitaria extrema frecuentemente desencadenan el presentismo, un fenómeno en el que el profesional, incluso cuando está enfermo física o psicológicamente, permanece en su lugar de trabajo. Esto ocurre debido a un fuerte sentido del deber moral, la presión de los compañeros o el temor a sobrecargar a los equipos de primera línea, ya agotados³.

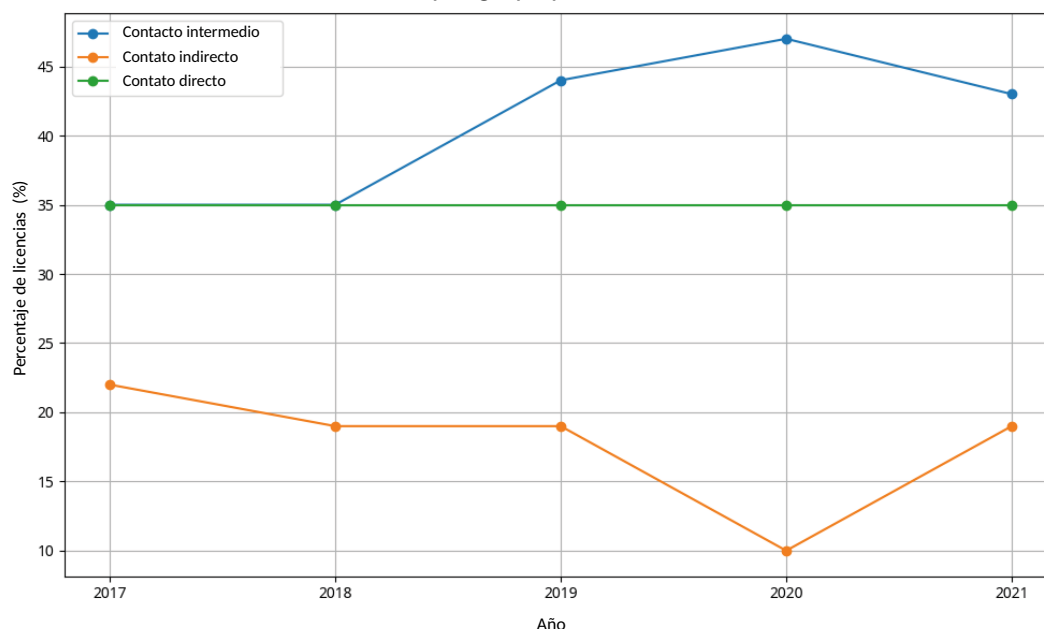
Además, la posibilidad de infranotificación institucional es un factor limitante considerable. Las barreras operativas impuestas por el caos de la época, sumadas a la atención exclusiva centrada en la lucha contra el virus, pueden haber dificultado el registro formal y la acogida de las licencias psiquiátricas. Por lo tanto, la estabilidad en los registros del SIASS no refleja necesariamente la ausencia de sufrimiento psíquico, sino más bien la posible invisibilidad y reconfiguración de cómo se experimentó, se soportó y, a veces, se descuidó esta enfermedad en el punto álgido de la pandemia.

Este hallazgo converge con el análisis de Teixeira y colaboradores¹³, quienes resaltan la invisibilidad institucional de ciertas categorías que sufren de precariedad, falta de reconocimiento y escasa inserción en los espacios de toma de decisiones. Por lo tanto, la vulnerabilidad en materia de salud mental abarca las dimensiones psicosociales del trabajo. Este panorama es corroborado sustancialmente por Miranda, Araújo y Oliveira¹⁴,

quienes advierten que la vulnerabilidad psíquica de los trabajadores, especialmente los periféricos, no es solo un fenómeno clínico, sino que refleja

una precariedad estructural crónica, que requiere esfuerzos colectivos para ir más allá de la mera gestión de crisis y asegurar derechos y el buen vivir.

Figura 2. Distribución de licencias médicas por grupo profesional (HUPAA, 2017-2021)



Fuente: Datos del SIASS, analizados por los autores (2021).

Dilemas éticos y bioética aplicada en la gestión

El análisis cualitativo constató que los gestores se enfrentaban a importantes dilemas éticos. Tres situaciones fueron recurrentes: la suspensión de procedimientos electivos, lo que generó conflictos entre beneficencia y justicia; la asignación de recursos a otros estados, lo que creó tensión entre beneficencia nacional y no maleficencia local; y la dificultad para adquirir equipos de protección personal (EPP), lo que puso de manifiesto el choque entre la respuesta rápida y los obstáculos burocráticos. Entre los dilemas identificados, la reestructuración radical del flujo de atención hospitalaria surgió como un punto crítico de tensión ética, como se evidencia a continuación:

“Se decidió suspender temporalmente los servicios ambulatorios, así como algunos tipos de exámenes y cirugías electivas (...). Por lo tanto, la atención se reorientó hacia las acciones relacionadas con la COVID-19. Se priorizaron los casos agudos y más graves, asegurando que los tratamientos críticos no se interrumpieran” (Gestor 01/Relato 001).

Estos conflictos morales coinciden en gran medida con los hallazgos recientes de Glad y colaboradores¹⁵. Al investigar las descripciones cualitativas de los trabajadores sanitarios, los autores constataron que las situaciones éticamente desafiadoras durante la crisis —especialmente aquellas que impusieron restricciones forzadas a la asistencia ideal— generaron una profunda desconexión entre los valores profesionales y la realidad práctica, actuando como principal desencadenante del *moral distress* (distrés moral).

En este contexto, se hizo evidente una profunda tensión conceptual entre los enfoques utilitarista y principialista. El enfoque utilitarista, ampliamente presente en los algoritmos de triaje mundiales durante la crisis, opera bajo la lógica de la maximización numérica, abogando por la asignación de recursos escasos para salvar el mayor número de vidas, a menudo a expensas de los grupos más vulnerables. Por otra parte, los datos indican que la gobernanza del hospital se guió principalmente por el principialismo bioético (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), rechazando así la frialdad de los cálculos puramente pragmáticos

y anclándose en el respeto inalienable por la dignidad humana¹¹.

La adopción del modelo principalista demostró una relación directa y positiva con los resultados en materia de salud mental corporativa. Al poner en práctica este marco mediante la creación de estructuras como el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) y el Frente de Apoyo a la Salud de los Trabajadores, la institución consolidó una estrategia que justifica la baja prevalencia de distrés moral relatado entre los gestores (18,75%).

Este escenario dialoga con las propuestas de Beauchamp y Childress¹¹, quienes enfatizan que la gobernanza eficiente debe basarse en valores normativos claros. La literatura contemporánea también corrobora esta perspectiva, una vez que argumenta que la articulación entre claridad ética, espacios deliberativos y apoyo organizacional actúa como un escudo protector^{16,17}, fortaleciendo la gobernanza pública y mitigando directamente el distrés moral de los trabajadores en emergencias sanitarias.

Es necesario realizar un análisis crítico exhaustivo del 81,25% de los representantes de la gobernanza que afirmaron no haber experimentado distrés moral o sufrimiento psicológico. Dado que esto concierne al nivel más alto de toma de decisiones de la institución, es imperativo considerar la manifestación del sesgo de deseabilidad social y de defensas institucionales en las respuestas. En los puestos de liderazgo en el sector sanitario, existe la expectativa tácita de que el gestor proyecte invulnerabilidad, resiliencia y control absoluto ante sus equipos operativos.

En consecuencia, los sesgos institucionales pueden haber llevado a la supresión, negación o normalización del estrés severo experimentado, lo que enmascaró el verdadero impacto emocional. La negativa a informar sobre la enfermedad puede actuar como un mecanismo estructural de afrontamiento (*coping*) para mantener la estabilidad de la pirámide organizativa en tiempos de crisis, subestimando el peso real que las continuas deliberaciones morales ejercían sobre estos profesionales.

Limitaciones del estudio

A pesar de la solidez metodológica, el hecho de que el estudio se haya realizado en una sola

institución limita la generalización de los hallazgos, y la dependencia de datos administrativos secundarios puede haber dado lugar a una infranotificación. La muestra cualitativa no incluyó a residentes, profesionales en prácticas ni trabajadores subcontratados, y el enfoque en los servidores del RJU puede haber limitado la heterogeneidad de la población estudiada. De igual modo, la conclusión de que la gobernanza se guiaba por el principalismo y que el sufrimiento moral de los gestores era bajo puede estar sesgada, ya que, al ser entrevistados sobre sus propias acciones, es posible que las hayan presentado de forma idealizada, bajo el sesgo de la deseabilidad social.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Se sugiere que futuras investigaciones comparen diferentes instituciones y amplíen el alcance de las categorías profesionales analizadas. También se propone desarrollar estudios longitudinales e investigaciones que exploren comparativamente la aplicación de diferentes modelos bioéticos a la gestión sanitaria, profundizando la comprensión del potencial de la ética aplicada en tiempos de crisis.

Consideraciones finales

Este estudio analizó la respuesta de la gobernanza pública hospitalaria a las demandas éticas y psicosociales de la sindemia de COVID-19. Los resultados mostraron que, si bien no hubo un aumento significativo en el número de licencias médicas, las categorías de contacto intermedio presentaron una mayor vulnerabilidad, lo que indica una dimensión invisibilizada de la crisis. El análisis demostró que la mayoría de los dilemas éticos se resolvieron con un enfoque basado en el principalismo, lo que contribuyó a mitigar el distrés moral. La implementación de estructuras de apoyo, como el COE y el Frente de Apoyo a la Salud de los Trabajadores, fue crucial para mantener la resiliencia organizacional.

Este estudio refuerza el papel de la bioética como instrumento estructurador para la gobernanza pública en salud. Al demostrar que los modelos normativos sensibles a la complejidad moral de la gestión son viables y deseables, los resultados amplían el alcance teórico de la bioética aplicada a la administración hospitalaria.

Los autores agradecen al Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), vinculado a la Rede EBSERH (HU Brasil), por su apoyo institucional, por proporcionar los datos y por la colaboración de sus equipos técnicos y de gestión en todas las etapas de la investigación.

Referencias

1. Horton R. Offline: covid-19 is not a pandemic. *The Lancet* [Internet]. 2020 [acesso 9 dez 2022];396(10255):874. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6
2. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q* [Internet]. 2003 [acesso 2 ago 2023];17(4):423-41. DOI: 10.1525/maq.2003.17.4.423
3. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Almeida LP, Sampaio JFS. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2021 [acesso 4 dez 2022];46(5):1999-2010. DOI: 10.1590/2317-6369000028520
4. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 [acesso 7 nov 2023];25(9). DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020
5. Yang K, Qi H. The public health governance of the COVID-19 pandemic: a bibliometric analysis. *Healthcare* (Basel) [Internet]. 2022 [acesso 7 nov 2023];10(2):299. DOI: 10.3390/healthcare10020299
6. Searight HR. COVID-19: ethical dilemmas. In: Searight HR, editor. *Covid-19: Health disparities and ethical challenges across the globe* [Internet]. Cham: Springer; 2023 [acesso 7 nov 2023]. p. 147-73. DOI: 10.1007/978-3-031-26200-5_7
7. Sanches MA, Cunha TR, Siqueira SS, Siqueira JE. Bioethical perspectives on decision-making in pandemic times. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2022];28(3):423-31. DOI: 10.1590/1983-80422020283401
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [acesso 7 jul 2023];3(3):e203976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
9. Singer P. *Practical ethics*. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
10. Lamiani G, Montecalvo M, Battistini CL, Borghi L, Meyer EC, Vegni E. Coping with moral distress: a qualitative study exploring psychological strategies used by healthcare professionals. *BMC Psychol* [Internet]. 2025 [acesso 5 jun 2026];13:589. DOI: 10.1186/s40359-025-02926-3
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
12. Kolivand P, Hosseindoost S, Kolivand Z, Gharaylou Z. Psychosocial impact of COVID-19 2 years after outbreak on mental health of medical workers in Iran. *Middle East curr psychiatry* [Internet]. 2023 [acesso 1 dez 2024];30(1):4. DOI: 10.1186/s43045-022-00276-z
13. Miranda FMD, Araújo TM, Oliveira SS, organizadoras. *Reunindo esforços por direitos e bem-viver* [Internet]. Curitiba: Editora CRV; 2025 [acesso 4 jun 2026]. Disponível: <http://bit.ly/4bPLQfB>
14. Glad KA, Wøien H, Stensland SØ, Reitan SK, Zwart JAH, Atar D *et al.* Health care workers' qualitative descriptions of ethically challenging situations evoking moral distress during Covid-19. *Nurs Ethics* [Internet]. 2024 [acesso 4 jun 2026];31(8):1709-21. DOI: 10.1177/09697330241257567
15. Castro JL, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro SS, França T, Pinto ICM. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. *Saude Soc* [Internet]. 2023 [acesso 9 set 2024];32:e230491pt. DOI: 10.1590/S0104-12902023230491pt
16. Bondjers K, Glad AK, Wøien H, Wentzel-Larsen T, Atar D, Reitan SK *et al.* Moral distress and protective work environment for healthcare workers during public health emergencies. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2024 [acesso 4 jun 2026];25:103. DOI: 10.1186/s12910-024-01098-w

Simone Barros – Doctora – simoninhabarros2010@hotmail.com

 0000-0003-0353-8546

Diego Freitas Rodrigues – Doctor – diego.frodrigues@ufpe.br

 0000-0001-5698-596X

Correspondencia

Simone Barros – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro do Martins. CEP 57072-900. Maceió/AL, Brasil.

Contribución de los autores

Simone Barros: conceptualización; curación de datos; redacción del manuscrito original.

Diego Freitas Rodrigues: análisis formal; redacción – revisión y edición; metodología.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 13.8.2025

Revisado: 1.6.2026

Aprobado: 23.6.2026