



GRAZIELE DE LIMA DALMOLIN

**SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT*: RELAÇÕES NAS
VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT*: RELAÇÕES NAS
VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

GRAZIELE DE LIMA DALMOLIN

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Ética, educação e saúde.

**Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi
Co-Orientador: Dr. Guilherme Lerch Lunardi**

**RIO GRANDE
2012**

D148s Dalmolin, Grazielle de Lima.

Sofrimento moral e síndrome de Burnout: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem / Grazielle de Lima Dalmolin. – 2012.

174 f. : il. + tab. ; quadros.

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi.

Co-orientador: Dr. Guilherme Lerch Lunardi.

Tese (doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande/
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Rio Grande/RS, 21/12/2012.

1. Enfermagem. 2. Ética na enfermagem. 3. Síndrome de Burnout.
I. Lunardi, Valéria Lerch . II. Lunardi, Guilherme Lerch. III. Título.

CDU : 616-083

Catálogo na Fonte Cristiane Oliveira dos Santos – CRB10/1617

Biblioteca Central da FURG.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GRAZIELE DE LIMA DALMOLIN

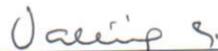
SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT*: RELAÇÕES NAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 21 de dezembro de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

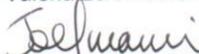
Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente



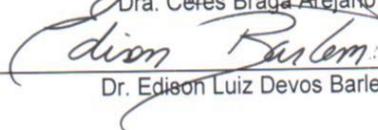
Dr. Joel Rolim Mancia – Membro



Dra. Rosemary Silva da Silveira – Membro



Dra. Ceres Braga Arejano – Membro



Dr. Edison Luiz Devos Barlem - Membro

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Mauro e Mari Rejane, por serem os pais que são.
Por todo amor e incentivo que me ajudaram a trilhar esse caminho e
chegar até aqui. Não tenho palavras para expressar todo
meu sentimento de gratidão e admiração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter chegado até aqui, pois sem as suas bênçãos eu não teria conseguido. Por me iluminar, dar forças em todos os momentos e sempre me mostrar a direção nas horas incertas. Obrigada pela sincronicidade da vida, fazendo com que tudo tenha chegado e acontecido na hora certa. Agradeço também por todas as pessoas que o Senhor colocou no meu caminho durante essa trajetória, as quais ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Valéria Lerch Lunardi, minha querida orientadora, agradeço por ter compartilhado seus conhecimentos durante todos esses anos de orientação, desde a graduação até o doutorado. Mais do que isso, agradeço pela dedicação, disponibilidade, paciência, compreensão e amizade revelada. E principalmente, por ter acreditado em mim, e por me servir de exemplo pela sua enorme capacidade científica e, ao mesmo tempo, ser extremamente cuidadosa e humana, características que a qualificam como um ser humano especial.

Ao Professor Doutor Guilherme Lerch Lunardi, meu co-orientador, pela sua disponibilidade, atenção, por ter compartilhado seus conhecimentos e pelas contribuições enriquecedoras ao longo desse trabalho.

Aos meus pais, Mauro e Mari Rejane, pelo amor e respeito que sempre me dedicaram, pela dedicação e esforço em minha formação, pelos valores e princípios que me ensinaram. Pela confiança, força, apoio e, principalmente por serem sempre o meu porto seguro.

A minha irmã, Thaís, pelo amor, amizade, companheirismo, incentivo e por sempre torcer por mim.

A minha avó, Almira, pelo amor e dedicação, pela confiança e incentivo que sempre me motivaram.

A FURG, EEnf e PPGEnf pela oportunidade e por terem me acolhido em toda minha formação.

Aos professores doutores Rosemary Silva da Silveira, Joel Rolim Mancia, Laura de Azevedo Guido, Ceres Braga Arejano e Edison Luiz Devos Barlem, por

aceitarem fazer parte das bancas de qualificação e defesa dessa tese e por suas importantes contribuições.

A todos aqueles que de certa forma favoreceram a realização dessa tese.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

(Antoine de Saint-Exupéry).

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir (FOUCAULT, 1984, p.13).

RESUMO

DALMOLIN, Grazielle de Lima. Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem 2012. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Trabalhadores de enfermagem vivenciam problemas morais em seus cotidianos profissionais, o que lhes provoca sofrimento moral, o qual pode estar associado ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, visto apresentarem manifestações emocionais e físicas semelhantes. Assim, o presente estudo apresentou como objetivo geral “*identificar relações entre sofrimento moral e burnout nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem*”; e como objetivos específicos: *identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por trabalhadores de enfermagem; avaliar a ocorrência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem; e, identificar as dimensões do burnout mais significativamente associadas ao sofrimento moral*. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, realizado em três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois distintos municípios (M1 e M2). Os sujeitos do estudo foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nessas instituições. Os dados foram colhidos, de outubro de 2010 a julho de 2011, mediante questionário para caracterização dos sujeitos, uma adaptação do *Moral Distress Scale* e o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Para análise dos dados, utilizou-se de estatística descritiva; análise de variância (ANOVA); análise bivariada com utilização da correlação de Pearson; e, análise multivariada, através de regressão múltipla. A validação dos dados ocorreu através da análise fatorial e alfa de *Cronbach*. Para o sofrimento moral foram validados quatro constructos denominados *Falta de competência na equipe de trabalho, Desrespeito a autonomia do paciente, Condições de trabalho insuficientes e Obstinação terapêutica*. Para o *burnout* foram validadas as três dimensões que o caracterizam, *exaustão emocional, realização profissional e despersonalização*. A partir da análise dos dados foram construídos três artigos para apresentação dos resultados. O primeiro artigo “**Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?**” demonstrou que enfermeiros e auxiliares de enfermagem possuem médias mais elevadas de percepção de sofrimento moral comparados aos técnicos de enfermagem, sendo a percepção de sofrimento moral influenciada, principalmente, por questões organizacionais e formas de comunicação. O segundo artigo “**Burnout em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande Do Sul**” demonstrou que esses trabalhadores de enfermagem apresentaram níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional* e *despersonalização* e, de moderado a alto em *realização profissional*, fatores que são influenciados também por características dos trabalhadores e seus ambientes de trabalho. Por fim, no terceiro artigo “**Sofrimento moral e síndrome de burnout: existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?**”, verificou-se a existência de uma correlação baixa entre sofrimento moral e *burnout*, além de uma possível correlação positiva entre obstinação terapêutica e *burnout*, e uma correlação negativa entre realização profissional e sofrimento moral. Parece evidente a necessidade de implementação de ações de melhoria das condições de trabalho e da comunicação nos ambientes de atuação da enfermagem, favorecendo os enfrentamentos, as tomadas de decisão, o exercício

da autonomia, e, principalmente, a qualidade do cuidado de enfermagem e saúde/satisfação de seus trabalhadores para que possam expressar seus valores e saberes, em defesa dos valores profissionais e dos direitos dos pacientes.

Descritores: Ética em enfermagem. Enfermagem. Moral. *Burnout*.

ABSTRACT

DALMOLIN, Grazielle de Lima. Moral distress and burnout syndrome: relations in nursing staff's day-to-day working experiences 2012. 174p. Thesis (PhD in Nursing) – Nursing School. Postgraduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, *Rio Grande*.

Nursing staff are confronted with moral issues in their day-to-day profession, which cause them moral distress and can be associated with the development of burnout syndrome, given the presence of similar emotional and physical manifestations. Thus, this study reveals the general objective of *“identifying the relation between moral distress and burnout in nursing staff's day-to-day working experiences”*, and the specific objectives of: *identifying the frequency and severity of moral distress experienced by nursing staff; assessing the occurrence of burnout syndrome more significantly associated with moral distress*. This is a descriptive research study of quantitative approach that was conducted in three Hospitals (H1, H2 and H3) of the southern region of *Rio Grande do Sul*, located in two separate cities (M1 and M2). The research subjects were nurses, technicians and auxiliary nurses working at these Hospitals. The data was gathered between October 2010 and July 2011, through a character survey incorporating the Moral Distress Scale and the Maslach Burnout Inventory (MBI), as instrument. For the data analysis, were used descriptive statistics, analysis of variance (ANOVA); bivariate analysis using the Pearson correlation coefficient; and multivariate analysis, through multiple regression. Data validation was done using factor analysis and *Cronbach's* alpha. For moral distress, four constructs were identified and validated: *lack of competence when working as a team; disregard for patient's autonomy, insufficient working conditions and therapeutic obstinacy*. With regards to Burnout Syndrome, the three dimensions that characterise it are: *emotional exhaustion, job satisfaction and depersonalisation*. There have been three articles elaborated based on the data analysis, for reporting of results. The first article **“Nurses, nursing technicians and auxiliary staff: who experiences greater moral distress?”** showed that nurses and auxiliary nurses have a greater perception of moral distress when compared to nursing technicians, this being influenced, mainly by organisational issues and methods of communication. The second article **“Burnout within nursing staff of the southern region of *Rio Grande do Sul*”** showed that the nursing staff presented lower to moderate dimensions of emotional exhaustion and depersonalisation, however moderate to high dimensions of job satisfaction, these factors also being influenced by the staff's working conditions. Finally, article three **“Moral distress and burnout syndrome: is there a relation between these phenomena in nursing?”** it was found that there is a low correlation between moral distress and burnout, in addition to a possible positive one between therapeutic obstinacy and burnout, and a negative correlation between job satisfaction and moral distress. This highlights the need to improve the working conditions and communication within the nursing environment, thus encouraging confrontation, decision making, the right to exercise one's autonomy, and especially, the quality of nursing care and health/satisfaction of staff in order that they may express their values and knowledge in defence of the patient's rights.

Keywords: Ethics in nursing. Nursing. Moral. Burnout.

RESUMEN

DALMOLIN, Grazielle de Lima. Angustia moral y síndrome de *burnout*: relaciones en las experiencias profesionales de los trabajadores de enfermería 2012. 174f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Personal de enfermería tiene problemas morales en su día a día profesional, lo que les causa angustia moral, que puede estar asociada con el desarrollo del síndrome de *burnout*, ya que presentan manifestaciones físicas y emocionales similares. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo general, “*identificar relaciones entre angustia moral y burnout en las experiencias profesionales del personal de enfermería*”; y como objetivos específicos: *identificar la frecuencia y la intensidad de la angustia moral sufrida por el personal de enfermería; evaluar la incidencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería, así como identificar las dimensiones de burnout más significativamente asociadas con la angustia moral*. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de enfoque cuantitativo, realizado en tres hospitales (H1, H2 y H3) del sur de Rio Grande do Sul, ubicados en dos municipalidades diferentes (M1 y M2). Los sujetos del estudio fueron enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que trabajan en estas instituciones. Los datos fueron recogidos desde octubre del 2010 a julio del 2011, a través de un cuestionario para caracterizar a los sujetos, una adaptación del *Moral Distress Scale* y el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, análisis de variación (ANOVA), análisis bivariado utilizando la correlación de Pearson y el análisis multivariado mediante regresión múltiple. La validación de datos se produjo a través de análisis factorial y alfa de *Cronbach*. Para la angustia moral se validaron cuatro construcciones llamadas *Falta de competencia en el equipo de trabajo, Falta de respeto a la autonomía del paciente, Condiciones de trabajo inadecuadas* y *Obstinación terapéutica*. Para el *burnout* se han validado tres dimensiones que lo caracterizan, *agotamiento emocional, satisfacción laboral* y *despersonalización*. A partir del análisis de los datos se construyeron tres artículos que reportan los resultados. El primer artículo “**Enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería: ¿quién sufre mayor angustia moral?**” demostró que enfermeros y auxiliares de enfermería tienen el promedio más alto de dificultad de percepción de angustia moral frente a los técnicos de enfermería, siendo la percepción de angustia moral, influenciada principalmente por cuestiones de organización y formas de comunicación. El segundo artículo “**Burnout en personal de enfermería del sur de Rio Grande Do Sul**” ha demostrado que este personal de enfermería presentó niveles de bajo a moderado en las dimensiones de *agotamiento emocional* y *despersonalización* y, de moderado a alto en *satisfacción laboral*, factores que también son influenciados por características de los trabajadores y su entorno de trabajo. Finalmente, en el tercer artículo “**Angustia moral y síndrome de burnout: ¿existen relaciones entre esos fenómenos en la enfermería?**” se constató que existe una baja correlación entre la angustia moral y *burnout*, además de una posible correlación positiva entre la obstinación terapéutica y *burnout*, y una correlación negativa entre la satisfacción laboral y la angustia moral. Parece evidente la necesidad de implementar acciones para mejorar las condiciones de trabajo y de comunicación en el entorno de actuación de la enfermería, favoreciendo los enfrentamientos, la toma de decisiones, el ejercicio de la autonomía, y sobre todo la calidad de los cuidados de enfermería y la salud/satisfacción de sus empleados para

que puedan expresar sus valores y conocimientos en la defensa de los valores profesionales y de los derechos de los pacientes.

Descriptores: Ética en enfermería. Enfermería. Moral. *Burnout*.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição das questões inseridas no MDS por Barlem (2012)	65
QUADRO 2 – Descrição do número de trabalhadores de enfermagem em cada instituição e número de retorno dos questionários	74
QUADRO 3 – Classificação de intensidade de correlação	81

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Representação de fatores de sofrimento moral que podem contribuir para o desenvolvimento do <i>burnout</i> e de fatores do <i>burnout</i> que podem contribuir para o desenvolvimento do sofrimento moral.....	123
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Análise fatorial exploratória (rotação <i>Varimax</i>) – Sofrimento moral – Rio Grande – 2012	75
TABELA 2 - Análise fatorial exploratória (rotação <i>Varimax</i>) – <i>Burnout</i> – Rio Grande – 2012	79
TABELA 1 (Artigo 1) – Médias de intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelos diferentes trabalhadores de enfermagem conforme situações representadas nas questões do instrumento validado – Rio Grande – 2012	90
TABELA 2 (Artigo 1) – Média geral de sofrimento moral vivenciado por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros conforme os quatro constructos propostos na análise fatorial – Rio Grande – 2012	92
TABELA 3 (Artigo 1) – Relação entre a percepção de sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem conforme constructos identificados e características dos indivíduos e trabalho – Rio Grande – 2012	93
TABELA 1 (Artigo 2) – Análise fatorial exploratória (rotação <i>varimax</i>) – Rio Grande – 2012	106
TABELA 2 (Artigo 2) – Média de frequência de <i>burnout</i> em trabalhadores de enfermagem conforme as dimensões do <i>burnout</i> – Rio Grande – 2012	107
TABELA 3 (Artigo 2) – Relações entre as três dimensões do <i>burnout</i> com características dos sujeitos e seus ambientes de trabalho - Rio Grande – 2012	108
TABELA 1 (Artigo 3) – Resultados da correlação de Pearson – Rio Grande – 2012	123
TABELA 2 (Artigo 3) – Análise de regressão entre as dimensões do sofrimento moral sobre o <i>burnout</i> - Rio Grande – 2012	124
TABELA 3 (Artigo 3) – Análise de regressão entre as dimensões do <i>burnout</i> sobre o sofrimento moral – Rio Grande – 2012	125

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	22
2. REFERENCIAL FILOSÓFICO	30
2.1. Escolha de um referencial foucaultiano	30
2.2. Trajetória filosófica de Foucault	30
2.3. Aproximação aos conceitos foucaultianos	31
2.3.1. A questão do poder	32
2.3.2. Resistência como relação de poder	34
2.3.3. Poder pastoral	36
2.3.4. Disciplina nas relações de poder	38
3. REVISÃO DE LITERATURA	40
3.1. A ética na perspectiva da prática de enfermagem	40
3.2. Sofrimento moral na enfermagem	43
3.3. Síndrome de <i>burnout</i> e enfermagem	53
3.4. Sofrimento moral e síndrome de <i>burnout</i> na enfermagem	59
4. METODOLOGIA	62
4.1. Tipo de estudo	62
4.2. Local de estudo	63
4.3. Instrumentos de coleta de dados	64
4.3.1. Escala de Sofrimento Moral – <i>Adaptação do Moral Distress Scale</i>	65
4.3.2. Escala de <i>Burnout</i> – <i>Adaptação do Maslach Burnout Inventory</i>	67
4.4. Sujeitos do estudo	69
4.5. Coleta de dados	70
4.6. Validação dos instrumentos	73
4.6.1 Validação do instrumento de sofrimento moral	74
4.6.2. Validação do instrumento de <i>burnout</i>	78
4.7. Análise dos dados	80

4.8. Aspectos éticos	81
5. RESULTADOS	83
5.1. Artigo 1 - Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?	84
5.2. Artigo 2 - <i>Burnout</i> em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande Do Sul	100
5.3. Artigo 3 - Sofrimento moral e síndrome de <i>burnout</i> . existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?	116
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	139
ANEXOS	
APÊNDICES	

APRESENTAÇÃO

Essa tese intitulada “**Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem**” é parte do projeto CNPq nº. 475366/2008-5, “Sofrimento moral no trabalho: percepção da equipe de enfermagem”¹. Encontra-se estruturada da seguinte forma: introdução, referencial filosófico, revisão de literatura, metodologia, análise e discussão dos resultados apresentados sob a forma de artigos e considerações finais, apresentando por fim referências utilizadas, anexos e apêndices.

Na introdução, há a apresentação da temática, problematização do sofrimento moral e da síndrome de *burnout*, e justificativa da relevância desse estudo para a enfermagem. Apresentam-se algumas das principais dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem, o que lhes geram conflitos e problemas morais, associados à ocorrência de sofrimento moral e *burnout* no seu cotidiano profissional.

No referencial filosófico, inicialmente, justifica-se a escolha por um referencial foucaultiano, a trajetória filosófica de Foucault, prosseguindo com uma aproximação aos conceitos foucaultianos, entre eles, os conceitos de poder, resistência e disciplina. O interesse em aprofundar a temática em Foucault decorreu, principalmente, pelo seu entendimento de poder como relações de forças, o que implica a permanente possibilidade do exercício da resistência, fundamental não apenas para a compreensão de situações conflituosas presentes no trabalho da enfermagem, associadas ao sofrimento moral e *burnout*, mas também para a sua possibilidade de enfrentamento.

Na revisão de literatura, abordam-se quatro temáticas: 1) a ética na perspectiva da prática da enfermagem, relacionando o conceito de ética ao trabalho da enfermagem e conflitos éticos associados; 2) sofrimento moral na enfermagem, apresentando conceitos e estudos referentes ao sofrimento moral; 3) síndrome de *burnout* e enfermagem, com conceito e características do *burnout*, relacionando-os na enfermagem; e 4) sofrimento moral e síndrome de *burnout* na enfermagem, trazendo aproximações entre os dois fenômenos, já explicitadas na literatura.

¹O processo de coleta de dados ocorreu juntamente com a implementação de outro projeto de doutorado (Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana) de Barlem (2012), também parte do referido projeto do CNPq.

Na metodologia, faz-se uma descrição do tipo de pesquisa, local de estudo, sujeitos, instrumentos, coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, denominada também de pesquisa *survey* ou levantamento. O local de estudo compreendeu três instituições hospitalares em dois municípios diferentes do sul do Rio Grande do Sul, sendo os sujeitos de pesquisa enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e a coleta realizada através de um questionário formado por questões de caracterização dos sujeitos e de outros dois instrumentos, uma adaptação do *Moral Distress Scale* e do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A análise dos dados foi realizada por meio de quatro análises distintas: estatística descritiva, análise de variância (ANOVA), análise bivariada com utilização da correlação de Pearson e, análise multivariada, através de regressão múltipla.

Os resultados e sua discussão são apresentados no formato de três artigos. No primeiro artigo, denominado “Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?” percebeu-se que entre as categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros são os que apresentaram maior sofrimento moral. Associou-se, também, a vivência de sofrimento moral, principalmente, com as questões de organização do trabalho que não privilegiam espaços de discussão, problematização e reflexão de situações vivenciadas no dia a dia do trabalho que demandam enfrentamentos dos trabalhadores. No segundo artigo, intitulado “*Burnout* em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande do Sul” demonstrou-se que os trabalhadores de enfermagem apresentaram níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional* e *despersonalização* e, de moderado a alto em *realização profissional*. Observou-se também que a comunicação no ambiente de trabalho influencia a ocorrência das três dimensões do *burnout*. No terceiro artigo, intitulado “**Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?**”, identificou-se uma correlação definida como leve entre sofrimento moral e *burnout*. Entre as dimensões do sofrimento moral que podem levar ao *burnout*, percebeu-se uma possível correlação positiva entre a obstinação terapêutica e o *burnout*, e, dentre as dimensões do *burnout* que podem influenciar no sofrimento moral, verificou-se uma correlação negativa entre realização profissional e sofrimento moral.

Por fim, nas considerações finais, realiza-se uma síntese e reflexão dos principais resultados apresentados nesta tese. Apresentam-se também algumas

limitações da realização desse estudo, bem como possibilidades de novas investigações que possam vir a contribuir para o entendimento da temática de sofrimento moral e *burnout* na enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, com os recentes e contínuos avanços científicos e tecnológicos, muitos valores têm sido relegados a um segundo plano, constituindo, diariamente, novos desafios no campo da ética, os quais podem ser caracterizados por conflitos e situações dilemáticas que, diante de suas particularidades, tornam mais complexos o exercício de determinadas profissões e suas tomadas de decisões (OGUISSO, SCHIMIDT, 2010).

Na enfermagem, parece indispensável reflexões sobre essas questões, pois a atuação de seus trabalhadores freqüentemente perpassa situações de cunho conflituoso e dilemático. Entende-se que a identificação e o reconhecimento de problemas relacionados ao trabalho da enfermagem e, especificamente, ao cuidado de enfermagem desempenhado por seus trabalhadores seja fundamental para a constituição de trabalhadores e sujeitos éticos, pois muitas vezes esses problemas não são sequer percebidos. Portanto, problematizações do cotidiano vivido, percepção dos problemas, conflitos, dificuldades e questionamentos são essenciais para a discussão ética do fazer dessa profissão (LUNARDI, LUNARDI FILHO, SILVEIRA, SOARES, LIPINSKI, 2004).

O cuidado de enfermagem abrange comportamentos e ações pertinentes à categoria, estabelecidas pela lei do exercício profissional, envolvendo qualidades como conhecimento, habilidades manuais, criatividade, capacidade crítico-reflexiva e sensibilidade, o que possibilita um cuidar de maneira competente, com vistas ao desenvolvimento das potencialidades do ser humano para manter ou melhorar sua condição nos processos de viver e morrer (WALDOW, 2006). Assim, embora os produtos da ciência tragam inúmeros benefícios para o avanço na área da saúde e da enfermagem, bem como para a formação e especialização dos trabalhadores, a tecnologia também gera “impessoalidade, formalismo, frieza e desvalorização” (WALDOW, 2006, p. 134), o que pode comprometer o fazer ético dos trabalhadores de enfermagem e o cuidado prestado.

O agir ético do trabalhador está fundamentado em seus valores, crenças, desejos, motivações e necessidades, perpassando relações dialógicas abertas, críticas, reflexivas e consensuais, ou seja, as ações éticas devem compreender as competências do “saber fazer, saber conviver e saber ser” (FREITAS, OGUISSO, FERNANDES, 2010, p.107). Nesse sentido, a ocorrência de conflitos na

enfermagem pode ser decorrente da disparidade entre novas formas de agir/pensar suscitadas pelas mudanças tecnológicas/formas de organização do trabalho e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, pautada no agir ético do trabalhador.

Conflitos e dilemas éticos na enfermagem relacionam-se, principalmente, a tomadas de decisão, que implicam princípios éticos ou práticas morais, no que se refere à assistência e ao cuidado, sistema de saúde, diagnósticos, conduta e formação ética (MONTEIRO, BARBOSA, BARROSO, VIEIRA, PINHEIRO, 2008; ROSENSTOCK, SOARES, SANTOS FERREIRA, 2011).

Assim, conflitos na enfermagem estão ligados à ocorrência de problemas morais, incluindo dilemas morais e sofrimento moral. Problemas morais podem ocorrer quando há diferenças de percepção sobre uma mesma situação, as quais não são comunicadas, compreendidas e nem resolvidas adequadamente, o que pode ocasionar dilemas e sofrimento moral (ERLEN, FROST, 1991). No que se refere aos dilemas morais, os trabalhadores são capazes de perceber que importantes valores morais estão em choque diante das diferentes possibilidades de tomadas de decisão, e a decisão por uma opção torna inválida a outra (JAMETON, 1993). Já sofrimento moral pode ser entendido como a dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual o trabalhador reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém se vê impedido de executá-la na prática por constrangimentos, reconhecendo como inadequada sua participação moral (NATHANIEL, 2002).

A Associação Canadense de Enfermagem faz uma clara distinção entre problemas éticos, dilemas éticos e sofrimento ético ou moral, afirmando que os trabalhadores de enfermagem, ao conseguirem nomear o tipo de problema ético tornam-se mais capazes de discuti-lo com colegas e supervisores, tomando medidas para o seu enfrentamento em fase precoce. De acordo com o código de ética canadense, problemas morais envolvem situações conflituosas entre um ou mais valores morais e incerteza sobre o curso de ação correto, tanto nos níveis individual, interpessoal, organizacional e social. Dilemas éticos são percebidos em situações em que se têm dois ou mais cursos possíveis de ação e razões igualmente imperiosas, em que a escolha de uma ação implica a renúncia das outras. Sofrimento moral ocorre em situações em que os trabalhadores sabem ou acreditam

conhecer a ação correta a ser seguida, mas por várias razões, como medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, não conseguem seguir com esse curso de ação ou evitar danos particulares. Assim, esses trabalhadores têm seus valores e identidades de agentes morais comprometidos (CNA, 2008).

Sofrimento moral vem sendo alvo de investigações internacionais desde a década de 1980, enfocando suas implicações a partir das incoerências entre ações, crenças e conhecimentos das enfermeiras (JAMETON, 1984). Em nosso contexto, problemas morais e sofrimento moral vêm sendo investigados, especialmente, pelo grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (NEPES-EEnf/FURG)”, tanto em estudos com abordagem qualitativa como quantitativa, enfocando o trabalho da enfermagem em diferentes ambientes de atenção à saúde, como em instituições públicas (BULHOSA, 2006; BARLEM, 2009; BARLEM, 2012) e privadas (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009; BARLEM, 2009; BARLEM, 2012).

Nesses estudos, constatou-se que problemas morais, dilemas morais, sofrimento moral e a conseqüente fragilização do cuidado de enfermagem parecem ocorrer predominantemente por fatores relacionados à (des)organização do trabalho, envolvendo a humanização do cuidado, insuficiência de recursos materiais e humanos, relações interpessoais (BULHOSA, 2006; DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009), falta de respaldo institucional para o exercício de autonomia do trabalhador de enfermagem, desrespeito aos direitos dos pacientes e morte por negligência, ou seja, situações de morte reconhecidas como evitáveis (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009).

Outros aspectos que podem contribuir para o desenvolvimento de sofrimento moral referem-se aos constrangimentos institucionais e seus impactos sobre a habilidade dos trabalhadores de enfermagem em advogar pelos pacientes, sua incapacidade, muitas vezes, de influenciarem decisões médicas relacionadas à dor e ao sofrimento dos pacientes e à estrutura hierárquica de poder, de muitos hospitais, o que dificulta tanto o reconhecimento do seu saber, como sua implementação (RITTENMEYER, HUFFMAN, 2009).

Ainda, em revisão integrativa de estudos sobre sofrimento moral, constatou-se sua associação, principalmente, à prestação de cuidados fúteis e obstinação terapêutica, a questões organizacionais, aos diferentes ambientes de atuação da

enfermagem e aos tipos de pacientes assistidos. Identificaram-se, também, implicações do sofrimento moral para a vida dos trabalhadores de enfermagem, tanto na dimensão pessoal, com sinais emocionais e físicos, como na dimensão profissional, relacionadas à satisfação no trabalho, ao desenvolvimento do *burnout*, e ao abandono da profissão (DALMOLIN, 2009).

Dentre as implicações para os trabalhadores de enfermagem, decorrentes da vivência de sofrimento moral, tanto de ordem individual como profissional, tem-se o desenvolvimento de sintomas emocionais, como: frustração, ansiedade, raiva e culpa; e físicos, como: tremores, sudorese, dores de cabeça, diarreias e choro (AIKEN et al, 2002; JAMETON, 1993; WILKINSON, 1987). Também foram identificados riscos de perda da auto-estima e integridade, e inabilidade de proporcionar bons cuidados aos pacientes (ERLEN, 2001; WILKINSON, 1987), assim como perda de satisfação no trabalho, menor qualidade no relacionamento com o paciente e, até, abandono do trabalho e da profissão (NATHANIEL, 2002). O abandono da profissão, especificamente, tem preocupado a categoria de forma ampla, pela crescente insuficiência de trabalhadores de enfermagem (CORLEY, MINICK, ELSWICK, JACOBS, 2005), além de possíveis problemas relacionados ao cuidado e à segurança dos pacientes e dos próprios trabalhadores e, especialmente, a sua manutenção no exercício da enfermagem, porém com o abandono dos valores dessa profissão.

Considerando-se as implicações emocionais do sofrimento moral descritas anteriormente, pode-se dizer que essas parecem estar fortemente relacionadas ao não exercício de poder dos trabalhadores de enfermagem nas tomadas de decisão, o que os faz agirem, muitas vezes, contrariamente às suas crenças e valores, negando seus conhecimentos. Já as implicações físicas parecem ser manifestações de somatização do sofrimento moral inicial, ou seja, aparecem em um estágio mais avançado do sofrimento moral, podendo, também, essas manifestações físicas conduzir ao *burnout* (DALMOLIN, 2009). Expõe-se, ainda, que esses trabalhadores, ao experienciarem o sofrimento moral, e desenvolverem reações biológicas e psicológicas, parecem tornar-se mais vulneráveis à experiência do *burnout*, podendo deixar a instituição ou até a profissão, optando por trabalhos que julgam menos estressantes (RITTENMEYER, HUFFMAN, 2009; CAVALIERE, DALY, DOWLING, MONTGOMERY, 2010).

A síndrome de *burnout* é um processo que leva à exaustão física, mental e emocional, em decorrência de um período prolongado de exposição a altos níveis de estresse (ALTUN, 2002), sendo reconhecida como um tipo de estresse ocupacional crônico e insidioso, apresentando manifestações mais destruidoras que o estresse agudo (CHIPAS, McKENNA, 2011). O *burnout* não é um problema dos indivíduos, mas do ambiente social em que trabalham. Há maior risco de ocorrer *burnout* quando, no trabalho, não há reconhecimento da dimensão humana, ocorrendo conflitos entre características do trabalho e características das pessoas, o que pode ser exemplificado pela sobrecarga de trabalho; falta de autonomia; remuneração e reconhecimento insuficientes; perda do senso de equipe, com hostilidade e competitividade; ausência de equidade e conflitos de valor (MASLACH, 2005).

A síndrome de *burnout* é constituída de três dimensões², exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (MASLACH, JACKSON, 1981). A exaustão emocional caracteriza-se por falta de energia e senso de esgotamento; a despersonalização por impessoalidade e insensibilidade emocional no tratamento com os pacientes; e, a diminuição da realização pessoal, pela insatisfação no desenvolvimento do trabalho e auto-avaliação negativa (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MASLACH, JACKSON, 1981; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997; CARLOTTO, CÂMARA, 2008).

Pode-se dizer que muitos sintomas do sofrimento moral e do *burnout* são comuns aos dois fenômenos; no entanto, apesar dos trabalhadores os perceberem, não os reconhecem como manifestações de sofrimento moral e de *burnout*. Sofrimento moral tem sido associado às condições e conflitos morais no ambiente de trabalho, fatores que estão, similarmente, ligados ao *burnout*, denotando possíveis relações do *burnout* com a sobrecarga de trabalho, insatisfação no trabalho e o abandono da profissão por trabalhadores de enfermagem, situações que podem apresentar ligações também com o sofrimento moral (SCHULTER, WINCH, HOLZHAUSER, HENDERSON, 2008; JUTHBERG, ERIKSSON, NORBERG, SUNDIN, 2008).

² As dimensões da síndrome de *burnout* também podem ser denominadas de exaustão, cinismo e ineficácia. Exaustão refere-se à resposta individual ao estresse; cinismo à reação negativa com os outros e o trabalho; e, ineficácia à avaliação negativa de suas próprias realizações (MASLACH, 2005).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que os trabalhadores vivenciam sofrimento moral, quando são incapazes de cumprir com seus deveres e dar seqüência aos cursos de ação considerados corretos, por constrangimentos institucionais e por dificuldades de exercer poder, tendo sua integridade e autenticidade comprometidas, tanto pessoal como profissionalmente. Esse sentimento de impotência relaciona-se principalmente às tomadas de decisão referentes ao tratamento e cuidado dos pacientes, baixa autonomia, restrições de tempo e recursos, e altos níveis de responsabilidade (RITTENMEYER, HUFFMAN, 2009).

Ao se considerar a referida impotência/dificuldade de exercer poder e a baixa autonomia, referidas pelos trabalhadores de enfermagem como fonte de sofrimento moral e também de *burnout*, faz-se necessário, de acordo com Foucault (1984), problematizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem com a possibilidade de reconhecimento de si e das práticas que permitem essas problematizações. A problematização de como ocorre a construção e reconhecimento de si dos trabalhadores de enfermagem como sujeitos dotados de uma moral heterônoma, pautada na obediência a outrem, com pequenas mortificações diárias de si, com a renúncia dos próprios desejos (LUNARDI, 1997).

Apesar dos trabalhadores de enfermagem reconhecerem a necessidade de provocar questionamentos frente aos problemas morais, podem mostrar-se temerosos em fazê-lo, possivelmente pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho (ERLEN, 2001), na própria equipe de enfermagem e na instituição como um todo, apesar das suas implicações para os usuários, o que pode estar fortemente associado ao sofrimento moral e à síndrome de *burnout*.

A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre sua possibilidade de exercer poder na instituição, para a resolução de dilemas e questões éticas (LIASCHENKO, 1993; AIKEN, SMITH, LAKE, 1994; ERLEN, FROST, 1991; PENTICUFF, WALDEN, 2000), parece fundamental para tomar uma decisão de ação ou não para este enfrentamento, assim como o conhecimento sobre as situações vividas e sua capacidade de questionamento e reflexão sobre as mesmas.

Neste sentido, destaca-se, também, outro tipo de problema moral que pode estar relacionado ao sofrimento moral e ao *burnout*, bem como suas implicações. Denominado 'desengajamento ético ou moral', esse problema moral ocorre quando os trabalhadores de enfermagem começam a reconhecer o descaso de seus

compromissos como normal, tornando-se apáticos, cruéis e não-compassivos com outros profissionais e pacientes (CNA, 2008).

De certa forma, os trabalhadores de enfermagem também parecem conviver, numa aparente normalidade, sem a realização de enfrentamentos em seus ambientes de trabalho, com situações que lhes geram desgaste e sofrimento moral, como por exemplo, baixa autonomia, sobrecarga de trabalho, remuneração inadequada, recursos materiais insuficientes e dilemas éticos e morais.

Daí o interesse em aprofundar a temática de poder em Foucault, pelo seu entendimento de poder como relações de forças, com a permanente possibilidade do exercício da resistência. Nessa imersão em Foucault, e numa tentativa de romper com normalidades instituídas, destaca-se a opção especificamente pelo poder pastoral e poder disciplinar, seja para o entendimento da mortificação dos trabalhadores de enfermagem como sujeitos e pela negação de si próprios, frente à aparente aceitação do desrespeito aos valores pessoais e profissionais, seja para o entendimento do poder disciplinar na formação de corpos produtivos economicamente, porém dóceis politicamente.

Considerando-se que situações e fatos do cotidiano deixam de ser vistos como normais assim que se tornam objetos de problematizações (AZEVEDO, 2005), destaca-se que questionamentos para a compreensão do sofrimento moral surgiram ainda na graduação, estendendo-se até o presente momento, numa busca de novas percepções, conhecimentos e respostas para questões que envolvem esse fenômeno, assim como o *burnout* na enfermagem, pelas suas possíveis articulações.

Estudos já realizados, predominantemente com abordagem qualitativa, permitiram conhecer como os trabalhadores de enfermagem vivenciam sofrimento moral em seus ambientes de trabalho, bem como suas implicações e manifestações, fornecendo elementos para o desenvolvimento desta pesquisa com abordagem quantitativa que buscou ampliar o conhecimento das possíveis relações entre esses dois fenômenos.

Dessa forma, chegou-se à seguinte questão de pesquisa:

“Existem relações entre sofrimento moral e síndrome de *burnout* nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem?”

Assim, apresentou-se a tese de que:

Existem relações entre o sofrimento moral e a síndrome de *burnout* nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem.

Teve-se como objetivos:

Objetivo Geral:

Identificar relações entre sofrimento moral e *burnout* nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem.

Objetivos Específicos:

- Identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por trabalhadores de enfermagem.
- Avaliar a ocorrência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem.
- Identificar as dimensões do *burnout* mais significativamente associadas ao sofrimento moral.

2. REFERENCIAL FILOSÓFICO

2.1. Escolha de um referencial foucaultiano

Ao buscar compreender como os fenômenos de sofrimento moral e *burnout* ocorrem entre trabalhadores de enfermagem, e/ou que relações contribuem para seu desenvolvimento ou ruptura, procura-se realizar uma leitura de alguns conceitos como: poder, resistência, disciplina e ética. Este estudo tem como base os pensamentos de Michel Foucault, por sua preocupação mais em questionar as evidências e perturbar nossas familiaridades do que em estruturar uma obra de maneira sistemática e integrada (MAIA, 1995); e ainda por seu

“permanente convite e estímulo a olhar para o que se dá em torno de nós, no nosso cotidiano, àquilo que parece natural, talvez banal, pequeno, desinteressante, quem sabe, obscuro, tal como as práticas do dia-a-dia, os pequenos gestos, atitudes escritos e falas de autores até desconhecidos, vistos como detalhes, aparentemente, sem importância (LUNARDI, 1997, p.6-7).”

Assim, utiliza-se um referencial foucaultiano, pela possibilidade de um olhar diferente sobre fatos do cotidiano, nos quais estamos imersos, e das relações que mantemos em distintos cenários do nosso dia a dia, muitas delas reconhecidas como inquestionáveis e, até, imutáveis. Opta-se também por esse referencial, pois, a partir de Foucault, pretende-se alcançar uma maior compreensão das relações de poder possivelmente intrincadas nas vivências de sofrimento moral e na ocorrência da síndrome de *burnout*.

2.2. Trajetória Filosófica de Foucault

Os estudos de Foucault podem ser divididos em dois momentos de sua trajetória, o primeiro, denominado arqueologia, compreendido entre os anos de 1961 e 1969; e, o segundo momento, genealogia, no período de 1970 a 1984. Essa divisão possibilita uma abordagem dos problemas trabalhados e pensados por Foucault, ou seja, no primeiro momento, seu foco incide sobre as ciências do homem, aquelas que o tomam como seu objeto, analisando, historicamente,

questões sobre o discurso, o que o torna científico, bem como sua articulação com o contexto, isto é, quem discursa? Como o faz? Que instituições o fazem? (VILAS BOAS, 2002).

O campo de análise da arqueologia denominado *episteme* foi o que conferiu uma noção estruturalista aos trabalhos de Foucault (CASTRO, 2009). Essa caracterização, no entanto, foi evitada por Foucault, pois a análise estruturalista eliminava por completo a noção de sentido, o que divergia de sua análise sobre o aparecimento de sentido na linguagem e sobre o modo de funcionamento do discurso em uma determinada cultura (CASTRO, 2009; DREYFUS, RABINOW, 1995).

O projeto da arqueologia que se aproximou das abordagens do estruturalismo e pós-estruturalismo fracassou por duas razões

Em primeiro lugar, o poder causal atribuído às regras que governam os sistemas discursivos é ininteligível e torna incompreensível o tipo de influência que as instituições sociais têm – uma influência que tem estado sempre no centro das preocupações de Foucault. Em segundo lugar, na medida em que ele considera a arqueologia como um fim em si mesmo, ele exclui a possibilidade de apresentar suas análises críticas em relação às suas preocupações sociais (DREYFUS, RABINOW, 1995, p.XXI)

Foucault repensa e remodela seus instrumentos de análise, passando ao segundo momento de sua trajetória, denominado de genealogia, em que sua maior preocupação incide na articulação dos conceitos de saber, poder e verdade (VILAS BOAS, 2002). Essa passagem, da arqueologia à genealogia, traz uma ampliação do foco de investigação, incluindo o estudo das práticas não discursivas e, ainda, da relação não discursividade/discursividade (CASTRO, 2009).

2.3. Aproximação aos conceitos foucaultianos

Abordam-se conceitos sob a visão foucaultiana, que parecem contribuir para a compreensão de problemáticas cotidianas vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem, no que se refere ao sofrimento moral e à síndrome de *burnout*. Dentre esses conceitos, destacam-se poder, resistência e disciplina. Os conceitos a serem trabalhados, aqui, articulam-se, principalmente, ao segundo momento dos estudos

de Foucault, porém não se descartam os primeiros estudos, visto se tratar de uma trajetória.

2.3.1 A questão do poder

O objetivo do trabalho de Foucault não foi diretamente o estudo do poder, mas sim o sujeito, isto é, estudar os modos pelos quais os seres humanos tornam-se sujeitos. Nesse sentido, Foucault interessou-se pela “história do sujeito”, o que denominou modos de subjetivação, sendo conduzido à história das práticas em que o sujeito emerge como efeito de determinadas práticas, ou seja, as práticas de constituição do sujeito. Os modos de subjetivação apresentam dois sentidos: primeiro, como modos de objetivação do sujeito, referindo-se ao sujeito como objeto em relações de conhecimento e poder; e, segundo, em relação ao conceito de ética, definindo a relação do sujeito consigo mesmo, ou seja, como o sujeito constitui-se em sujeito moral (FOUCAULT, 2008).

Três modos de objetivação que contribuem para a transformação dos seres humanos em sujeitos foram analisados por Foucault, os quais se referem a uma história de jogos de verdade em que o sujeito pode transformar-se em objeto de conhecimento (FOUCAULT, 2003). O primeiro, é o modo de investigação, ou seja, o sujeito na ciência, na produção ou na sua simples existência. O segundo modo de objetivação refere-se a sua divisão e em relação aos demais, o que foi denominado por Foucault de “práticas divisoras”. Por fim, a maneira pela qual o ser humano se torna sujeito, escolhendo o domínio da sexualidade para estudá-la, reforçando, então, o sujeito como tema principal de sua investigação (FOUCAULT, 2008).

Pode-se dizer que a questão do poder surgiu para complementar os estudos da primeira fase das pesquisas de Foucault, da arqueologia do saber, que pretendeu responder como os saberes surgiam e se transformavam, avançando à análise do porquê dos saberes. Objetivaram explicar sua existência e suas alterações, situando o saber como elemento das relações de poder, incluindo-o, também, como dispositivo político, já na genealogia do poder, o que constitui o segundo momento das análises de Foucault, como já referido anteriormente (MACHADO, 2008).

Ainda, pode-se afirmar que não foi objetivo de Foucault escrever uma teoria do poder, pois

toda teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados – organizando-os, explicitando suas interrelações, desenvolvendo implicações – mas que, em seguida, são revistos, reformulados, substituídos a partir de novo material trabalhado. Nesse sentido, nem a arqueologia, nem, sobretudo, a genealogia têm por objetivo fundar uma ciência, construir uma teoria ou se constituir como sistema; o programa que elas formulam é o de realizar análises fragmentárias e transformáveis (MACHADO, 2008, p. XI).

Embora não tenha constituído uma teoria, Foucault procurou desenvolver uma nova economia das relações de poder (FOUCAULT, 2008). O poder, para Foucault, deve ser compreendido, como múltiplas relações de força imanentes e constitutivas do local em que são exercidas, como um jogo constante de lutas e afrontamentos que as transformam, constituindo cadeias ou sistemas (FOUCAULT, 1988). Assim, pode-se dizer que o poder não é visto como algo unitário e global, mas expresso de maneiras díspares, heterogêneas e em permanente estado de transformação, como uma prática social. O poder atinge o cotidiano dos indivíduos, situando-se junto a sua realidade, podendo, assim, ser denominado de micro-poder (MACHADO, 2008).

Tal caracterização decorre da sua constante produção, em todos os pontos e entre cada ponto e outro, pois “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 1988, p.103). Dessa forma, o poder não deve ser reconhecido como privilégio de uma classe, mas como relações que constituem um contínuo enfrentamento, através de estratégias e técnicas que lhe dizem respeito, ou seja,

“o estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvenda nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado como modelo, antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou a conquista que se apodera de um domínio. Temos, em suma, que admitir que esse poder se exerce mais do que se possui, que não é ‘privilégio’ adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas - efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados” (FOUCAULT, 2009, p. 29).

Por fim, as relações de poder implicam, diretamente, a questão da liberdade, pela possibilidade da resistência, de utilizar-se estratégias de luta e de enfrentamento, constituindo-se em modos de ação sobre a ação possível (FOUCAULT, 2003).

2.3.2. Resistência como relação de poder

Poder, então, caracteriza-se como algo que se exerce, em diferentes pontos de relações desiguais e móveis; suas relações são imanentes a todo tipo de relações, bem como seus efeitos imediatos; suas relações são, simultaneamente, intencionais e não subjetivas, visto que o poder não se exerce sem um objetivo. A presença de poder sugere a presença simultânea de resistência, de um exercício de contra-poder, pois as relações de poder não podem existir sem os pontos de resistência, que tomam caráter de adversário, representando o outro das relações de poder (FOUCAULT, 1988).

Ainda, a possibilidade de resistência não se refere apenas ao nível da denúncia moral ou de reivindicações de direitos, mas da ordem da estratégia e da luta. Foucault propõe, para compreender as relações de poder, investigar as formas com que a resistência se apresenta, e as tentativas de separar essas relações. Assim, Foucault distingue algumas características da ocorrência das formas de luta, ou seja, podem ocorrer contra as formas de dominação étnica, social ou religiosa; contra as formas de exploração, que afastam os indivíduos do que eles produzem; e contra as formas de sujeição, que vinculam o sujeito consigo mesmo e asseguram sua sujeição aos outros.

Dentre essas características, aponta-se primeiramente a questão da análise das relações de poder como jogos, como por exemplo, jogos de poder em torno da loucura, da medicina, da doença e da prisão. Essas lutas constituem-se de maneira difusa e descentralizadas, ou seja, partem de problemas em níveis mais específicos. Diz-se então que são lutas transversais, apresentando como objetivo obter os efeitos do poder, ou seja, o exercício de poder. E, por fim, são lutas imediatas porque agem em relação às instâncias de poder mais próximas de si, aquelas que exercem sua ação sobre os indivíduos (FOUCAULT, 2003; FOUCAULT, 2008).

De maneira mais específica, ainda, essas lutas questionam o estatuto do indivíduo, isto é, são contra o “governo da individualização”, apóiam o direito do indivíduo em ser diferente e contrapõem o que o separa e fragmenta; são lutas contra os privilégios do saber, contrapondo-se aos seus efeitos; e, por fim, giram em torno da questão de quem somos nós, recusando abstrações que ignoram o ser individual (FOUCAULT, 2008).

As relações de resistência são, também, distribuídas de maneira irregular, apresentando-se como focos de reação, que podem se disseminar com mais ou menos densidade, móveis e transitórios, podendo atravessar as estratificações sociais e as unidades individuais, provocar grandes rupturas ou, simplesmente, introduzir na sociedade divisões que se movimentam, rompem unidades e promovem reagrupamentos (FOUCAULT, 1988):

“Ao mesmo tempo locais, instáveis e difusas, as relações de poder não emanam de um ponto central ou de um foco único de soberania, mas vão a cada instante ‘de um ponto a outro’ no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências” (DELEUZE, 1991, p.81).

Nessa perspectiva, retoma-se, então, o poder como relação de forças, pois a força apresenta-se apenas como objeto de outras forças, desenvolve-se apenas em relação, ou seja, “é uma ação sobre a ação”, “um conjunto de ações sobre ações possíveis” (DELEUZE, 1991, p.78).

Ainda,

esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças. E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social (MACHADO, 2008, p. XIV).

2.3.3. *Poder pastoral*

Foucault, ao estudar o poder pastoral, busca suas raízes na antiguidade grega e judaico-cristã, analisando a oposição entre o pastor e o político. Para os gregos, o político exerce o seu poder sobre um território e estabelece suas leis; o pastor, no judaico-cristianismo, exerce seu poder sobre um rebanho, reunindo indivíduos dispersos (FOUCAULT, 2003).

Esse tipo de poder é exercido sobre os corpos e populações, através de técnicas cristãs como, o exame, a confissão, a direção de consciência e a obediência. Essas técnicas conduziam os indivíduos a sua própria mortificação, ou seja, de renúncia ao mundo e a si próprios, com a promessa de uma vida em outro mundo. Assim, a mortificação trata de uma forma de relação consigo mesmo, um elemento integrante da identidade cristã (FOUCAULT, 2008). Nesse sentido, pode-se dizer que a questão do poder pastoral está associada à enfermagem no que se refere às suas ações pautadas, muitas vezes, na obediência, resignação e submissão, distanciando esses trabalhadores de suas competências políticas e de enfrentamentos na equipe de saúde, o que também pode estar relacionado à sua dificuldade de exercer poder, negando, dessa forma, a si próprios, suas crenças, valores e saberes.

O poder pastoral, inicialmente, foi caracterizado pelos fatores: a responsabilidade do pastor, que se estende a todas as ações de suas “ovelhas”, inclusive seus pecados são atribuíveis ao pastor; a relação entre pastor e ovelhas é individual e total; o pastor deve ter o conhecimento do que acontece no mais íntimo de suas ovelhas, o que lhe é possibilitado através do exame e da direção de consciência pelo pastor, garantindo a obediência e submissão total das ovelhas. Neste sentido, o pastor induz suas ovelhas à mortificação, como uma morte cotidiana neste mundo (FOUCAULT, 2003).

Foucault identificou o poder pastoral ao analisar a história do cuidado de si, através da sua formação e das transformações vivenciadas na cultura cristã, das relações consigo próprio, retomando a questão da governamentalidade, isto é, o governo de si por si e na sua articulação com as relações com os outros (FOUCAULT, 2003), ou seja, a história do cuidado de si seria uma maneira de fazer a história da subjetividade através da formação e transformações nas relações consigo próprio por meio do saber. Na história do cuidado de si, Foucault enumera

cinco períodos, entre eles: a pré-história filosófica das práticas do cuidado de si mesmo, o momento socrático, a época de ouro do cuidado de si mesmo, o cristianismo e o momento cartesiano/modernidade (FOUCAULT, 2006).

No período da pré-história filosófica das práticas do cuidado de si mesmo, o cuidado de si não estava ligado a uma postura intelectual, mas sim de possuir recursos que lhe proporcionariam esse cuidado. O momento socrático traz o entrelaçamento do cuidado de si com o conhecimento de si. Já na época de ouro do cuidado de si mesmo, ocorre uma transformação do cuidado de si no sentido da extensão temporal, compreendendo toda a vida do indivíduo e sua relação consigo mesmo, acentuando-se sua função crítica e função de curar-se e ser servidor de si próprio (FOUCAULT, 2006).

No período do cristianismo, as práticas de si mesmo foram integradas ao exercício do poder pastoral. Dessa forma, encontrou-se uma relação entre o conhecimento de si ou da verdade e do cuidado de si, ou seja, não há possibilidade de conhecer a verdade e a si sem a purificação de si; as práticas de si apresentam como objetivo eliminar ilusões, tentações e seduções de que se possa ser vítima; o conhecimento de si mesmo não se refere ao se voltar para si, mas a renunciar a si (FOUCAULT, 2003).

Por fim, no momento cartesiano/modernidade, acontece uma requalificação do conhecer a si e uma desqualificação do cuidar de si, distinguindo filosofia como forma de pensamento que auxiliará o sujeito no conhecimento da verdade, e espiritualidade, a busca pela qual o sujeito irá modificar-se para ter acesso à verdade (FOUCAULT, 2006).

Com a institucionalização do estado moderno, o poder pastoral passou por um processo de apropriação, seguido de tais características: mudança de objetivo, não se garante mais a salvação no outro mundo, mas a saúde nesse mundo; fortalecimento da individualização, sendo o poder pastoral exercido por empresas privadas, pela família e não apenas pelo estado; e novas formas de poder pastoral passaram a ser exercidas através da disciplina, em relação ao governo dos corpos, e da biopolítica, no que se refere ao governo de populações (FOUCAULT, 2003).

2.3.4 *Disciplina nas relações de poder*

De acordo com Foucault, em uma microfísica do poder, num plano anátomo-político do corpo, tem-se por objetivo produzir corpos dóceis e úteis. Pode-se dizer que é dócil aquele corpo que pode ser submetido, manipulado, utilizado, modelado, transformado e aperfeiçoado, constituindo-se como objeto e alvo de poder. Assim, o corpo deve ser controlado detalhadamente, sendo exercido sobre ele um tipo de coerção ininterrupta. Esse controle minucioso sobre o corpo, que possibilita a sujeição de suas forças e lhe confere uma relação de docilidade-utilidade, é o que se denomina disciplina (FOUCAULT, 2009).

Na enfermagem, é possível observar que muitas vezes seus trabalhadores, em situações conflituosas e dilemáticas, apresentam dificuldades em fazer enfrentamentos com a equipe multiprofissional, com chefias e administradores, o que pode estar relacionado à construção dos trabalhadores de enfermagem, com a valorização da sua obediência e da docilidade em contraposição à uma formação que estimule a resistência e a politização (LUNARDI, 1999).

A disciplina visa corpos obedientes e úteis, e, na medida que os fabrica submissos, aumenta suas forças a níveis de utilidade econômica e as diminui em termos políticos, estabelecendo “uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada” (FOUCAULT, 2009, p. 134). Nesse sentido, o poder pode ser visto como positivo no que se refere à produtividade; porém, a partir do aprimoramento e adestramento do corpo, do alcance de sua máxima utilidade econômica, advém a redução de sua capacidade política, isto é, diminui sua capacidade de revolta, resistência, luta e contra-poder (MACHADO, 2008).

Ainda, a disciplina é vista como geradora de individualidade, a qual pressupõe alguns fatores, como o poder disciplinar referir-se à arte das distribuições, relativa à distribuição dos corpos no espaço, utilizando-se de vários procedimentos como a cerca, a clausura, as localizações funcionais e a posição na fila, ou seja, o espaço a partir de uma classificação. Outro aspecto denomina-se controle da atividade, compreendendo o horário que regula as atividades, constituindo um tempo integralmente útil; a elaboração temporal do ato, o ajuste do comportamento ao controle do tempo; a correlação entre o corpo e os gestos, em que o bom emprego do corpo e do tempo permite gestos mais eficazes; a articulação corpo-objeto, o poder amarra-os; e a utilização exaustiva do tempo. Também refere-se à

organização das gêneses, ou seja, capitalizar o tempo de maneira que seja dividido em segmentos, seguindo um esquema analítico de elementos simples e de complexidade crescente, sendo verificado o nível de cada um através de provas, e a partir daí, estabelecer séries de séries, o que prescreve exercícios específicos para cada nível. E, por fim, a composição das forças que compreende a articulação e organização dos corpos, combinando séries e tempos com um sistema preciso de comando (FOUCAULT, 2009).

Pode-se falar também dos instrumentos que garantem o sucesso do poder disciplinar, como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. Em relação à vigilância hierárquica, há a utilização de um dispositivo denominado jogo do olhar, em que cada olhar se mostra como uma peça no funcionamento geral do poder, de acordo com sua localização, permitindo uma visibilidade ampla, maior controle, tornando visíveis os que estão em determinado espaço. Pode-se fazer uma analogia aos postos de enfermagem, os quais, nas unidades, são na maioria das vezes, centrais, possibilitando maior observação dos pacientes, melhor coordenação dos cuidados e a organização espacial, gerando um ambiente mais terapêutico. O poder na vigilância hierárquica é distribuído inteiramente, sendo indiscreto por estar em toda parte, e discreto, pois funciona contínua e silenciosamente (FOUCAULT, 2009):

“A disciplina faz funcionar um poder relacional que se auto-sustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados” (FOUCAULT, 2009, p. 170).

A sanção normalizadora refere-se ao modo peculiar de castigar no domínio disciplinar, castigo que tem por objetivo reduzir os desvios, ou seja, tudo aquilo que está inadequado de acordo com a regra ou se afasta dela. A punição no disciplinar não se refere à expiação ou repressão, mas compara e separa os indivíduos, diferenciando-os em relação uns aos outros, o normal e o anormal. Assim, diz que ela normaliza os indivíduos, no sentido de homogeneizá-los (FOUCAULT, 2009). Por fim, o exame combina os dois instrumentos anteriores, a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora, em que se superpõem relações de saber e de poder. É um controle que normaliza, uma vigilância que qualifica, classifica e pune, estabelecendo sobre os indivíduos uma visibilidade pela qual são diferenciados e sancionados (FOUCAULT, 2009).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Ética na perspectiva da prática de enfermagem

No decorrer dos últimos anos, uma ênfase maior tem sido dirigida às experiências dos trabalhadores da saúde no que se refere ao estresse associado a questões éticas e dilemas éticos. A prática de enfermagem tem sido submetida a mudanças decorrentes da organização do trabalho, com preocupações crescentes com a contenção de custos, custo-benefício e o uso de tecnologias, o que tem contribuído para uma maior ênfase no profissionalismo mecanicista, contrapondo-se à necessidade de rever as condutas éticas (EIZENBERG, DESIVILYA, HIRSCHFELD, 2009).

Fundamentalmente, a ética baseia-se em três pré-requisitos: a percepção dos conflitos (consciência da situação conflituosa); a autonomia (possibilidade de posicionar-se, de maneira ativa e autônoma, entre a emoção e a razão) e a coerência (conduta em conformidade com as próprias crenças). Já a moral apresenta como características a inquestionabilidade dos valores, a imposição dos valores e o castigo em caso de desobediência às regras. Dessa forma, compreende-se que enquanto a moral é imposta, a ética é percebida (SEGRE; COHEN, 2002).

A ética compreende uma teia de relações interpessoais tanto no trabalho como em outros ambientes de convivência humana. Essas relações ocorrem de acordo com valores, crenças e percepções pessoais, as quais correspondem a princípios ou fundamentos sustentadores da harmonia, o que não significa ausência de situações conflituosas (FREITAS, OGUISSO, FERNANDES, 2010).

Nesse sentido, entende-se que os valores dos trabalhadores contribuem para a percepção e consciência dos conflitos éticos. Os valores podem ser entendidos como uma crença duradoura em um modelo específico de conduta ou estado de consciência, o qual pode ser pessoalmente ou socialmente adotado, embasado em condutas preexistentes (SEGRE; COHEN, 2002). Cultura, educação, idade, tempo de experiência no trabalho, posição profissional e área de especialização podem afetar o conjunto de valores das enfermeiras, mas há o reconhecimento de pelo menos três valores profissionais e três valores pessoais que são classificados como essenciais e fundamentais à prática de enfermagem, como respeito à dignidade do ser humano, tratamento equânime entre os pacientes e prevenção do sofrimento dos

pacientes; e, responsabilidade, honestidade e inteligência, respectivamente (RASSIN, 2008).

Já os princípios morais são considerados guias para tomadas de decisão e ações morais, pois sustentam a formação de juízos morais na prática profissional, sendo considerados os principais: beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, confidencialidade e autonomia (OGUISSO, SHIMIDT, 2010). Assim, tendo em vista seus valores e os princípios éticos de sua profissão, a partir de Segre, Cohen (2002), pode-se afirmar que os trabalhadores de enfermagem devem saber e poder posicionar-se frente à ocorrência de conflitos, autônoma e coerentemente, respeitando sua sensibilidade ética e raciocínio moral.

Sob esse prisma, a enfermagem estrutura-se sob um conjunto próprio de conhecimentos técnico-científicos, construído e reproduzido a partir de práticas sociais, éticas e políticas, que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência, envolvendo o comprometimento com a saúde e qualidade de vida de indivíduos, famílias e coletividade, em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 2007). Nesse sentido, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem assegurar uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, em nível individual ou coletivo.

Pode-se dizer que os códigos, como o CEPE, por exemplo, preconizam os valores que uma comunidade/grupo considera necessários para a ocorrência de interações entre seus membros, de acordo com uma determinada cultura. Referem-se à ética como algo emergente das emoções e razões de cada pessoa, tendo como pressuposto a autonomia (FREITAS, OGUISSO, FERNANDES, 2010; SEGRE, COHEN, 2002).

Essas questões estão fortemente conectadas ao agir ético dos trabalhadores de enfermagem, os quais, muitas vezes, em seus cotidianos de trabalho, necessitam fazer enfrentamentos diante de tomadas de decisões que lhes exigem um posicionamento ético consistente, ou seja, que demonstrem poder de argumentação e determinação, frente à instituição, outros profissionais e colegas (LEITE, CLAUDINO, SANTOS, 2009).

As situações que demandam uma tomada de decisão e cobram enfrentamentos podem ser vistas como problemas, conflitos e dilemas éticos e morais. Esses podem ser vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem a partir

de situações próprias de seus cotidianos de trabalho, como a falta de consentimento informado de pacientes, antes de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a obstinação terapêutica; práticas profissionais questionáveis e desigualdade na distribuição de recursos, em especial os destinados à equipe de enfermagem, o que também vem lhes provocando sofrimento moral (BARLEM, 2009; CARVALHO, 2005; DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009). Esses conflitos podem ocorrer com os próprios colegas da equipe de enfermagem, profissionais da equipe médica, outros profissionais de saúde, chefias e administração, sendo em sua maior parte, relacionados à organização do trabalho e às condições em que esse trabalho ocorre, comprometendo o cuidado ao paciente, o desejo de mudança e a valorização da profissão (SULZBACHER, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2006). Outros fatores que provocam estresse e conflitos aos trabalhadores de enfermagem referem-se à sobrecarga de trabalho, falta de tempo e a desconsideração de suas opiniões nas tomadas de decisões, o que prejudica a qualidade do cuidado, uma vez que passam a desenvolver sentimentos de frustração e impotência pela dificuldade de influenciarem suas condições de trabalho (SILÉN, TANG, WADENSTEN, AHLSTRÖM, 2008).

Essas circunstâncias podem comprometer a integridade moral dos trabalhadores de enfermagem, entendida como uma relação completa entre condutas, valores e crenças, tanto profissionais quanto pessoais; está, ainda, ligada à reflexão sobre os valores que direcionam a conduta de cada indivíduo, sendo alcançada através de uma postura crítica em que se possa observar, e então, aceitar ou rejeitar novas circunstâncias sociais (HARDIGHAM, 2004).

Nessas situações que envolvem conflitos de valores, antes das tomadas de decisão, sugerem-se reflexões éticas junto aos trabalhadores de enfermagem, através dos seguintes questionamentos: Quais são meus próprios valores nesta situação? Quais são os valores das outras pessoas envolvidas? Quais são os objetivos que as pessoas esperam alcançar? O que os outros consideram ser um bom resultado? Qual é o nível de conhecimento das pessoas que estão recebendo ou necessitam de cuidados? Que tipo de informações elas precisam? Como e quais são as relações entre paciente, família e profissionais de saúde? Que diferenças de valores existem entre cuidadores e pacientes? Com base nessas questões, os trabalhadores de enfermagem poderão refletir eticamente sobre o conflito vivenciado

e seu desfecho, possibilitando ações mais cuidadosas e resultados de acordo tanto com as expectativas profissionais como com as institucionais (CNA, 2008).

Salienta-se que a reflexão sobre questões éticas do dia a dia do trabalho deve ocorrer já no processo de formação dos trabalhadores de enfermagem, como estratégia facilitadora da percepção dos conflitos e problemas éticos do cotidiano, e para auxiliar na construção de soluções que favoreçam o fortalecimento dos trabalhadores nos enfrentamentos necessários (BORDIGNON *et al*, 2011).

3.2 Sofrimento moral na enfermagem

O sofrimento moral foi conceituado na prática de enfermagem há aproximadamente 25 anos. Originalmente, foi considerado como um doloroso desequilíbrio psicológico resultante das situações em que o profissional de saúde reconhece qual a conduta ética apropriada a ser seguida, porém por constrangimentos institucionais torna-se praticamente impossível ou incapaz de prosseguir com o curso da ação correta, seja por obstáculos como falta de tempo, relutância da supervisão, inibidora estrutura do poder médico, políticas institucionais ou considerações legais (JAMETON, 1984).

Jameton (1984) em seu livro "*Nursing practice: the ethical issues*" diferenciou três categorias de problemas éticos que afetam as enfermeiras, ou seja, além do sofrimento moral, há a incerteza moral e os dilemas morais. Como já citado, em situações de sofrimento moral, o profissional reconhece a ação eticamente apropriada, mas sente-se impedido de agir conforme sua consciência. A incerteza moral ocorre quando o profissional não conhece o curso de ação eticamente correto, mas sente uma incômoda incerteza, um senso de que alguma coisa não está bem, permanecendo muitas vezes em silêncio por considerar-se sozinho ou por temor de parecer insensato ao fazer perguntas. Por fim, os dilemas morais ocorrem quando há duas ou mais opções opostas de ações, que podem, igualmente, justificar eticamente o agente, o qual é incapaz de realizar ambas ações, encontrando-se face a um dilema ao ter que escolher um curso de ação para seguir, pois não há um argumento forte o suficiente para indicar uma opção ao invés de outra.

Em termos conceituais, o sofrimento moral também tem sido abordado, em alguns casos, como sinônimo de estresse moral pelos diferentes tipos de reações ao

estresse em situações ligadas ao trabalho, sobrecarga e demandas éticas da profissão (LÜTZÉN, BLOM, EWALDS-KVIST, WINCH, 2010). Em outros estudos, porém, o estresse moral é abordado com algumas diferenciações, sendo identificado como esforços ou tentativas para tomar decisões clínicas envolvendo princípios éticos conflitantes que podem comprometer a autonomia dos pacientes. É experimentado quando os trabalhadores estão conscientes dos princípios éticos que estão em jogo em situações específicas que envolvem falta de autonomia e vulnerabilidade de pacientes, e fatores externos que os impedem de tomar decisões que reduziriam o conflito entre princípios contraditórios (LÜTZÉN, CRONQVIST, MAGNUSSON, ANDERSSON, 2003; ZUZELO 2007).

Pode-se dizer que sofrimento moral e estresse moral são similares, pois ambos os conceitos enfocam o componente moral e constroem a sensibilidade moral dos trabalhadores de enfermagem (LÜTZÉN, CRONQVIST, MAGNUSSON, ANDERSSON, 2003). Entende-se por sensibilidade moral a predisposição pessoal que guia a tomada de decisão ética, compreendendo uma resposta emocional que inicia um processo cognitivo de agência moral (LÜTZÉN, DAHLQVIST, ERIKSSON, NORBERG, 2006).

Jameton (1993) distingue sofrimento moral inicial e sofrimento moral reativo; no primeiro, o profissional quer seguir a ação ética apropriada, apesar de encontrar barreiras institucionais; no segundo, o profissional sente-se incapaz de agir sobre seu sofrimento inicial. Ressalta-se que as manifestações emocionais parecem estar ligadas ao sofrimento moral inicial, enquanto as físicas se associam ao sofrimento moral reativo (FRY, HARVEY, HURLEY, FOLEY, 2002).

Atualmente, o sofrimento moral tem se apresentado como uma preocupação crescente entre as profissões de cuidado à saúde, pois os trabalhadores da equipe de saúde devem ter suas opiniões morais consideradas nas tomadas de decisões sobre tratamentos e procedimentos a serem aplicados, podendo também se sentirem impotentes para mudar situações que percebem como inadequadas (ULRICH, HAMRIC, GRADY, 2010). Na enfermagem, o sofrimento moral tem sido objeto de vários estudos, nos diferentes ambientes de atuação, bem como em diferentes nações e culturas, como por exemplo, Canadá (MITTON, PEACOCK, STORCH, SMITH, CORNELISSEN, 2010; AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009), China (TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007), Estados Unidos (CAVALIERE, DALY, DOWLING, MONTGOMERY, 2010;

RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008); Irlanda (DEADY, McCARTHY, 2010); Israel (EIZENBERG, DESIVILYA, HIRSCHFELD, 2009); Uganda (FOURNIER, KIPP, MILL, WALUSIMBI, 2007) e no Brasil estudos provenientes do grupo de pesquisa NEPES/FURG (BARLEM, 2009; BARLEM, 2012; BULHOSA, 2006; DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009).

Em relação aos ambientes de atuação da enfermagem e o sofrimento moral, tem-se investigações mostrando sua ocorrência, principalmente, em unidades de cuidado crítico (neonatal, pediátrica e adulta); oncológicas, médico-cirúrgicas, urgência e emergência, cuidados paliativos, serviços de enfermagem em telesaúde, enfermagem em saúde mental, enfermagem militar e gerenciamento de sistemas de saúde (DALMOLIN, 2009; MITTON, PEACOCK, STORCH, SMITH, CORNELISSEN, 2010; WEISSMAN, 2009).

Trabalhadores de enfermagem que atuam em terapia intensiva, freqüentemente, vivenciam dilemas éticos e sofrimento moral associados ao gerenciamento do cuidado aos pacientes, a dificuldades nas suas tomadas de decisão, principalmente sobre questões de terminalidade e tratamentos fúteis, agressivos e sem benefícios, os quais aumentam a dor e o sofrimento dos pacientes, comprometendo seus papéis de cuidadoras e advogadas do paciente. Relatam ainda como fonte de sofrimento moral trabalhar com colegas que consideram incompetentes para o nível de cuidado requerido nessas unidades e falta de consentimento para determinados tratamentos (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009; BARLEM, 2009; CAVALIERE, DALY, DOWLING, MONTGOMERY, 2010; MELTZER, HUCKABAY, 2004; KAIN, 2007).

Na prestação de cuidados a pacientes em tratamentos oncológicos, os trabalhadores estão, altamente, suscetíveis a situações desencadeadoras de sofrimento moral, pelos conflitos relacionados à sua não advocacia e a questões organizacionais relacionadas à precariedade de recursos (COHEN, ERICKSON, 2006; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008).

Já no que se refere às unidades de internação médico-cirúrgicas, três fatores principais representam o sofrimento moral elevado, isto é, problemas decorrentes das relações interpessoais na equipe, de fatores organizacionais ocasionados pela falta de recursos e ainda ligados à quantidade de atividades a serem realizadas num estreito espaço de tempo, não sendo desempenhadas da maneira idealizada. Citam-se, ainda, situações de cuidados fúteis e percepção da comunicação inadequada

(EIZENBERG, DESIVILYA, HIRSCHFELD, 2009; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008), semelhante ao ambiente de cuidados paliativos, em que os principais conflitos provedores de sofrimento ocorrem pela dificuldade de aceitar situações de ordens de não-reanimação, negar o uso excessivo de tratamentos de sustentação da vida e futilidade (WEISSMAN, 2009).

Nos serviços de emergência, o sofrimento moral ocorre por questões organizacionais, como as superlotações dessas unidades (KLLCOYNE, DOWLING, 2008). No serviço de tele-saúde, há a dificuldade de contato com o paciente propiciando sua recusa à assistência proposta ou ao plano de cuidados sugerido pela enfermeira, por questões de entendimento, recursos financeiros, responsabilidades familiares e laborais ou disponibilidade de transporte, além de questões organizacionais, como o tempo monitorado das ligações, assim como por não poder indicar cuidados não protocolados, embora sejam os melhores para o paciente (RUTENBERG, OBERLE, 2008). Na enfermagem em saúde mental, além da situação dilemática sobre o suicídio como um direito humano, a ocorrência de sofrimento moral aparece ligada a conflitos profissionais e legais, bem como pelo comprometimento da autonomia profissional e dos clientes (CUTCLIFFE, LINKS, 2008; DEADY, McCARTHY, 2010).

Na enfermagem militar, o sofrimento moral vivenciado está associado a situações de missões militares, com mudanças ambientais e culturais, falta de suprimentos médicos e necessidades de triagem, além das exigências rígidas de respeito à autoridade (FRY, HARVEY, HURLEY, FOLEY, 2002). Outros estudos apontam sofrimento moral em gestores dos serviços de saúde no desempenho de suas funções, principalmente ao necessitar comunicar decisões/orientações políticas das quais discordam. Nesse caso, citam que, por vezes, preferem não comunicar informações aos funcionários para evitar preocupá-los e submetê-los a encargos sobre os quais não possuem competência política e profissional para modificar (MITTON, PEACOCK, STORCH, SMITH, CORNELISSEN, 2010).

Considerando essas particularidades e outras evidências, pode-se dizer que há estreitas ligações entre sofrimento moral e um frágil clima ético e moral dos locais de trabalho da enfermagem, o que sugere que o sofrimento moral não deve ser enquadrado, unicamente, como uma falha ou vulnerabilidade individual (PAULY, VARCOE, STORCH, NEWTON, 2009).

Assim, os cuidados fúteis estão relacionados a um ambiente de trabalho eticamente frágil, sendo um dos fatores que podem desencadear o sofrimento moral (DALMOLIN, 2009). Os cuidados fúteis podem ser entendidos como as intervenções ou tratamentos que sustentam a vida, porém não trazem benefícios para o paciente, pois não são capazes de liberá-lo dos cuidados médicos intensivos (MELTZER, HUCKABAY, 2004). Esses cuidados, amparados pelo desenvolvimento técnico-científico, têm se tornado freqüentes no cotidiano da enfermagem, sendo apontados na literatura analisada, em especial, como importante causa do sofrimento moral (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009; CAVALIERE, DALY, DOWLING, MONTGOMERY, 2010; SCHULTER, WINCH, HOLZHAUSER, HENDERSON, 2008; McCARTHY, DEADY, 2008; KAIN, 2007; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008; PENDRY, 2007; GUTIERREZ, 2005; MELTZER, HUCKABAY, 2004; ULRICH, HAMRIC, GRADY, 2010; WEISSMAN, 2009).

Os cuidados fúteis têm sido investigados principalmente na especificidade da enfermagem em cuidados intensivos, tanto do cuidado de adultos como de crianças, ou de emergência, pelas situações de tratamentos agressivos e procedimentos invasivos implementados em pacientes sem perspectiva de sobrevivência, o que pode estar associado à inabilidade de prover cuidados apropriados neste tipo de situação (SCHULTER, WINCH, HOLZHAUSER, HENDERSON, 2008; KAIN, 2007; McCARTHY, DEADY, 2008; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008; PENDRY, 2007).

Nessa perspectiva, ao buscar compreender como as enfermeiras enfrentam a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis, Carvalho e Lunardi (2009) constataram que muitas não tinham o conhecimento do termo obstinação terapêutica, porém após leitura de seu significado, a maior parte afirmou vivenciar esse tipo de problemática na UTI em que trabalhavam. Além disso, a obstinação terapêutica foi reconhecida como prolongamento do sofrimento de pacientes em fase terminal, provocando sentimentos antagônicos nas enfermeiras. Em certos momentos, seja pela dificuldade em lidar com a morte e o morrer, mantinham a ilusão da cura, mesmo não vislumbrando sua real possibilidade, considerando o tratamento fútil e a manutenção da vida como necessários, reconhecendo os cuidados fúteis também como priorização da cura.

Os tratamentos fúteis, ainda, podem desencadear desconforto aos trabalhadores de enfermagem, pois promovem, em alguns casos, o encontro de

práticas não-profissionais e antiéticas, como a oferta de tratamentos sem possibilidade de cura e com efeitos secundários tóxicos e a não discussão de opções de cuidados paliativos, o que os torna trabalhadores exaustos emocionalmente, frustrados e desiludidos (ULRICH, HAMRIC, GRADY, 2010; WEISSMAN, 2009).

Já no que se refere às questões organizacionais como fonte de sofrimento moral, os principais conflitos são desencadeados em situações de (des)organização do trabalho, como insuficiência de recursos materiais e humanos; e pelas relações interpessoais, envolvendo diferenças de comunicação na equipe, gerando conflitos e a falta de respaldo da enfermeira para o exercício de sua autonomia e capacidade em advogar pelo paciente (BULHOSA, 2006; GUTIERREZ, 2005; RITTENMEYER, HUFFMAN, 2009).

Em relação à restrição de recursos materiais, o sofrimento moral é vivenciado por situações como a precariedade de enfermarias superlotadas, imprevisto e carência de materiais de uso rotineiro, desde agulhas, até equipamentos mais complexos como desfibriladores e respiradores em situações de emergência, bem como falta de equipamentos de proteção individuais mínimos, como luvas (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO 2009; EIZENBERG, DESIVILYA, HIRSCHFELD, 2009; FOURNIER, KIPP, MILL, WALUSIMBI, 2007). Já no que se refere à insuficiência de recursos humanos, sua principal conseqüência relaciona-se à sobrecarga de trabalho para os trabalhadores de enfermagem e o possível comprometimento do cuidado ao paciente, pois muitas vezes, precisam delegar cuidados aos familiares ou acompanhantes, priorizando pacientes que demandam cuidados mais complexos (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO 2009; FOURNIER, KIPP, MILL, WALUSIMBI, 2007; TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007). Além disso, para atender a demanda de cuidados sob sua responsabilidade, necessitam, freqüentemente, trabalhar horas extras, o que parece se constituir em uma barreira para uma prática ética, uma vez que não dispõem de tempo para discutir situações que necessitariam de maior reflexão (FOURNIER, KIPP, MILL, WALUSIMBI, 2007; STORCH, RODNEY, PAULY, BROWN, STARZOMSKI, 2002; TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007).

Nas relações interpessoais no trabalho da enfermagem, destacam-se conflitos, como divergências com a administração, chefias, equipe médica e equipe de enfermagem, o que pode estar relacionado ao desempenho do papel dos

trabalhadores de enfermagem em advogar pelos pacientes, e as relações de autonomia imbricadas nestas questões (DALMOLIN, 2009). Quanto à autonomia profissional no âmbito da prática, trabalhadores de enfermagem experenciam sofrimento moral por apresentarem dificuldades em compartilhar opiniões sobre as decisões clínicas, pois nas equipes multiprofissionais outros membros representam e exercem maior poder, e os trabalhadores de enfermagem, muitas vezes, têm seus conhecimentos subvalorizados, embora estejam em contato prolongado com os pacientes, podendo auxiliar nas melhores decisões (DEADY, McCARTHY, 2010). Assim, o sofrimento moral decorre da vivência de uma estrutura formal e rígida nas tomadas de decisão, especialmente porque os trabalhadores de enfermagem participam informalmente desses processos de decisão à beira do leito dos pacientes (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009).

Conflitos de poder e autonomia podem ocorrer pela falta de diálogo na equipe de saúde, disputas, diferenças de opinião, desacordos quanto às ações de gerenciamento de pacientes internados por períodos prolongados e divergências no plano de cuidados. Em estudo enfocando as principais fontes de conflitos vivenciados na equipe de saúde, trabalhadores de enfermagem referem as disputas por liderança na equipe de saúde, principalmente com médicos, não se sentindo adequadamente valorizadas apesar de permanecerem um período maior de tempo junto aos pacientes; já trabalhadores médicos citam, como maiores fontes de conflitos, diferenças de percepção com seus colegas intensivistas e cirurgiões (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009).

Assim, trabalhadores de enfermagem percebem seu trabalho desvalorizado ao não participarem das tomadas de decisão quanto aos melhores cuidados para o paciente, sentindo-se impotentes e sem autonomia para o enfrentamento desses conflitos morais, uma vez que apresentam dificuldades para implementar os cuidados que consideram corretos, de acordo com seus valores e crenças. Diferenças no exercício de poder são reconhecidas como fonte de conflitos para a maior parte desses trabalhadores, contribuindo, significativamente, para sua incapacidade de advogarem efetivamente por seus pacientes, relegando a um segundo plano essa atribuição, devido a constrangimentos institucionais, expectativas familiares e opiniões médicas (GUTIERREZ, 2005; PENDRY, 2007; TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007), o que parece contribuir para o sofrimento moral e o *burnout* na enfermagem (KLLCOYNE, DOWLING, 2008).

Barlem (2009) identificou a negação do papel da enfermeira como advogada do paciente como importante fonte de sofrimento moral, destacando situações relacionadas à ajuda ao médico que age de maneira incompetente com o paciente, comprometendo sua vida; à permissão aos estudantes de medicina para executarem procedimentos nos pacientes para o aprimoramento de suas habilidades, sem a solicitação de consentimento livre e esclarecido; ao trabalho com uma equipe de enfermagem que considera insegura e acatar ordens médicas de não esclarecimento do paciente quanto a suas condições de saúde.

As vivências referentes ao sofrimento moral, com sentimentos de não valorização e reconhecimento do seu trabalho, acrescido da falta de autonomia e inabilidade de prover um cuidado com qualidade aos pacientes, frente às decisões clínicas e às questões organizacionais, parecem estar fortemente relacionadas, exercendo influências mútuas entre si, e assim trazendo conseqüências para a qualidade do cuidado prestado, fundamentalmente pela dificuldade dos trabalhadores de enfermagem de terem suas falas, seus saberes e seus papéis de advogados do paciente reconhecidos e aceitos (DALMOLIN, 2009).

Ainda, desempenhar o trabalho da enfermagem mais proximamente ao paciente e por um período prolongado de tempo parece intensificar o sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem. A proximidade, neste caso, pode ser entendida como uma tomada de responsabilidade, tornando-os mais sensíveis ao conhecimento do outro, às preocupações morais e à procura de soluções (PETER, LIASCHENKO, 2004).

Em relação às implicações do sofrimento moral para trabalhadores de enfermagem, têm-se manifestações na dimensão pessoal, com alterações emocionais e físicas, na dimensão profissional, repercutindo na satisfação com o trabalho e até na possibilidade de evadir-se da profissão. As implicações do sofrimento moral nestas duas dimensões apresentam aproximações com o *burnout* (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM, SILVEIRA, 2012), sendo, inclusive, o sofrimento moral apontado como uma das principais causas de *burnout* e abandono da profissão (CAVALIERE, DALY, DOWLING, MONTGOMERY, 2010).

As manifestações emocionais mais recorrentes são frustração e sentimento de impotência, pela percepção da falta de poder nas tomadas de decisão, porém ainda podem ocorrer sentimentos de culpa, ressentimentos, raiva, humilhações, vergonha, tristeza, angústia, ansiedade, medo, insegurança, não valorização do

trabalho, depressão e descontentamento com o trabalho (FRY, HARVEY, HURLEY, FOLEY, 2002; PIJL-ZIEBER et al, 2008; GUTIERREZ, 2005; KLLCOYNE, DOWLING, 2008; COHEN, ERICKSON, 2006; SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999; STORCH, RODNEY, PAULY, BROWN, STARZOMSKI, 2002; RUTENBERG, OBERLE, 2008).

Entre as manifestações físicas mais freqüentes, encontram-se: crises de choro, perda do sono, perda do apetite, pesadelos, sentimentos de inutilidade, taquicardia, dores de cabeça, dores musculares, suores, tremores, distúrbios gastrointestinais e estresse (FRY, HARVEY, HURLEY, FOLEY, 2002; PIJL-ZIEBER et al, 2008; GUTIERREZ, 2005; SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999).

Essas manifestações podem desencadear o desejo de mudar de emprego ou de abandonar a profissão, o que pode estar relacionado à incapacidade dos trabalhadores em evitar e enfrentar o sofrimento moral, sendo essas decisões acompanhadas de sentimentos de baixa auto-estima e impotência diante da situação desencadeadora (SCHULTER, WINCH, HOLZHAUSER, HENDERSON, 2008). Os trabalhadores de enfermagem que apresentam maior dificuldade no enfrentamento do sofrimento moral, sendo capazes, inclusive, de abandonar a profissão, são aqueles mais sensitivos a problemas morais, e os que poderiam ser os melhores advogados dos pacientes, uma vez que sentem um forte senso de responsabilidade por seus pacientes e por suas próprias ações (WILKINSON 1987).

Permeando todas essas manifestações, uma forte implicação para os trabalhadores que vivenciam sofrimento moral em seu cotidiano é o resíduo moral, o qual se refere à experiência de integridade moral comprometida, envolvendo a anulação ou violação de crenças, valores e princípios, que podem levar à indiferença do profissional (HARDINGAN 2004).

Por fim, como principal estratégia para evitar a naturalização do sofrimento moral e manter os trabalhadores de enfermagem em seus cargos, tem-se a educação ética, incluindo o processo de formação e a educação permanente; a melhoria da comunicação através da comunicação multiprofissional, comunicação estruturada, “rounds” éticos, fóruns, simulações e palestras; e, a melhoria das questões organizacionais (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM, SILVEIRA, 2012).

A educação ética tem influenciado positivamente o desenvolvimento da confiança dos trabalhadores de enfermagem, o uso de recursos éticos, propiciando ações morais e cultivando ambientes de atuação íntegros eticamente. Nessa

perspectiva, a formação ética e educação permanente constituem-se como essenciais para a ação moral desses trabalhadores, favorecendo suas ações de defensores do paciente e sua maior participação em resoluções de desafios éticos à beira do leito (LANG, 2008). Os educadores da enfermagem devem fortalecer a educação ética no processo de educação profissional, mediante o ensino de estratégias para estimular o exercício de poder dos trabalhadores de enfermagem, com modelos de comportamento adequados para o enfrentamento de situações de dilemas e sofrimento moral, assim como para o estabelecimento de relações interpessoais efetivas no trabalho, ou seja, que os preparem para diálogos éticos com outros profissionais (SPORRONG, HÖGLUND, ARNETZ, 2006; NATHANIEL, 2006).

Também merecem atenção os programas de educação permanente, com ações informativas sobre sofrimento moral, como o oferecimento de “*workshops*” éticos e atualizações sobre a literatura ética ou cursos sobre ética, juntamente com a atuação dos comitês de ética, proporcionando oportunidades de discussão, enfrentamento e busca de respostas aos conflitos éticos presentes nas práticas cotidianas do cuidado a saúde nas instituições (PENDRY, 2007; TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007; MELTZER, HUCKABAY, 2004; SPORRONG, HÖGLUND, ARNETZ, 2006; PIJL-ZIEBER *et al*, 2008; NATHANIEL, 2006; STORCH, RODNEY, PAULY, BROWN, STARZOMSKI, 2002).

A melhoria na comunicação multiprofissional é vista como essencial especialmente pelo conhecimento da enfermagem acerca das manifestações e alterações apresentadas pelos pacientes, já que a enfermagem é a categoria profissional que disponibiliza maior tempo de atuação aos pacientes e permanece mais próxima desses. Já a comunicação estruturada contribui para a comunicação multiprofissional, mediante o estabelecimento de uma ordem de discussão, ou seja, primeiramente há a descrição da situação, seguida da apresentação do seu “*background*”, ou seja, do histórico ou do que se encontra relacionado à situação apresentada; depois, é feita uma avaliação e, por fim, as recomendações (RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008). Os “*rounds*” éticos, fóruns de discussão em grupos e simulação de situações conflituosas são importantes para discutir, numa perspectiva moral e ética, questões relacionadas às metas dos tratamentos dos pacientes, assim como estudos de caso, incentivando estratégias para ação (GUTIERREZ, 2005; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE,

PENDERGAST, 2008; SPORRONG, HÖGLUND, ARNETZ, 2006; STORCH, RODNEY, PAULY, BROWN, STARZOMSKI, 2002; MELTZER, HUCKABAY, 2004). Por fim, as palestras são utilizadas, principalmente, para o desenvolvimento da comunicação entre trabalhadores da equipe de saúde e familiares (TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007; SPORRONG, HÖGLUND, ARNETZ, 2006; PIJL-ZIEBER et al, 2008; RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008).

Como destaque na melhoria das questões organizacionais, têm-se a inserção de trabalhadores de enfermagem e chefias de enfermagem no planejamento de políticas organizacionais, participando das tomadas de decisão e incorporando medidas para aumentar a segurança dos ambientes de trabalho (GUTIERREZ, 2005; MELTZER, HUCKABAY, 2004; RUTENBERG, OBERLE, 2008), como a contratação de mais trabalhadores dessa área para diminuir sua sobrecarga de trabalho (TANG, JOHANSSON, WADENSTEN, WENNEBERG, 2007), a melhor distribuição de recursos materiais, e a promoção de ambientes sustentáveis, com uma maior proximidade de trabalhadores e pacientes (PETER, LIASCHENKO, 2004; PIJL-ZIEBER et al, 2008).

3.3 Síndrome de *Burnout* e Enfermagem

Pesquisas, a partir da década de 70, passaram a utilizar o termo *burnout*, caracterizando o esgotamento profissional, o qual compreende sentimentos de exaustão, fracasso e incapacidade de modificar situações estressantes. O psiquiatra Freudenberger (1974) foi o primeiro a utilizar o termo, aplicando-o a trabalhadores que desenvolveram esses sentimentos, depois de certo tempo de atuação no cuidado de dependentes químicos (NORO, 2004).

O *burnout* foi observado, inicialmente, como uma manifestação à tensão emocional crônica que surge pelo contato excessivo com outras pessoas, quando essas se encontram em situações problemáticas (MASLACH; JACKSON, 1981), atingindo, principalmente, aqueles trabalhadores voltados para o cuidado de outros, pela atenção e responsabilidade constantemente exigidas, isto é, trabalhadores com maior contato interpessoal, como por exemplo, os trabalhadores da saúde e professores (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999).

Inicialmente, as características do *burnout* eram atribuídas somente ao indivíduo, sem que o contexto fosse considerado, porém, em 1976, Maslach, ao estudar as respostas emocionais dos trabalhadores de saúde que atuavam na assistência, identificou que esses apresentavam sobrecarga emocional, associando-a à síndrome de *burnout*, ou seja, fornecendo uma explicação quanto ao aparecimento de uma doença nos trabalhadores que, em seus cotidianos, trabalham com pessoas e suas manifestações emocionais (NORO, 2004).

Considerando esses aspectos, pode-se dizer que o *burnout* tem sido abordado sob quatro diferentes perspectivas ao longo da história desde sua caracterização inicial. A primeira, proposta por Freudenberger (1974), denominada clínica, resultante da sobrecarga de trabalho e excesso de empenho dos trabalhadores para responder à demanda. A segunda, social-psicológica, surgiu com os estudos de Maslach (1976), relacionando o desenvolvimento do *burnout* ao ambiente de trabalho. A terceira, organizacional, representada por Cherniss (1980), procurou compreender o impacto do ambiente cultural da organização e seu modo de funcionamento sobre os trabalhadores. Por fim, a quarta, social-histórica, atribui aos valores individualistas da sociedade atual a principal causa desse fenômeno (CARLOTTO, 2001).

Além dos trabalhadores que lidam diretamente com questões emocionais, estudos diversos já estendem essa síndrome a outros trabalhadores que interagem ativamente com pessoas no seu fazer, no seu cuidado ou na solução de seus problemas, obedecendo a regras e pertencendo a instituições que são submetidas a periódicas avaliações (SEGANTIN, MAIA, 2007). Além disso, o desenvolvimento do *burnout* também ocorre em alguns trabalhadores que apresentam elevadas expectativas profissionais, sendo extremamente dedicados, porém não recebendo o retorno esperado pelo trabalho desenvolvido (REIS *et al*, 2005).

Pode-se falar também que o *burnout* apresenta maiores possibilidades de ocorrer em trabalhadores que vivenciam instabilidade, mudanças compulsórias, insegurança social e econômica durante suas jornadas de trabalho. Assim, alguns dos fatores predisponentes de maior ênfase se referem a papéis conflitantes, perda ou privação de autonomia e falta de suporte social (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o *burnout* vem sendo foco de investigação em várias profissões diferentes, entre elas: advogados e magistrados (AFONSO, QUEIRÓS, 2011), bombeiros (BAPTISTA, MORAIS, CARMO, SOUZA, CUNHA, 2005; SILVA,

LIMA, CAIXETA, 2010), dentistas (CAMPOS, 2010), discentes de mestrado (SOUZA, TRIGUEIRO, ALMEIDA, OLIVEIRA, 2010), funcionários públicos municipais (MALLMANN, PALAZZO, CARLOTTO, AERTS, 2009), médicos (COSTA, 2009; FELICIANO, KOVACS, SARINHO, 2011), policiais civis (SILVEIRA et al, 2005), policiais militares (MAYER, 2006); professores (CARLOTTO, 2011a; FREIRE, 2008); professores de pré-escola (RODRIGUES, CHAVES, CARLOTTO, 2010), professores de ensino fundamental e médio (SANTOS, SOBRINHO, 2009), professores universitários (SOUZA, MENDONÇA, 2009); enfermeiros (ERSOY-KART, 2009; LEI, HEE, DONG, 2010; SAHRAIAN, FAZELZADEH, MEHDIZADEH, TOOBAEE, 2008; RUVIARO, BARDAGI, 2010) e técnicos de enfermagem (CARLOTTO, 2011b; CARLOTTO, 2011c).

Em vista da sua abrangência nas diferentes atividades profissionais, a síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional é reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma resposta prolongada a estressores crônicos no trabalho de ordem emocional e interpessoal. A síndrome de *burnout*, segundo o CID-10, está vinculada aos fatores que influenciam o estado de saúde, com potenciais riscos à saúde relacionados a questões de ordem socioeconômicas e psicossociais, ritmo penoso de trabalho e, ainda, outras dificuldades físicas e mentais do trabalho (BRASIL, 2001).

O conceito da síndrome de *burnout* é multidimensional, envolvendo três componentes, que podem aparecer associados, apesar de serem independentes, sendo eles: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização (MASLACH, JACKSON, 1981).

A exaustão emocional refere-se a sentimentos de fadiga e carência de energia, de esgotamento emocional, de falta de condições de lidar com uma situação estressora. A grande causa da exaustão é a sobrecarga no trabalho e o conflito pessoal nas relações, ou seja, um desgaste a partir do vínculo afetivo criado nas relações do indivíduo com o trabalho, em que os trabalhadores se sentem incapazes para atuar com o mesmo vigor em prol dos clientes, como já o fizeram no passado, podendo apresentar manifestações físicas e psíquicas (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999; SILVA, 2000). Como sintomas recorrentes, destacam-se o receio e o temor de voltar ao trabalho no dia seguinte (SANTINI, 2004).

A diminuição da realização pessoal é caracterizada por um baixo envolvimento pessoal dos trabalhadores no ambiente de trabalho, perdendo a

satisfação em realizar suas tarefas, afetando suas habilidades e competências, experimentando um sentimento de incompetência, falta de êxito no seu trabalho e incapacidade de interagir com outras pessoas. Esta diminuição da auto-eficácia relaciona-se à depressão e à inabilidade em lidar com o trabalho, pois torna menor seu envolvimento e realização pessoal neste contexto, originando diminuição das expectativas pessoais e aumento da auto-depreciação, provocando sintomas de fracasso e baixa auto-estima pela perda do envolvimento afetivo no trabalho (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999; MASLACH, LEITER, 1999; SILVA, 2000; SANTINI, 2004).

Já a despersonalização é vista como uma insensibilidade emocional, em que ceticismo, dissimulação, ansiedade, aumento da irritabilidade, criticidade, perda da motivação e falta de comprometimento com as metas do trabalho são características marcantes, pois ocorre a substituição do vínculo afetivo pelo racional (BORGES *et al*, 2002; CODO, VASQUES-MENEZES, 1999; MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005). A despersonalização é o desenvolvimento de sentimentos negativos frente às pessoas com quem se trabalha, ocorrendo um endurecimento afetivo, caracterizado por tratar os clientes, colegas e a instituição como objetos (SANTINI, 2004).

De acordo com o desenvolvimento das três dimensões, o trabalhador pode ter consequências em nível físico e psicológico. Nesse sentido, os sintomas ligados à síndrome podem ser divididos em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Os sintomas físicos incluem fadiga, alterações no padrão de sono, dores musculares, cefaléias, alterações gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias e hormonais. Os sintomas psíquicos envolvem diminuição na atenção e concentração, impaciência, baixa auto-estima, desconfiança, alterações de memória e sentimentos de abandono, impotência e solidão. Quanto às manifestações comportamentais, estão a negligência, irritabilidade e aumento da agressividade. Por fim, os sintomas defensivos referem-se à tendência ao isolamento, perda de interesse pelo trabalho, cinismo e absenteísmo (BENEVIDES-PEREIRA, 2004).

Porém, há que se considerar que os trabalhadores nem sempre apresentarão todos os sintomas relatados, pois esses se manifestarão de forma diferente, dependendo das características individuais e circunstâncias em que os trabalhadores se encontram (BENEVIDES-PEREIRA, 2001).

Ainda, além das conseqüências pessoais, o *burnout* atinge também a instituição e as pessoas que interagem com o profissional nesse ambiente, como colegas de trabalho e clientes. Os efeitos do *burnout* aparecem tanto na diminuição da produção como da qualidade do trabalho executado, com importantes prejuízos financeiros, em termos institucionais, como nas situações de absenteísmo, conflitos no ambiente de trabalho, alta rotatividade, acidentes ocupacionais e visão negativa da instituição, denegrindo a imagem do profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2003; KENNEDY, 2005).

Na enfermagem, um estudo buscando relacionar *burnout* e a autonomia profissional, demonstrou que elevados níveis de poder/autonomia relacionavam-se a menores níveis de *burnout* (HOCHWÄLDER, 2008). Na enfermagem, também, o *burnout* vêm sendo investigado nos diferentes ambientes de atuação profissional, como por exemplo, em unidades de internação cirúrgicas, psiquiátricas e de queimados. Numa comparação da ocorrência de *burnout* nessas unidades, pode-se dizer que os trabalhadores de enfermagem da unidade psiquiátrica obtiveram elevados escores de exaustão emocional e despersonalização, contribuindo para elevados níveis de *burnout*. Já na unidade cirúrgica detectou-se apenas exaustão emocional nos trabalhadores que realizavam plantões noturnos e despersonalização naqueles com menores níveis de formação. Trabalhadores da ala de queimados foram os que se sentiam com maiores níveis de realização pessoal, demonstrando apenas exaustão emocional e despersonalização na sobrecarga de plantões noturnos (SAHRAIAN, FAZELZADEH, MEHDIZADEH, TOOBAAE, 2008).

Já trabalhadores de enfermagem de unidades de cuidado intensivo apresentam os maiores níveis de *burnout* comparados àqueles que trabalham em unidades de internação, devido provavelmente ao fato de que nas unidades de cuidado crítico não conseguem, muitas vezes, resolver situações do dia a dia, o que lhes demanda elevada energia e causa ansiedade (PALFI, NEMETH, KERKES, KALLAI, BETLEHEM, 2008).

Um estudo apontou as condições de trabalho como fatores associados ao *burnout* na enfermagem, porém não referiu características pessoais como fatores de risco. Dentre as condições de trabalho, aparecem, como fator central, os baixos salários, o que faz os trabalhadores buscarem mais de um vínculo de trabalho, tornando-se, assim, exaustos, frustrados e mais propensos à ocorrência de iatrogenias (PALFI, NEMETH, KERKES, KALLAI, BETLEHEM, 2008).

No entanto, em outro estudo, os dados pessoais parecem influenciar, já que foi evidenciado que os níveis de *burnout* decrescem conforme o aumento da idade dos trabalhadores, sendo constatada elevação da exaustão emocional e da despersonalização em trabalhadores mais jovens (ÍLHAN, DURUKAN, TANER, MARAL, BUMIN, 2008).

Ainda, em relação aos fatores do ambiente de trabalho da enfermagem que contribuem para o desenvolvimento do *burnout*, citam-se o tempo de experiência na profissão, número de horas semanais trabalhadas e mudanças de emprego ou unidades de atuação. Nesse sentido, destacam-se, também, a insatisfação com a comunicação com colegas e superiores, consideração sobre inadequação do trabalho, ansiedade com o futuro no emprego, problemas com a vida pessoal e dificuldades financeiras, como colaboradores no desenvolvimento do *burnout* (ÍLHAN, DURUKAN, TANER, MARAL, BUMIN, 2008)

Assim, para evitar o *burnout* na enfermagem, há a menção a estratégias que podem ser de três categorias: engajamento organizacional, programas de orientação e técnicas de renovação. Na categoria do engajamento organizacional, mencionam-se a criação de uma comissão de pessoal, formada por enfermeiros, chefias de enfermagem e especialistas em recrutamento de pessoal; avaliação periódica do trabalhador no seu ambiente de trabalho; conscientização entre os gestores hospitalares; estabelecimento de instalações necessárias, como um centro de ajuda para a enfermagem; mecanismos de recompensa e desenvolvimento da autonomia pelos trabalhadores de enfermagem, valorizando-os e estimulando suas iniciativas; e a gestão baseada na humanização. Os programas de orientação sugerem como foco trabalhadores de enfermagem mais jovens, pois são mais suscetíveis ao *burnout*, por vivenciarem conflitos de papéis, sendo abordadas concepções e desempenho de funções a adotar na prática, incluindo os componentes afetivo, cognitivo e comportamental. Já as técnicas de renovação referem-se ao desenvolvimento, pelos próprios trabalhadores de enfermagem, de um programa de enfrentamento próprio, escolhendo medidas de acordo com suas necessidades, considerando a auto-gestão, melhoria organizacional e utilização dos sistemas de apoio (SHIREY, 2006; LEI, HEE, DONG, 2010).

Outro estudo enfatiza três níveis de intervenções, as quais se aproximam com as já citadas, isto é, estratégias organizacionais, focando o ambiente de trabalho; estratégias individuais com foco nas respostas pessoais; e estratégias combinadas,

relacionando a interação e comunicação do local de trabalho com o trabalhador (MORENO, GIL, HADDAD, VANNUCHI, 2011).

3.4 Sofrimento moral e síndrome de *burnout* na enfermagem

Relações entre sofrimento moral e síndrome de *burnout* têm aparecido associadas, principalmente, ao desempenho do papel da enfermeira como advogada do paciente, especialmente em condutas que envolvem percepções de cuidados fúteis. Os dois fenômenos são descritos, separadamente, como responsáveis pelo abandono da profissão pelos trabalhadores de enfermagem, o que demonstra uma aproximação das manifestações de ambos (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009; SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999; MELTZER, HUCKABAY, 2004).

Sundin-Huard, Fahy (1999), ao buscarem conhecer a associação entre sofrimento moral, papel da enfermagem na advocacia do paciente e *burnout*, identificaram como potenciais fontes desses fenômenos situações dilemáticas de cuidado *versus* cura, conflitos entre obrigações éticas e legais, percepção de impotência, diferenças de poder, responsabilização do enfermeiro por um número insuficiente de trabalhadores na equipe de enfermagem, percepção da inadequação do tratamento médico e estilo agressivo de comunicação da equipe médica (SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999). Acrescentam-se, ainda, situações de diálogo insuficiente na equipe de saúde; divergências em relação ao tratamento, ao plano de cuidados e ao gerenciamento de pacientes internados; e restrições institucionais (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009; CAVALIERE, DALY, MONTGOMERY, 2010).

Trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de cuidados críticos vivenciaram sofrimento moral ao advogarem por pacientes vulneráveis, desafiando tratamentos médicos por acreditarem ser inapropriados e fonte de sofrimento para os pacientes; essas investidas, no entanto, foram mal sucedidas, ocasionando intenso sofrimento moral e frustração, o que lhes ocasionou o desenvolvimento de *burnout* e conseqüentes trocas de unidades (SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999).

No que se refere às aproximações entre vivências de sofrimento moral pelos trabalhadores de enfermagem, *burnout* e o papel de advogar pelos pacientes, quatro tipos de elementos aparecem envolvidos, sendo eles: elementos desencadeadores,

como doenças que colocam o paciente em risco de perder a vida e percepção de tratamentos médicos inadequados; elementos culturais, como filosofia de cuidado *versus* cura e, diferenças de poder na equipe de saúde; elementos do ambiente organizacional como inadequação de recursos humanos e materiais; e elementos intrapessoais como senso de impotência e medo (SUNDIN-HUARD, FAHY, 1999).

Entre as possíveis articulações entre sofrimento moral e *burnout*, destacam-se achados de estudos com trabalhadores de enfermagem que enfocaram sofrimento moral e *burnout* isolados, porém ambos apresentam como consequência o abandono da profissão, o que pode demonstrar uma aproximação entre esses fenômenos (AUSTIN *et al*, 2005; ELPERN, COVERT, KLEINPELL, 2005; CAVALIERE, DALY, MONTGOMERY, 2010; HAMRIC, DAVIS, CHILDRESS, 2006; HAMRIC, BLACKHALL 2007; PENDRY, 2007; RITTENMEYER, HUFFMAN, 2009; SCHLUTER, WINCH, HOLZHAUSER, HENDERSON, 2008). Outras manifestações associadas aos dois fenômenos referem-se à insatisfação no trabalho, frustração, estresse, culpa, afastamento emocional de pacientes e colegas e sobrecarga de trabalho (AUSTIN, KELECEVIC, GOBLE, MEKECHUK, 2009; COHEN, ERICKSON 2006; HAMRIC, BLACKHALL, 2007; KELLY 1998; NATHANIEL 2006; PENDRY, 2007; WEISSMAN, 2009).

Os sentimentos de frustração e impotência, fortemente associados ao sofrimento moral, são intensificados com o desenvolvimento do sentimento de culpa dos trabalhadores de enfermagem, pelo afastamento de seus ideais profissionais, limitando sua auto-eficácia (PIJL-ZIEBER *et al*, 2008; NATHANIEL, 2006). Esses sentimentos são, também, profundamente, associados ao *burnout*, quando ocorrem manifestações de exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização, com conseqüente comprometimento do cuidado ao paciente (COHEN, ERICKSON, 2006; CLARKE, AIKEN, 2003).

Ainda, em relação à proximidade do sofrimento moral e *burnout*, pode-se dizer que parece existir similaridades nas manifestações desses fenômenos, embora o sofrimento moral possa ser distinguido por suas características únicas e pelo seu processo de desenvolvimento, ou seja, quando o trabalhador se sente responsável por uma ação moral, experencia obstáculos para implementar a ação desejada, desenvolvendo sentimentos negativos quando tal ação não é implementada (FRY, HARVEY, HURLEY, FOLEY, 2002).

Dessa forma, os desafios do ambiente de trabalho dos trabalhadores de enfermagem devem ser valorizados, para que estratégias de enfrentamento e prevenção sejam desenvolvidas e socializadas, evitando o sofrimento moral, o abandono da profissão, a insatisfação no trabalho, o possível desenvolvimento do *burnout* e, conseqüentemente, a escassez de enfermeiras para atuação nas instituições de saúde (RICE, RADY, HAMRICK, VERHEIJDE, PENDERGAST, 2008; CLARKE, AIKEN, 2003).

Assim, pode-se dizer que muitas manifestações são comuns ao sofrimento moral e ao *burnout*, e que apesar dos trabalhadores as perceberem, não as reconhecem como implicações desses fenômenos, não sabendo como reagir a elas, o que vem reforçar a necessidade de valorização da dimensão ética nos ambientes de atuação das enfermeiras (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM, SILVEIRA, 2012).

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa possui abordagem quantitativa. Os estudos quantitativos geralmente seguem uma filosofia determinista, baseada no paradigma pós-positivista, examinando as causas e suas influências nos resultados. Esse tipo de desenho de pesquisa é tipicamente dedutivo, pois idéias e conceitos são reduzidos a variáveis, em que se testam suas relações. O conhecimento resultante baseia-se na observação, medição e interpretação da realidade envolvendo a análise dos números (DRIESSNACK, SOUSA, MENDES, 2007; CRESWELL, 2003).

4.1 Tipo de Estudo

Essa pesquisa apresentou caráter quantitativo, exploratório e descritivo, pois ultrapassa o observar e descrever o fenômeno, passando a investigar a natureza complexa e outros fatores com os quais o fenômeno está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). O principal objetivo da pesquisa exploratória é fornecer uma compreensão do problema, identificando-o com maior precisão. Já a pesquisa descritiva apresenta como fim a descrição de características ou funções do objeto de estudo (MALHOTRA, 2001).

É uma pesquisa *survey*, a qual é indicada para a obtenção de informações sobre prevalência, distribuição e interrelações de variáveis em uma população. É recomendada para coletar informações sobre as ações, características e opiniões das pessoas através da aplicação de um questionário (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

As principais características desse método referem-se ao interesse em produzir descrições de forma quantitativa de uma população e utilizar um instrumento predefinido (FREITAS, OLIVEIRA, SACCOL, MOSCAROLA, 2000). Pode-se dizer que a pesquisa *survey* é adequada como método de pesquisa quando se interessa por questões como “o que está acontecendo” ou “como e por que está acontecendo”.

Um *survey* geralmente apresenta como propósitos a exploração, descrição e explicação. A exploração fornece informações quando se inicia a investigação de alguma temática pouco conhecida, buscando maior familiarização com o tema, ou seja, é utilizada para descobrir e levantar novas possibilidades e dimensões da população de interesse (BABBIE, 2003).

A descrição permite revelar a distribuição de certos traços e atributos de uma população, descrevendo suas diferenças; visa descobrir que situações, eventos, atitudes ou opiniões estão ocorrendo na população; questiona-se simplesmente sobre a distribuição de algum fenômeno na população ou entre subgrupos dessa população, podendo fazer comparações. Por fim, a explicação propõe-se a realizar asserções explicativas, relacionando a população e o problema investigado, podendo testar teorias e relações causais. Busca explicar as relações entre as variáveis, incluindo elementos de causa e efeito, relações e direcionalidade (BABBIE, 2003).

4.2 Local de estudo

Esse estudo foi desenvolvido em três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois municípios diferentes (M1 e M2).

M1 é um município do extremo sul do estado que possui em torno de 196 mil habitantes. De acordo com informações disponibilizadas no endereço eletrônico da prefeitura de M1, sua economia tem se destacado nacionalmente em função do desenvolvimento de um Pólo Naval, com a construção de um estaleiro, e por ser uma das principais responsáveis no país pela exportação e importação de grãos, containeres, fertilizantes e veículos. Destaca-se também pelo seu completo sistema educacional, possuindo um instituto federal, uma universidade federal e uma universidade privada. As instituições H1 e H2 localizam-se nesse município.

Já M2 é um município da região sul, com aproximadamente 327 mil habitantes, constituindo-se no terceiro mais populoso do estado. Também, de acordo com dados do endereço eletrônico da prefeitura desse município, apresenta sua economia voltada principalmente para o agronegócio e o comércio, além de destacar-se pelo seu centro de educação, atraindo muitos estudantes, pois possui cinco universidades e quatro grandes escolas técnicas. A instituição H3 pertence a M2.

Conforme dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do SUS (CNES/DATASUS), a instituição H1 caracteriza-se como um hospital universitário público, federal, de 186 leitos em que atuam 59 enfermeiros, 52 técnicos e 203 auxiliares de enfermagem; a instituição H2 caracteriza-se por ser um hospital filantrópico de 658 leitos em que atuam 76 enfermeiros, 287 técnicos e 54 auxiliares de enfermagem; e, a instituição H3, um

hospital escola filantrópico e de utilidade pública, conta com 291 leitos, 60 enfermeiros, 382 técnicos e 40 auxiliares de enfermagem.

Conforme dados disponíveis nos endereços eletrônicos oficiais das instituições participantes no estudo, faz-se, a seguir, uma breve caracterização acerca dos seus regimes de trabalho e tipos de atendimentos oferecidos ao público.

Na instituição H1, os trabalhadores de enfermagem são, em sua maioria, servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único), com carga horária semanal de 30h; atuam também trabalhadores em Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e, colaboradores em contrato temporário, em regime de 36h semanais. Esse hospital é referência no tratamento de pacientes HIV/AIDS, prevenção e recuperação de dependentes químicos, assistência integral a diabéticos e atendimento a gestantes de alto risco. É reconhecido como Hospital Amigo da Criança, possui um Centro Regional de Pneumologia e um Centro Regional de Gastroenterologia.

Na instituição H2, os trabalhadores de enfermagem são regidos pela CLT, trabalhando de 36 à 40h semanais, dependendo do local de atuação. Essa instituição compõe-se de três unidades hospitalares: Hospital Geral, Hospital de Cardiologia e Oncologia e Hospital Psiquiátrico. É referência regional em traumatologia e atendimentos a emergências.

Já H3 é uma instituição que também tem seus funcionários contratados pelo regime da CLT, com carga horária de 36h semanais para trabalhadores de enfermagem. Essa instituição abriga junto às suas dependências, mas com administrações separadas, o Pronto Socorro Municipal, o qual atende à demanda de urgência e emergência da zona sul do estado. Possui um centro cirúrgico de referência na região, equipado com aparelhos de última geração, permitindo a execução de procedimentos de alta complexidade. É, ainda, referência em nefrologia e diagnósticos por imagem. Dispõe também de assistência ambulatorial por meio das unidades básicas de saúde localizadas nos diversos bairros do município e programas de internação domiciliar.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizadas adaptações de dois instrumentos, o primeiro para investigar o sofrimento moral, uma adaptação do *Moral Distress Scale* (MDS), e o segundo para investigar o *burnout*, adaptação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

4.3.1 Escala de Sofrimento Moral – Adaptação do *Moral Distress Scale*

O instrumento escolhido para investigar o sofrimento moral, foi uma adaptação do *Moral Distress Scale*, desenvolvido originalmente por Corley *et al* (2001) (ANEXO I). O instrumento original, após autorização da autora, foi submetido ao processo de tradução reversa, adaptação cultural e validação por Barlem (2009) (ANEXO II) na dissertação de mestrado “Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira”. Nesse estudo, das 38 questões do instrumento inicial, foi possível validar apenas 21. Situações já identificadas como fontes de sofrimento moral na produção do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES), de acordo com a realidade de muitas instituições hospitalares do sul do país, como insuficiência de recursos materiais e humanos, não estavam suficientemente contempladas (CARVALHO, 2005; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; BARLEM, 2009; DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009).

Assim, uma nova adaptação do MDS, implementada por Barlem (2012) (ANEXO III), foi realizada, com o objetivo de contemplar particularidades dessa realidade e ampliar o público alvo de enfermeiros, também para técnicos e auxiliares de enfermagem, utilizando as 21 questões já validadas por Barlem (2009) acrescidas de novas 18 questões extraídas de resultados dos estudos do NEPES, totalizando 39 questões nesse instrumento. As novas questões adicionadas ao instrumento por Barlem (2012) estão descritas no quadro 1.

Quadro 1: Descrição das questões inseridas no MDS por Barlem (2012).

Número	Descrição	Origem
Q01	Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.	Silveira (2000)
Q03	Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente.	Silveira (2000)
Q06	Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho (2009)
Q08	Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência e emergência em um paciente.	(Poll, 2007)

Q14	Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho (2009)
Q15	Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho (2009)
Q19	Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes.	Barlem (2012)
Q20	Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem.	Barlem (2012)
Q29	Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	Barlem (2012)
Q30	Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar.	Barlem (2012)
Q31	Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	Barlem (2012)
Q32	Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	Barlem (2012)
Q33	Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	Barlem (2012)
Q34	Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada a negligência profissional.	Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho (2009)
Q36	Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	Barlem (2012)
Q37	Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	Carvalho (2005)
Q38	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	Carvalho (2005)
Q39	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	Carvalho (2005)

Esse questionário utiliza uma escala tipo *Likert* de sete pontos, variando de zero (0) para nunca ocorrer ou nenhuma freqüência, a seis (6) para sofrimento muito intenso ou muito freqüente, visto que na mesma escala investiga-se a freqüência e intensidade do sofrimento moral.

Ainda, foram elaboradas questões para caracterização dos sujeitos, apresentadas no início do instrumento de avaliação do sofrimento moral, abordando idade, ano de conclusão do curso, nível de formação, hospital, unidade de trabalho, tempo de atuação, tipo de unidade, realização de reuniões com a equipe de enfermagem e freqüência, realização de reuniões na unidade de trabalho e freqüência, número de empregos e número de horas de trabalho por semana. Em anexo, estão as duas versões da Escala de Sofrimento Moral que foram aplicadas, para enfermeiros (ANEXO III) e para técnicos/auxiliares de enfermagem (ANEXO IV), os quais diferem apenas no item de caracterização dos sujeitos.

4.3.2 Escala de *Burnout* – Adaptação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson (1981), constituindo-se em um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem.

O MBI avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais do *burnout*: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. A primeira refere-se a sentimentos de fadiga propiciadores do esgotamento energético emocional. O segundo fator, o qual possui escala invertida, reflete a deterioração da auto-competência e a falta de satisfação do indivíduo com o seu desempenho no trabalho. Por fim, o terceiro fator denota a presença de atitudes negativas do trabalhador no relacionamento com os usuários dos serviços em que atua, como, por exemplo, manifestações de insensibilidade e indiferença (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2009).

A forma preliminar, primeira versão do MBI, foi composta por 47 questões avaliadas em duas escalas, de freqüência e de intensidade (MASLACH, 1976; MASLACH, 1978). Os dados resultantes de sua primeira aplicação, numa amostra de 605 sujeitos, permitiram validar apenas 25 questões. Numa segunda aplicação, dessa vez com o questionário composto de 25 questões, em amostra de 420

sujeitos, resultados semelhantes ao primeiro instrumento foram identificados; então as duas amostras foram agrupadas, totalizando 1025 sujeitos, sendo validado o questionário de 25 questões agrupadas em quatro fatores (ANEXO V) (MASLACH, JACKSON, 1981; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997). Dos quatro fatores encontrados, três correspondem às dimensões do *burnout*, exaustão emocional, realização profissional e despersonalização, sendo que o quarto fator, composto de três itens, não se caracterizava em uma dimensão do *burnout*, tendo sido denominado um fator opcional. Nessas aplicações, foi constatada a redundância entre os valores de frequência e intensidade nas duas escalas que compunham o MBI, sendo a escala da intensidade deletada (MASLACH, JACKSON, 1981; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997).

Através desses estudos, foi obtida a versão final do MBI (MASLACH, JACKSON, 1981), utilizada, atualmente, composta por 22 questões divididas nas três escalas que correspondem aos componentes da síndrome, isto é, exaustão emocional, composta por nove itens; despersonalização, composta por cinco itens; e realização profissional, composta de oito itens (MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996).

No contexto de elaboração do MBI, ou seja, com essas duas primeiras aplicações que formaram a base de 1025 sujeitos, a confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do alfa de *Cronbach*, demonstrando valores satisfatórios nas três escalas, ou seja, 0,90 para exaustão emocional, 0,79 para despersonalização e, 0,71 para realização profissional (MASLACH, JACKSON, 1981; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997). Novas avaliações foram realizadas em outras duas amostras, sendo que os coeficientes teste e re-teste de consistência interna, atingiram valores de 0,82 para exaustão emocional, 0,60 para despersonalização, e 0,80 para realização profissional (MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997).

As questões desse instrumento são escritas na forma de afirmações sobre atitudes e sentimentos pessoais experienciados pelos trabalhadores. As opções de respostas estão disponibilizadas também em escala tipo *Likert*, que indica a frequência das respostas. Cada item está acompanhado por uma escala de resposta de sete pontos (*nunca até todos os dias*) que mensura a frequência de sentimentos relacionados à síndrome (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2009).

Considera-se os níveis de *burnout* como alto, médio ou baixo. Um nível alto corresponde em escores altos em exaustão emocional e despersonalização, e escores baixos em realização profissional. O nível médio é representado por escores médios nas três dimensões avaliadas. Por fim, o nível baixo significa escores baixos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e escores elevados em realização profissional (MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1997).

No presente estudo, a avaliação do *burnout* foi realizada através das médias de frequência, adotando-se os pontos da escala *likert* e suas classificações como correspondentes ao *burnout* experienciado. Considerou-se, assim, os seguintes pontos da escala: '0' (zero) *nunca*, '1' (um) *uma vez ao ano ou menos*, '2' (dois) *uma vez ao mês ou menos*, '3' (três) *algumas vezes ao mês*, '4' (quatro) *uma vez por semana*, '5' (cinco) *algumas vezes por semana*, e, '6' (seis) *todos os dias*.

Dessa forma, a Escala de *Burnout*, segundo instrumento utilizado nesse estudo, constitui-se em uma adaptação ao contexto brasileiro do *Maslach Burnout Inventory* (ANEXO VI). Codo (1999) assinala ter realizado a tradução, adaptação e validação semântica desse instrumento, assim como sua validação e normatização para uso no Brasil, no Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade Nacional de Brasília (UNB).

4.4 Sujeitos do Estudo

Os participantes do estudo, conforme critérios de inclusão, foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuantes em H1, H2 e H3 que apresentaram disponibilidade e interesse para responder aos questionários. Em H1, instituição pública, especificamente, foram convidados a participar apenas os trabalhadores concursados. Os critérios de exclusão dos informantes limitaram-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco.

Utilizou-se de uma amostra não-probabilística por conveniência, seguindo o critério de escolha dos participantes pela sua disponibilidade em participar da pesquisa no momento da coleta dos dados. Desse modo, todos trabalhadores de enfermagem, atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados, foram convidados a

participar. Esse convite, porém, não foi estendido àqueles trabalhadores que estavam afastados do trabalho no momento da coleta de dados, seja por férias ou algum tipo de licença; e, àqueles trabalhadores não concursados de H1, como já referido.

Entretanto, para reduzir a ocorrência de possíveis vieses em relação ao tamanho da amostra, adotou-se o critério de seleção do tamanho amostral (HILL, HILL, 2002) que apresenta como objetivo estimar o mínimo de sujeitos que necessitam fazer parte da amostra, para possibilitar a realização de determinados exames estatísticos, sendo representado pela seguinte expressão matemática:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 \cdot (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Em que: n= tamanho da amostra;

X²= valor do qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja de 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

Tomando como base o total de sujeitos nas três instituições pesquisadas, o que corresponde a um número de 1213 indivíduos (195 enfermeiros, 721 técnicos e 297 auxiliares de enfermagem), ao aplicar-se a fórmula obteve-se como resultado um número mínimo de 295 sujeitos.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados teve início após as autorizações das instituições e os devidos procedimentos éticos. Inicialmente ocorreu no município M1, primeiramente na instituição H1, no período de outubro a dezembro de 2010; após ocorreu na instituição H2, compreendendo o período de janeiro à março de 2011; por fim se passou ao município M2, na instituição H3, durante o período de maio à julho de 2011.

Inicialmente, em cada unidade das três instituições, ocorreu a apresentação da equipe de pesquisa, constituída por auxiliares de coleta e pesquisadores. Essa equipe foi previamente instrumentalizada para a realização do processo de coleta de dados, preparada quanto ao trabalho que seria desenvolvido junto aos trabalhadores de enfermagem, em relação aos objetivos da pesquisa, forma de participação, aspectos éticos e esclarecimentos de possíveis dúvidas.

Os questionários foram auto-administrados, ou seja, os integrantes da equipe de pesquisa entregavam os questionários nos locais de atuação dos sujeitos de pesquisa, explicando-lhes sobre a forma de participação na pesquisa e agendando a data para o recolhimento do material previamente entregue. Assim, aos que se disponibilizaram a participar, foi entregue um envelope de papel pardo contendo os instrumentos de pesquisa e duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. A devolução dos instrumentos ocorreu por meio de agendamento de acordo com a disponibilidade do participante em devolvê-los preenchidos, sendo essa busca realizada em até cinco tentativas.

Foi entregue um total de 500 envelopes contendo os instrumentos de pesquisa aos trabalhadores de enfermagem das três instituições que estavam em suas unidades de trabalho no momento da coleta de dados e que aceitaram participar do estudo. Salienta-se que esse número teria sido alterado se outros trabalhadores de enfermagem, que no momento da coleta não tivessem sido encontrados, tivessem se manifestado ou procurado os pesquisadores posteriormente para participar do estudo. Da totalidade de questionários entregues, retornaram 413, especificados conforme categoria profissional e instituição na Quadro 2.

Quadro 2: Descrição do número de trabalhadores de enfermagem em cada instituição e número de retorno dos questionários.

Instituição	H1		H2		H3	
	Total	Retorno	Total	Retorno	Total	Retorno
<i>Enfermeiros</i>	59	31	76	24	60	22
<i>Técnicos / Auxiliares de enfermagem</i>	255	55	341	182	422	99
Total	314	86	417	206	482	121

Número total de retorno – 413

Numa primeira apreciação do material, subtraíram-se desse número de retorno, aqueles questionários que estavam em branco ou preenchidos em escalas dicotômicas, isto é, todos os itens 0 (zero) ou 6 (seis) assinalados nas duas escalas, representando uma exclusão de 26 questionários. Dessa forma, constituiu-se, inicialmente, uma primeira base de dados geral, compreendendo um total de 387 sujeitos.

Porém, numa seguinte avaliação desse material, essa primeira base de dados com um total de 387 sujeitos foi novamente apreciada, adotando-se novos critérios para constituição de três outras bases de dados, uma específica para a análise do sofrimento moral, outra exclusiva para análise do *burnout* e uma terceira para a análise das relações entre as duas escalas utilizadas. A criação dessas novas bases exclusivas para cada análise foi realizada na tentativa de incluir o máximo de sujeitos em cada uma, pois muitos sujeitos responderam apenas um dos questionários ou responderam algum deles de forma incompleta, impossibilitando a sua inclusão em alguma das bases.

Para constituição da base de dados de sofrimento moral, primeiramente, adotaram-se novos critérios de exclusão para procedimentos de análise, ou seja, excluíram-se aqueles questionários cujos respondentes utilizaram apenas dois pontos da escala, descaracterizando a escala intervalar adotada; os que assinalaram não possuir sofrimento moral em 20 ou mais questões, e aqueles que deixaram mais de dez itens em branco. Assim, com a exclusão de 53 instrumentos da base de dados geral de 387, a amostra para análise do sofrimento moral foi composta por 334 sujeitos.

Na composição da segunda base de dados, para análise do *burnout*, os critérios de exclusão adotados foram aqueles questionários que contemplavam apenas dois pontos assinalados em toda escala, também descaracterizando a escala intervalar; aqueles em que um número específico da escala tenha sido assinalado em 12 questões ou mais; e, aqueles em que 10 questões ou mais não tenham sido assinaladas. Assim, com a exclusão de 30 sujeitos conforme esses critérios, a amostra final para análise do *burnout* foi composta por 357 sujeitos.

Por fim, para a terceira base de dados, de análise das relações entre sofrimento moral e *burnout*, consideraram-se os sujeitos que eram comuns às duas

bases anteriores, ou seja, excluíram-se aqueles que se enquadraram nos critérios de exclusão da análise dos dois instrumentos simultaneamente, o que significou a exclusão de 12 sujeitos, permanecendo, então, com 375 sujeitos.

4.6 Validação dos instrumentos

As escalas multi-itens, como no caso dos instrumentos utilizados nessa pesquisa, devem ser avaliadas quanto a sua precisão e aplicabilidade, o que envolve a avaliação de confiabilidade, validade e capacidade de generalização (MALHOTRA, 2001). A confiabilidade responde em que grau uma variável ou grupo de variáveis é consistente com o que se pretende medir. A validade refere-se ao âmbito em que uma medida ou conjunto de medidas representa corretamente o conceito do estudo, ou seja, reflete o quão bem o conceito é definido pelas medidas (HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 2005). Nesse sentido, para apurar se os dados mediam o que deveriam medir e proporcionar melhor compreensão do fenômeno estudado, foi realizada a validação de constructo.

A validade de construto tem por objetivo indicar os construtos ou características que a escala realmente está medindo, buscando responder a questões teóricas sobre a razão da escala funcionar e que deduções se podem fazer em relação à teoria subjacente à escala. Esse tipo de validade inclui a validade convergente e discriminante. A validade convergente mede a extensão em que as escalas se correlacionam positivamente com outras medidas do mesmo construto. A validade discriminante avalia até que ponto uma medida não se correlaciona com outros construtos, dos quais se supõe que ele difira (MALHOTRA, 2001).

Assim, com a validade de traço ou construto buscou-se delimitar as características dos construtos que são relevantes à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (confiabilidade das escalas), sua consistência sob diferentes enunciados (validade convergente) e sua diferença em relação aos outros itens de construtos diferentes (validade discriminante), fazendo uma ligação entre a teoria e o construto (nível conceitual) com os itens avaliados (nível operacional) (MALHOTRA, 2001).

Para realização da validação de construto nos questionários aplicados na amostra selecionada, utilizaram-se dois testes estatísticos: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*.

A análise fatorial é o nome dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados que objetiva a redução e sumarização dos dados, definindo conjuntos de dimensões latentes, denominados fatores que, por sua vez, explicam correlações entre conjuntos de variáveis (HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 2005; MALHOTRA, 2001).

Já o alfa de *Cronbach* é uma medida de confiabilidade que pode ter seus valores no intervalo de zero (0) a um (1), avaliando a consistência entre as variáveis das escalas múltiplas, ou seja, os itens individuais das escalas devem medir os mesmos construtos e ser altamente inter-correlacionadas. O limite inferior para o alfa de *Cronbach* é de 0,70, podendo diminuir para 0,60 em pesquisas exploratórias (HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 2005).

4.6.1 Validação do instrumento de sofrimento moral

A validação do instrumento utilizado para avaliação do sofrimento moral ocorreu, inicialmente, com a submissão de suas 39 questões à análise fatorial exploratória (em blocos). Realizou-se a análise de componentes principais com aplicação de rotação ortogonal *Varimax*, com objetivo de maximizar as altas correlações e minimizar as baixas, indicando a melhor adequação das variáveis aos componentes identificados (DANCEY, REIDY, 2006).

Os critérios para formação dos fatores foram o grau de associação entre as variáveis, definido por meio das cargas fatoriais, e o grau de subjetividade das variáveis. O primeiro agrupamento realizado sugeriu a formação de seis constructos, mas esses não condiziam com o referencial bibliográfico proposto.

Então, para facilitar o agrupamento das questões, foi realizado o processo de exclusão gradual de cada uma daquelas questões que apresentavam correlações baixas em seus blocos (baixa carga fatorial, inferior a 0,40), apresentavam carga fatorial elevada em mais de um fator (superior a 0,40), e aquelas que não apresentavam coerência conceitual com os constructos formados. Assim, ao final dessa análise, foram excluídas 19 questões conforme os critérios apresentados.

Após, foi realizada a análise fatorial exploratória (nos blocos) no sentido de confirmar a unidimensionalidade dos constructos, verificando que os itens de cada constructo convergiram para um único fator.

Por fim, a avaliação da fidedignidade do instrumento foi realizada através do cálculo do alfa do *Cronbach*. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor

0,93, enquanto que os coeficientes das quatro dimensões situaram-se entre 0,75 e 0,94, comprovando a fidedignidade das quatro dimensões identificadas. Dessa forma, das 39 questões do instrumento utilizado, 20 foram validadas e distribuídas em quatro constructos, os quais receberam as seguintes denominações: *falta de competência na equipe de trabalho*, *desrespeito a autonomia do paciente*, *condições de trabalho insuficientes* e, *obstinação terapêutica*, definidas a seguir.

Falta de competência na equipe de trabalho relaciona-se à insegurança dos trabalhadores de enfermagem em atuar junto com outros profissionais da equipe de enfermagem e saúde, e também com serviços de apoio, que não lhes inspiram confiança. O *desrespeito à autonomia do paciente*, refere-se à infração do princípio ético da autonomia, que preceitua a liberdade individual a cada um de determinar suas ações conforme suas escolhas, valores e convicções (OGUISSO, SCHMIDT, 2010). As *condições de trabalho insuficientes* como fonte de sofrimento moral relacionam-se à organização do trabalho, associadas à carência de recursos materiais e, também, à sobrecarga de trabalho, em decorrência da insuficiência de recursos humanos (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009). *Obstinação terapêutica* constitui-se na implementação de medidas terapêuticas reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem como fúteis e responsáveis pelo prolongamento do sofrimento de pacientes em fase terminal (CARVALHO, LUNARDI, 2009).

As quatro dimensões propostas explicam 67,68% da variação das questões originais, representando um grau adequado de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. A Tabela 1 apresenta o resultado da análise fatorial, isto é, as cargas fatoriais de cada constructo, de acordo com sua formação nos fatores.

Tabela 1 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – Sofrimento Moral – Rio Grande - 2012

	Bloco	F1	F2	F3	F4
Falta de Competência					
q25 – Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,700	0,779	0,220	0,182	0,107
q26 – Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,743	0,786	0,291	0,201	0,003
q27 – Trabalhar com médicos que não	0,746	0,837	0,145	0,156	0,026

possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.

q28 –Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,665	0,776	0,187	0,084	0,145
q29 –Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	0,719	0,758	0,236	0,191	0,229
q31 –Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	0,786	0,847	0,106	0,157	0,181
q32 –Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	0,718	0,772	0,151	0,112	0,295
q33 –Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar	0,737	0,806	0,178	0,128	0,198

Desrespeito a autonomia do paciente

q17 –Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	0,498	0,371	0,531	0,273	0,061
q21 –Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	0,818	0,230	0,837	0,177	0,181
q22 –Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento.	0,857	0,199	0,865	0,104	0,241
q23 –Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	0,802	0,240	0,826	0,097	0,230

Condições de trabalho insuficientes

q01 –Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.	0,601	-	0,192	0,751	-
		0,003			0,029
q06 –Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	0,662	0,226	0,007	0,713	0,320
q08 –Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência em um paciente.	0,555	0,370	0,083	0,579	0,275
q14 –Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	0,519	0,393	0,182	0,499	0,287
q15 –Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	0,482	0,225	0,379	0,496	0,204

Obstinação terapêutica

q05 –Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	0,636	0,092	0,148	0,180	0,758
q11 –Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória	0,661	0,257	0,271	0,079	0,718

não foi satisfatória.

q12–Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais. 0,627 0,195 0,229 0,295 **0,670**

Initial Eigenvalues	9,05	2,05	1,42	1,00
% variância explicada – rotated	45,26	10,27	7,12	5,02
Alfa de Cronbach (instrumento 0,93)	0,94	0,87	0,76	0,75
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,92)				
Teste de Bartlet: qui-quadrado = 4388,807				

O instrumento validado nesse estudo, com 20 questões, apresenta 11 questões provenientes do instrumento de Corley *et al* (2001), validado por Barlem (2009) e nove questões provenientes da adaptação da escala de sofrimento moral realizada por Barlem (2012). Foram validadas as seguintes questões do instrumento de Corley *et al* (2001) validado por Barlem (2009): q05 – Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte; q11 – Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória; q12 – Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais; q17 – Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade; q21 – Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca; q22 –Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento; q23 – Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer; q25 – Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer; q26 – Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer; q27 – Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer; e, q28 –Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.

As questões validadas do instrumento de sofrimento moral adaptado por Barlem (2012) foram: q01 – Fazer improvisações para enfrentar a falta de material

no cuidado aos pacientes; q06 – Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes; q08 – Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência em um paciente; q14 – Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos; q15 – Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos; q29 – Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar; q31 – Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar; q32 – Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar; e, q33 –Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.

4.6.2 Validação do instrumento de *burnout*

A validação do instrumento de *burnout* ocorreu através de dois testes estatísticos: a análise fatorial e alfa de *Cronbach*. Por meio da análise fatorial foi possível agrupar as questões referentes às três dimensões do *burnout*, exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização. Das 22 questões do instrumento aplicado, cinco foram excluídas por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,40), não apresentarem coerência conceitual com o grupo ou por formar blocos isolados. As questões excluídas foram as de números: 1 –Eu me sinto cheio de energia; 2 – Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho; 3 – Eu sinto que os clientes/pacientes me culpam por algum dos seus problemas; 13 - Eu sinto que trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos; e, 21 – Eu não me importo realmente com alguns dos meus clientes.

A partir da tabela 2 evidenciam-se resultados da análise de componentes principais conduzida, com rotação ortogonal (*varimax*) em uma amostra de 357 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise ($KMO = 0,828$). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (136) = 1665,373, p menor que 0,001] indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise.

Tabela 2 - Análise fatorial exploratória (rotação *Varimax*) - *Burnout* – Rio Grande – 2012.

	Bloco	F1	F2	F3
Exaustão Emocional				
5 – Eu me sinto como se estivesse no final do meu	0,468	0,628	-0,253	0,098

limite.				
7 – Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	0,603	0,776	0,030	0,023
8 – Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	0,469	0,680	-0,067	0,037
9 – Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito esgotado.	0,534	0,667	-0,241	0,175
10 – Eu me sinto esgotado com meu trabalho	0,620	0,743	-0,140	0,218
14 – Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	0,369	0,598	-0,011	0,107
16 – Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho.	0,371	0,607	-0,010	0,051
17 – Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	0,431	0,642	-0,133	- 0,035
Realização Profissional				
4 – Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.	0,392	-0,286	0,556	-,026
6 – No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	0,308	0,000	0,546	-,101
11 – Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.	0,383	-0,271	0,557	0,009
12 – Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	0,323	-0,344	0,450	-,044
15 – Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.	0,441	0,003	0,664	0,002
18 – Eu posso entender facilmente o que sente minha clientela acerca das coisas.	0,511	0,097	0,694	-,141
22 – Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	0,392	-0,087	0,620	-,018
Despersonalização				
19 – Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.	0,786	0,134	-0,058	0,875
20 – Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	0,785	0,187	-0,147	0,854
Resumo de Estatísticas				
Initial Eigenvalues	4,745	2,059	1,383	
% variância explicada – rotated 48,161%	27,913	12,112	8,137	
Alfa de Cronbach (instrumento 0,60)	0,84	0,71	0,75	
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,828)				
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 1665,373				

A análise inicial mostrou que os três componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e explicaram 48,161% da variância. A fidedignidade das três dimensões do instrumento foi testada através do alfa de *Cronbach*, que indicou valores de 0,84, 0,71 e 0,75 para os componentes exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização, respectivamente, demonstrando confiabilidade pelo método da consistência interna.

4.7 Análise dos dados

Na análise dos dados, foram realizadas quatro análises distintas para obtenção dos resultados: 1) estatística descritiva, com utilização de distribuição de frequência e médias; 2) análise de variância (ANOVA) para verificar diferenças significativas entre os grupos de respondentes; 3) análise bivariada com utilização da correlação de Pearson; e 4) análise multivariada, através de regressão múltipla.

A estatística descritiva auxiliou no resumo de informações, através de distribuição de frequência, medidas de posição (média, moda, mediana) e medidas de dispersão (intervalo, intervalo interquartil, desvio padrão). A distribuição de frequência foi utilizada para obter uma contagem do número de respostas associadas a diferentes valores de uma variável, sendo expressas em percentagens. As medidas de posição foram utilizadas para descrever uma posição num conjunto de dados, as de tendência central para descrever o centro da distribuição; e as medidas de dispersão para indicar a dispersão de uma distribuição (MALHOTRA, 2001).

A análise de variância (ANOVA) refere-se à técnica estatística que se propõe a estudar as diferenças entre médias de duas ou mais populações, sendo escolhida para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos de acordo com a instituição, categoria profissional, idade, entre outros (MALHOTRA, 2001).

Na análise bivariada, com a utilização do coeficiente de correlação de Pearson, procurou-se resumir a intensidade de associação entre duas variáveis, mensurando a possibilidade de que a variação em uma variável pudesse estar associada à variação em uma outra variável. Nesse caso sua utilização mostrou-se útil, por exemplo, para analisar se existe uma associação linear positiva ou negativa entre o sofrimento moral e o *burnout* (MALHOTRA, 2001).

Já a análise multivariada refere-se aos métodos estatísticos que simultaneamente analisam múltiplas medidas sobre os fenômenos em investigação. Dessa forma, a análise de regressão múltipla foi utilizada para analisar a relação entre uma variável dependente e várias variáveis independentes. Esse tipo de análise possibilitou descrever e prever as relações entre duas ou mais variáveis métricas; auxiliando, por exemplo, na determinação de quais os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento do *burnout* (ou algumas de suas dimensões), considerando o sofrimento moral (HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 2005).

Assim, para determinação da força de associação entre as variáveis analisadas tanto pela análise bivariada, com correlação de Pearson, como pela análise multivariada, através de regressão múltipla, adotou-se a classificação de intensidade de correlação de Hair, Anderson, Tatham, Black (2005) conforme pode ser observado no quadro 3.

Quadro 3 – Classificação de intensidade de correlação

Variação do coeficiente	Força de associação
$\pm 0,91 - \pm 1,00$	Muito forte
$\pm 0,71 - \pm 0,90$	Alta
$\pm 0,41 - \pm 0,70$	Moderada
$\pm 0,21 - \pm 0,40$	Pequena, mas definida
$\pm 0,01 - \pm 0,20$	Leve, quase imperceptível

Fonte: Hair, Anderson, Tatham, Black (2005).

Para realização da análise de dados, utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

4.8 Aspectos Éticos

Inicialmente foram encaminhados ofícios às direções/administrações das referidas instituições e suas respectivas chefias de enfermagem, solicitando suas autorizações para o desenvolvimento dessa pesquisa, especificando seus objetivos e forma de execução (APÊNDICE A).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG (CEPAS-FURG), obtendo-se parecer positivo para a realização da pesquisa (Parecer 70/2010 e 40/2011) (ANEXO VII e VIII). Salienta-se, porém, que o

parecer positivo refere-se ao projeto financiado pelo CNPq (Processo 475366/2008-5), do qual esse é parte integrante, sendo enviado ao CEPAS/FURG um adendo com algumas alterações em relação ao projeto de origem, obtendo-se também parecer favorável.

Foi assegurado o cuidado e compromisso com as instituições e informantes do estudo em relação a sua não exposição, garantindo o caráter confidencial das informações fornecidas. Não foram previstos riscos à integridade dos participantes, sendo os benefícios previstos mais amplos, como por exemplo, a reflexão por parte dos trabalhadores de enfermagem frente às situações de seu cotidiano, o que poderia resultar em maior qualidade no ambiente de trabalho e na assistência aos clientes.

Foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, um termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE B) foi entregue junto aos questionários, explicitando os objetivos da pesquisa e assegurando o sigilo e anonimato dos participantes, além da possibilidade de desistirem da participação no estudo a qualquer momento de sua realização. O termo de consentimento livre e esclarecido compunha-se de duas vias, sendo uma de posse do pesquisador e outra do participante.

Ainda, firmou-se o compromisso com os participantes da pesquisa em fornecer esclarecimentos solicitados sobre sua participação no estudo a qualquer momento, garantindo-lhes também que as informações coletadas seriam utilizadas somente para os fins dessa pesquisa. Os resultados encontrados serão divulgados aos informantes através de relatório de pesquisa entregue as suas respectivas chefias e também há o compromisso de sua divulgação em eventos e periódicos científicos.

Após a conclusão da pesquisa, os questionários serão guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos do NEPES, por um período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse capítulo serão apresentados os três artigos construídos através da análise dos dados.

O primeiro artigo intitulado “Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?” apresentou como objetivo identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais no sul do Rio Grande do Sul.

O segundo artigo, denominado “*Burnout* em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande Do Sul”, teve como objetivo avaliar a ocorrência do *burnout* em trabalhadores de enfermagem em três instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul.

Já o terceiro artigo “Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?” apresentou como objetivo identificar relações entre sofrimento moral e *burnout* nas vivências de trabalhadores de enfermagem no desempenho de seu trabalho.

Os três artigos são apresentados a seguir.

5.1 ARTIGO 1

ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM: QUEM VIVENCIA MAIOR SOFRIMENTO MORAL?³

NURSES, NURSING TECHNICIANS AND AUXILIARY STAFF: WHO EXPERIENCES GREATER MORAL DISTRESS?

ENFERMEROS, TÉCNICOS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA: ¿QUIÉN SUFRE MAYOR ANGUSTIA MORAL?

Graziele de Lima Dalmolin⁴

Valéria Lerch Lunardi⁵

Guilherme Lerch Lunardi⁶

³ Artigo encaminhado a Revista da Escola de Enfermagem da USP, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: “Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: relações nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG) em dezembro de 2012.

⁴ Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Doutora em Enfermagem. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES/FURG). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS/UNIPAMPA). Endereço: UNIPAMPA - BR 472 - Km 592 – Cep 97500-970 - Caixa Postal 118 – Uruguaiana – Rio Grande do Sul – Brasil. Telefone: (55) 32312129. Email: grazi.dalmolin@gmail.com

⁵ Enfermeira. Docente do PPGEnf/FURG. Doutora em Enfermagem. Líder do NEPES/FURG. Pesquisadora do CNPq. Endereço: FURG – Escola de Enfermagem – Rua Gal Osório s/n – Centro – Cep 96200-400 – Rio Grande – Rio Grande do Sul – Brasil. Telefone: (53) 32338855 Ramal 0302. Email: vlunardi@terra.com.br

⁶ Administrador. Docente do PPGEnf/FURG e do Curso de Administração da FURG. Doutor em Administração.

RESUMO: Teve-se por objetivo identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais no sul do Rio Grande do Sul. Realizou-se uma pesquisa *survey* com 334 trabalhadores de enfermagem, atuantes em três instituições, através da aplicação do questionário de sofrimento moral. Mediante análise fatorial e alfa de *Cronbach*, validaram-se os constructos: *falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito à autonomia do paciente, condições de trabalho insuficientes e obstinação terapêutica*. Através de estatística descritiva e análise de variância, constatou-se que enfermeiros e auxiliares de enfermagem possuem maior percepção de sofrimento moral comparados aos técnicos de enfermagem. Questões organizacionais e formas de comunicação influenciam na menor percepção de sofrimento moral. Recomenda-se a implementação de ações que favoreçam enfrentamentos, tomadas de decisão e exercício da autonomia desses trabalhadores.

Descritores: Ética. Ética em Enfermagem. Enfermagem. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT: The target was to identify the frequency and severity of moral distress experienced by nurses, technicians and nursing staff, who work at the Hospitals in the southern region of *Rio Grande do Sul*. A survey was conducted with 334 nursing staff, working at three Hospitals, using a general questionnaire on moral distress. Validation was made based on factor analysis and Cronbach's alpha, resulting in the following constructs: *lack of competence when working as a team, disregard for patient's autonomy, insufficient working conditions and therapeutic obstinacy*. By using descriptive statistics and analysis of variance, was revealed that nurses and auxiliary nurses have a greater perception of moral distress when compared to nursing technicians. Organisational issues and methods of communication influence the lower perception of moral distress. It is recommended that actions encouraging confrontation, decision making and exercising the autonomy of these workers be implemented.

Keywords: Ethics. Nursing ethics. Nursing. Nursing team.

RESUMEN: Se tuvo como objetivo identificar la frecuencia y la intensidad de la angustia moral sufrida por enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que trabajan en los hospitales en el sur de Rio Grande do Sul. Se realizó una encuesta *survey* con 334 trabajadores de enfermería, trabajando en tres instituciones, mediante la aplicación del cuestionario de angustia moral. A través del análisis factorial y alfa de *Cronbach* se han validado los constructos: *falta de competencia en el equipo de trabajo, desprecio por la autonomía del paciente, condiciones de trabajo insuficientes y obstinación terapéutica*. A través de estadística descriptiva y análisis de variación reveló que enfermeros y auxiliares de enfermería tienen una mayor percepción de la angustia moral frente a los técnicos de enfermería. Aspectos organizativos y formas de comunicación influyen en la menor percepción de sufrimiento moral. Se recomienda poner en práctica acciones que favorezcan enfrentamientos, toma de decisiones y ejercicio de la autonomía de estos trabajadores.

Descriptores: Ética. Ética en Enfermería. Enfermería. Grupo de enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente, com os recentes e contínuos avanços científicos e tecnológicos, muitos valores têm sido relegados a um segundo plano, constituindo, diariamente, novos desafios no campo da ética, os quais podem ser caracterizados por conflitos e situações dilemáticas que, diante de suas particularidades, tornam mais complexo o exercício de determinadas profissões, como a enfermagem⁽¹⁾.

Esses conflitos estão ligados à ocorrência de problemas éticos e morais, dilemas morais e sofrimento moral. Problemas morais envolvem situações conflituosas entre um ou mais valores morais e incerteza sobre o curso de ação correto, tanto nos níveis individual, interpessoal, organizacional e social. Dilemas morais são percebidos em situações em que se têm dois ou mais cursos possíveis de ação e razões igualmente imperiosas, em que a escolha de uma ação implica a renúncia das outras. Já sofrimento moral ocorre em situações em que os profissionais sabem ou acreditam conhecer a ação correta a ser seguida, mas por várias razões, como medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, não conseguem seguir com esse curso de ação ou evitar danos particulares, podendo ter seus valores e identidades de agentes morais comprometidos⁽²⁾.

Em estudos sobre o sofrimento moral, em nosso contexto, percebeu-se que sua ocorrência está associada à organização do trabalho, envolvendo a insuficiência de recursos materiais e humanos, relações interpessoais, falta de respaldo institucional para o exercício de autonomia da enfermeira, desrespeito aos direitos dos pacientes e morte por negligência, ou seja, situações de morte reconhecidas como evitáveis⁽³⁻⁴⁾.

O desenvolvimento do sofrimento moral na enfermagem também se associa a aspectos referentes a políticas organizacionais, e seus impactos sobre a habilidade dos trabalhadores em advogar pelos pacientes, com a negação desse papel de defesa. Esses trabalhadores também apresentam uma aparente incapacidade/dificuldade de influenciarem decisões médicas relacionadas à dor e ao sofrimento dos pacientes, o que também se relaciona ao seu papel de advocacia dos direitos dos pacientes, e à estrutura hierárquica de poder, de muitos hospitais, o que dificulta tanto o reconhecimento do seu saber, como sua implementação⁽⁵⁻⁶⁾.

A ocorrência do sofrimento moral apresenta implicações para a vida dos trabalhadores de enfermagem, tanto na dimensão pessoal, com sinais emocionais e físicos, como na dimensão profissional, relacionadas à satisfação no trabalho e ao abandono da profissão. Essas manifestações parecem estar fortemente relacionadas à dificuldade de exercício de poder dos trabalhadores de enfermagem nas tomadas de decisão, o que os faz agirem, muitas vezes, contrariamente às suas crenças e valores, negando seus conhecimentos⁽⁷⁾.

Poder entendido como relações de forças, nesse caso, nos espaços de atuação dos trabalhadores de enfermagem, desenvolvidas através de lutas e afrontamentos incessantes em seus contextos, constituindo formas de condutas que os transformam e modificam. A característica de instabilidade das correlações de força, devido a sua desigualdade, induz continuamente a estados de poder, sempre localizados e mutáveis; ou seja, o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis, não podendo existir senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência, presentes em toda rede de poder⁽⁸⁾.

Nesse sentido, salienta-se que os trabalhadores de enfermagem podem vivenciar sofrimento moral, por dificuldades de exercer poder, podendo ter sua integridade e autenticidade comprometidas, tanto pessoal como profissionalmente. Essa dificuldade no exercício de poder relaciona-se, principalmente, a fatores comuns no cotidiano de trabalho da enfermagem, como tomadas de decisão referentes ao tratamento e cuidado dos pacientes, baixa autonomia, restrições de tempo e recursos, e altos níveis de responsabilidade⁽⁶⁾.

Tais fatores podem estar associados às dificuldades dos trabalhadores de enfermagem em resistir e realizarem enfrentamentos. A resistência apresenta-se como focos de reação provocando modificações sobre os fatos cotidianos. Nesse sentido, pode-se dizer que a aparente ausência de lutas por parte dos trabalhadores de enfermagem pode configurar-se no não uso da sua liberdade pessoal, o que pode conduzi-los à própria mortificação, pautada na obediência, resignação e submissão⁽⁹⁾.

Essa questão também pode estar relacionada ao poder disciplinar, pela aparente sujeição de forças, em determinadas situações dilemáticas e conflituosas, conferindo, aos trabalhadores de enfermagem, uma relação de docilidade-utilidade. A disciplina nas relações de poder tem por objetivo a formação de corpos obedientes e úteis, isto é, na medida em que os fabrica submissos, aumenta suas forças em níveis de utilidade econômica e as diminui em termos políticos, de resistência e luta⁽¹⁰⁾.

Considerando-se, assim, os diversos aspectos ligados à ocorrência do sofrimento moral e as possibilidades de intensificar-se nos ambientes de atuação da enfermagem, trazendo consequências para seus trabalhadores e comprometimento do cuidado de enfermagem, teve-se como objetivo identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais no sul do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório-descritiva, constituindo uma pesquisa *survey*.

Esse *survey* foi realizado com trabalhadores de enfermagem de três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois municípios diferentes (M1 e M2). Conforme dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do SUS (CNES/DATASUS) e dados disponíveis nos endereços eletrônicos oficiais das instituições participantes, a instituição H1 caracteriza-se como um hospital universitário público, federal, de 186 leitos em que atuam 59 enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem e 203 auxiliares de enfermagem, que são, em sua maioria, servidores públicos concursados, com carga horária semanal de 30h. A instituição H2 caracteriza-se por ser um hospital filantrópico de 658 leitos em que atuam 76 enfermeiros, 287 técnicos de enfermagem e 54 auxiliares de enfermagem, contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária semanal variável entre 36 à 40h. Por fim, a instituição H3, um hospital escola filantrópico e de utilidade pública, conta com 291 leitos, 60 enfermeiros, 382 técnicos de enfermagem e 40 auxiliares de enfermagem, regidos também pela CLT, com carga horária semanal de 36h.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se numa adaptação do *Moral Distress Scale* (MDS) ajustado ao contexto de realização da pesquisa⁽⁵⁾. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido em contexto norte americano⁽¹¹⁾, submetido ao processo de tradução reversa, adaptação cultural e validação⁽⁴⁾, quando se percebeu que situações identificadas em nossa realidade como fontes de sofrimento moral não estavam suficientemente contempladas.

O questionário aplicado nesse estudo foi composto por 39 questões, utilizando uma escala tipo *Likert* de sete pontos, para analisar a intensidade e frequência de sofrimento moral. Incluiu-se também no instrumento um componente de caracterização dos sujeitos.

Consideraram-se como sujeitos de pesquisa os trabalhadores de enfermagem de H1, H2 e H3, incluindo-se enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nessas instituições, o que significa um número de 1213 indivíduos, compondo-se uma amostra não-probabilística por conveniência. Utilizou-se uma fórmula de seleção do tamanho amostral⁽¹²⁾, que estimou o número mínimo de 295 sujeitos para realização de exames estatísticos. Os critérios de inclusão dos sujeitos referiram-se à disponibilidade e interesse em responder ao instrumento no momento da coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada de outubro de 2010 a julho de 2011. Foram entregues um total de 500 questionários aos trabalhadores, retornando 387 instrumentos. Adotou-se, ainda, como critérios de exclusão para procedimentos de análise, aqueles questionários cujos respondentes utilizaram apenas dois pontos da escala, descaracterizando a escala intervalar

adotada; os que assinalaram não possuir sofrimento moral em 20 ou mais questões, e aqueles que deixaram mais de dez itens em branco. Assim, com a exclusão de 53 instrumentos, a amostra final para análise dos dados foi composta por 334 sujeitos.

Após a coleta de dados, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade do instrumento: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. A análise fatorial teve por objetivo a redução e sumarização dos dados, definindo conjuntos de dimensões latentes, denominados fatores⁽¹³⁾. Das 39 questões propostas, inicialmente, 20 foram validadas e agrupadas em quatro dimensões – *falta de competência na equipe de trabalho*, *desrespeito a autonomia do paciente*, *condições de trabalho insuficientes* e *obstinação terapêutica* – enquanto 19 foram excluídas do instrumento por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,40), cargas fatoriais elevadas (superiores a 0,40) em mais de um fator, não apresentarem coerência conceitual com o bloco proposto ou formarem blocos isolados com apenas uma questão. As quatro dimensões propostas explicam 67,68% da variação das questões originais, representando um grau adequado de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação.

O alfa de *Cronbach* avalia a consistência interna entre as variáveis das escalas múltiplas⁽¹³⁾. São sugeridos valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios, garantindo assim a confiabilidade das escalas utilizadas. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,93, enquanto que os coeficientes das quatro dimensões situaram-se entre 0,75 e 0,94, comprovando a fidedignidade das quatro dimensões identificadas.

Os constructos apresentados já foram identificados por outros estudos sobre sofrimento moral, primeiramente com enfermeiros⁽⁴⁾ e, após, com demais trabalhadores de enfermagem⁽⁵⁾. Os referidos constructos podem ser entendidos conforme as definições a seguir.

Falta de competência na equipe de trabalho relaciona-se à insegurança dos trabalhadores de enfermagem em atuar junto com outros profissionais da equipe de enfermagem e saúde, e também com serviços de apoio, que não lhes inspiram confiança. *Desrespeito à autonomia do paciente* refere-se à infração do princípio ético da autonomia, que preceitua a liberdade individual a cada um de determinar suas ações conforme suas escolhas, valores e convicções⁽¹⁾. *Condições de trabalho insuficientes* relacionam-se à organização do trabalho, associadas à carência de recursos materiais e, também, à sobrecarga de trabalho, em decorrência da insuficiência de recursos humanos⁽³⁾. *Obstinação terapêutica* constitui-se na implementação de medidas terapêuticas reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem

como fúteis e responsáveis pelo prolongamento do sofrimento de pacientes em fase terminal⁽¹⁴⁾.

Por fim, a análise dos dados para obtenção dos resultados foi realizada através de estatística descritiva e análise de variância (ANOVA), identificando possíveis diferenças significativas entre os grupos de respondentes. Utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer favorável (Parecer nº 70/2010).

RESULTADOS

Em relação às características gerais dos participantes do estudo, destaca-se que a amostra foi constituída por 334 trabalhadores de enfermagem, dos quais 71 (21,3%) são enfermeiros, 234 (70%) técnicos de enfermagem e 29 (8,7%) auxiliares de enfermagem; 289 (86,5%) são do sexo feminino e 39 (11,7%) do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 19 a 64 anos, com média de 33,6 anos, sendo que 184 (55%) sujeitos tinham idades iguais ou inferiores a média, e 150 (45%) idades superiores. Quanto aos locais de trabalho, 60 trabalhadores de enfermagem atuam em H1, 183 em H2, e 91 em H3.

Referente à qualificação profissional, constatou-se que 65,5 e 73,5% dos auxiliares e técnicos de enfermagem, respectivamente, não buscaram outros cursos após sua formação; diferentemente, 63,5% dos enfermeiros buscaram se atualizar, através de especializações (40,8%) e mestrado (19,7%).

A análise descritiva possibilitou a identificação da percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o sofrimento moral vivenciado. Os quatro constructos identificados foram operacionalizados através de valores numéricos que correspondem às médias aritméticas das questões individuais que compõem cada constructo (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias de intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelos diferentes trabalhadores de enfermagem conforme situações representadas nas questões do instrumento validado – Rio Grande – 2012.

Variáveis	Médias			Geral	Freq Geral
	AuxEnf	TecEnf	Enf		
Falta de Competência na Equipe de Trabalho				4,05	2,47
q25 – Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,10	3,93	4,46	4,06	2,43
q26 – Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,38	3,89	4,37	4,04	2,53

q27 – Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,66	3,92	4,69	4,15	2,60
q28 –Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,07	3,80	4,28	3,93	2,61
q29 –Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	4,17	3,93	4,27	4,02	2,25
q31 –Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	3,93	4,05	4,69	4,17	2,45
q32 –Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	3,89	3,82	4,37	3,95	2,37
q33 –Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar	4,07	4,02	4,53	4,13	2,50
Desrespeito a autonomia do paciente				3,47	1,81
q17 –Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	4,31	3,79	4,31	3,95	2,14
q21 – Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	3,52	3,18	3,76	3,34	1,71
q22 – Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento.	3,00	3,19	3,87	3,32	1,69
q23 –Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	3,41	3,11	3,85	3,29	1,70
Condições de trabalho insuficientes				3,65	2,45
q01 – Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.	3,69	3,41	2,96	3,34	2,95
q06 –Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	3,66	3,58	3,72	3,61	2,48
q08 –Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência em um paciente.	4,41	3,70	4,45	3,92	2,26
q14 –Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	3,90	3,81	4,45	3,95	2,32
q15 –Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	3,45	3,32	3,86	3,44	2,25
Obstinação terapêutica				3,60	2,31
q05 – Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	4,07	3,65	3,44	3,65	2,57
q11 – Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	4,34	3,57	3,54	3,63	2,08
q12 – Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	3,93	3,40	3,77	3,53	2,29

Ao analisar as médias individuais das questões que compõem cada um dos quatro constructos formados, percebeu-se que as seguintes questões apresentaram as médias mais elevadas: no constructo *falta de competência na equipe de trabalho*, a questão Q31 – *Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar* (4,17); em *desrespeito a autonomia do paciente*, a questão Q17 – *Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao*

paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade (3,95); em condições de trabalho insuficientes a questão Q14 – Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos (3,95); e, em obstinação terapêutica, a questão Q05 – Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte (3,65).

Já em relação à frequência com que os trabalhadores de enfermagem experienciam o sofrimento moral, observou-se que as médias das situações que o acarretam, variaram de (1,69) na questão q22 – *Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento*, como a menos frequente, até (2,95) na questão q01 – *Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes*, como a mais frequente. Percebeu-se, também, em relação aos constructos, que a maior média de frequência foi em *falta de competência na equipe de trabalho (2,47)*, seguido por *condições de trabalho insuficientes (2,45)*.

Por meio de análise descritiva, foi possível verificar as médias gerais de cada constructo, conforme as diferentes categorias profissionais da enfermagem. Realizou-se, também, uma análise do *sofrimento moral geral*, conforme as três categorias profissionais, considerando-se os constructos formados na análise fatorial (Tabela 2).

Tabela 2 – Média geral de sofrimento moral vivenciado por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros conforme os quatro constructos propostos na análise fatorial – Rio Grande - 2012.

Variáveis	Total n=334	Categoria			P
		AuxEnf n=29	TécEnf n=234	Enf n=71	
Falta de Competência na equipe de trabalho	4,05	4,16	3,92	4,45	0,02
Desrespeito a autonomia do paciente	3,47	3,56	3,31	3,93	0,02
Condições de trabalho insuficientes	3,65	3,82	3,56	3,89	0,16
Obstinação terapêutica	3,60	4,11	3,54	3,58	0,17
Sufrimento Moral Geral	3,69	3,91	3,58	3,96	0,04

Em relação aos quatro constructos analisados, dois apresentaram diferença estatística significativa (ao nível de 5%): *falta de competência na equipe de trabalho (P= 0,02)* e *desrespeito a autonomia do paciente (P= 0,02)*. A partir desses dados, percebeu-se que os enfermeiros apresentam médias mais elevadas de sofrimento moral diante da *falta de competência na equipe de trabalho (4,45)* e *desrespeito a autonomia do paciente (3,93)*. Constatou-se, também, que as médias dos auxiliares de enfermagem são mais elevadas em todos os constructos em relação às médias apresentadas pelos técnicos de enfermagem.

Para os constructos *condições de trabalho insuficientes* e *obstinação terapêutica*, não foi possível encontrar diferença estatística significativa (ao nível de 5%) entre os grupos analisados. Entretanto, os enfermeiros também apresentaram médias mais elevadas em *condições de trabalho insuficientes* (3,89), porém em *obstinação terapêutica* apresentaram média (3,58), enquanto os auxiliares de enfermagem (4,11). Essa diferença pode estar associada à maior permanência dos auxiliares de enfermagem cotidianamente junto ao paciente na realização de cuidados diretos, presenciando de modo mais próximo sua dor e sofrimento em situações sem possibilidades de cura.

Com relação à análise de *sofrimento moral geral*, também foi encontrada diferença estatística significativa ($P= 0,04$), podendo-se afirmar que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem possuem uma percepção mais elevada de vivência de sofrimento moral que os técnicos de enfermagem.

Ainda, a fim de analisar a existência de possíveis diferenças nas médias dos quatro constructos em relação ao sofrimento moral vivenciado, foram realizadas diferentes análises de variância (ANOVA), considerando particularidades dos sujeitos, conforme apresenta a Tabela 3.

Tabela 3 – Relação entre a percepção de sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem conforme constructos identificados e características dos indivíduos e trabalho – Rio Grande – 2012.

Variáveis	N	Falta de Competência na Equipe		Desrespeito a autonomia do paciente		Condições de Trabalho Insuficientes		Obstinação Terapêutica		Sofrimento Moral Geral	
		M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Instituição											
H1	60	4,85	0,000*	3,88	0,000*	4,37	0,000*	4,02	0,000*	4,28	0,000*
H2	183	3,96		3,71		3,69		3,74		3,78	
H3	91	3,71		2,72		3,10		3,02		3,14	
Tempo de Conclusão do Curso											
≥ 5 anos	108	4,31	0,018*	3,52	0,534	3,95	0,002*	3,77	0,118	3,89	0,025*
< 5 anos	211	3,92		3,40		3,48		3,47		3,57	
Educação Permanente											
Sim	181	3,96	0,063	3,44	0,096	3,59	0,372	3,61	0,065	3,65	0,049*
Não	54	4,46		3,87		3,88		3,96		4,04	
Não sei	97	3,98		3,27		3,64		3,34		3,56	
Reuniões											
Sim	146	4,06	0,978	3,42	0,608	3,52	0,106	3,39	0,032*	3,60	0,192
Não	187	4,05		3,51		3,76		3,77		3,77	
Diálogo Instituição											
Sim	122	3,96	0,157	3,39	0,600	3,35	0,007*	3,41	0,221	3,53	0,161
Não	72	3,87		3,63		3,86		3,77		3,78	
Às vezes	140	4,23		3,46		3,81		3,67		3,79	
Diálogo Chefia											

Sim	192	4,04	0,975	3,48	0,382	3,50	0,047*	3,48	0,111	3,63	0,266
Não	42	4,08		3,75		3,97		4,03		3,96	
Às vezes	100	4,07		3,33		3,81		3,64		3,71	

Nota: (*) Diferença estatística ao nível de 5%.

Na relação entre os constructos e as características pessoais e laborais dos trabalhadores de enfermagem, identificaram-se alguns itens com diferença estatística significativa ao nível de 5% que influenciam a percepção do sofrimento moral. Dentre eles, a instituição em que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem suas atividades, ou seja, os trabalhadores de H1 apresentam maior percepção de sofrimento moral, com média de *sofrimento moral geral* de (4,28), seguidos pelos trabalhadores de H2 com média de (3,78) e de H3 com (3,14).

Referente ao tempo de conclusão do curso na área de enfermagem, percebeu-se que os trabalhadores formados há mais tempo, isto é, há mais de cinco anos, apresentam maior percepção de vivência de sofrimento moral nos constructos *falta de competência na equipe de trabalho* (4,31), *condições de trabalho insuficientes* (3,95) e na análise de *sofrimento moral geral* (3,89).

Quanto às ações de educação permanente na instituição, os trabalhadores que afirmam não haver esse tipo de atividade no local de trabalho apresentam maior percepção em relação à vivência de *sofrimento moral geral* (4,04).

Os trabalhadores que afirmam não ter reuniões com a equipe de trabalho apresentam maior percepção de sofrimento moral associado à *obstinação terapêutica* (3,77). Por fim, constatou-se que os trabalhadores de enfermagem que percebem não possuir diálogo com instituição e chefias apresentam maior sofrimento moral relacionado a *condições de trabalho insuficientes*, com médias de (3,86) e (3,97) respectivamente.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, definiram-se quatro constructos que estão relacionados com as vivências de sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem, entre eles: *falta de competência na equipe de trabalho* (4,05); *desrespeito a autonomia do paciente* (3,47); *condições de trabalho insuficientes* (3,65); e, *obstinação terapêutica* (3,60). Por fim, realizou-se uma análise do *sofrimento moral geral*, calculado a partir da média dos quatros constructos definidos, o qual apresentou valor de 3,69.

Os constructos identificados nesse estudo, também já foram elencados em outros estudos sobre a percepção do sofrimento moral na enfermagem. Em uma amostra de 124 enfermeiras no sul do Rio Grande do Sul, identificaram-se as dimensões de falta de competência na equipe de trabalho, obstinação terapêutica e desrespeito a autonomia do

paciente, com médias de (4,55), (3,60) e (3,57) respectivamente⁽⁴⁾. Já em outra amostra, de 247 trabalhadores de enfermagem, incluindo as diferentes categorias profissionais da enfermagem, identificaram-se também as dimensões de falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito a autonomia do paciente e condições de trabalho insuficientes; novamente, a primeira com a maior média, isto é, (4,36)⁽⁵⁾. Porém, nessas amostras, ainda visualizaram-se outros constructos diferentes, entre eles: negação do papel da enfermeira/enfermagem como advogada do paciente⁽⁴⁻⁵⁾ e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade⁽⁵⁾.

Em vista das questões que apresentaram as maiores médias em cada constructo, conforme apresentado na Tabela 1, pode-se perceber que a vivência de sofrimento moral nos quatro constructos identificados nessa pesquisa parece articulada à dificuldade de exercício de poder dos trabalhadores de enfermagem, dificuldades de resistir e enfrentar a quem representa poder nos micro-espços dos ambientes de trabalho, ou seja, dificuldade de estabelecer pontos de resistência nas relações de poder, o que pode, como já referido, comprometer sua integridade moral⁽¹⁵⁾.

Essa questão pode ser influenciada pela formação disciplinar, que aumenta as forças do corpo em termos econômicos de utilidade, mas as diminui em termos políticos pela obediência e passividade⁽¹⁰⁾, induzindo-os a própria mortificação, através da produção de indivíduos com diminuídas capacidades de revolta, resistência e lutas, tornando-os dóceis politicamente⁽¹⁵⁾, apesar das questões morais envolvidas. Dessa forma, faz-se necessário que as múltiplas relações de forças presentes nos ambientes de trabalho sejam consideradas, de maneira a favorecer a liberdade pessoal e uma postura moral condizentes com a prática a ser exercida⁽¹⁵⁾.

Considerando-se os demais resultados apresentados, pode-se dizer que os enfermeiros apresentaram a maior percepção de *sofrimento moral geral*, o que pode estar associado a sua formação diferenciada, no que se refere ao número de horas despendido na graduação em enfermagem. Comparado às outras categorias da enfermagem, parecem receber maior ênfase durante sua construção como trabalhadores que privilegiam um modelo holístico, humanizado e contextualizado de atendimento, com desenvolvimento de habilidades críticas, reflexivas, criativas e éticas para a prática profissional⁽¹⁶⁾, o que possivelmente contribui para sua identificação de problemas morais; contraditoriamente, porém, parecem apresentar dificuldades de fazer enfrentamentos que podem reconhecer como necessários para assegurar uma atuação coerente com seus valores morais. Dessa forma, o maior sofrimento moral entre os enfermeiros também pode estar associado à sua consciência de não estar correspondendo

ao que poderia ser seu papel frente aos demais trabalhadores de enfermagem, pois possui uma posição de coordenador da equipe de enfermagem, o que implica um papel de liderança e possível modelo/referência para sua equipe.

Referente ao tempo de conclusão do seu curso de formação na área de enfermagem, os trabalhadores formados há mais de cinco anos apresentaram maior percepção tanto de *sofrimento moral geral*, como relacionado à *falta de competência na equipe de trabalho* e *condições de trabalho insuficientes*. Um maior tempo de conclusão de curso associado a uma maior percepção de vivência de sofrimento moral pode estar relacionado a uma maior maturidade e experiência profissional do trabalhador, o que já lhe permite problematizar e analisar mais criticamente as situações vivenciadas no seu contexto de trabalho, identificando as ações que seriam mais corretas, porém sem conseguir implementá-las, possivelmente, pelas dificuldades relacionadas aos enfrentamentos que se fariam necessários, o que intensifica sua percepção de comprometimento do seu agenciamento moral.

No que se refere às atividades de educação permanente, essas podem ser consideradas como uma estratégia essencial para formação e desenvolvimento de trabalhadores para saúde, atuando na perspectiva de qualificar os serviços prestados⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, trabalhadores que conhecem as ações de educação permanente em suas instituições, e provavelmente delas participem, apresentam menor percepção de sofrimento moral pela maior probabilidade de reflexão, compartilhamento e discussão de questões conflituosas e dilemáticas com os demais colegas de trabalho.

Também foram avaliadas algumas formas de comunicação vivenciadas nos ambientes de trabalho, como reuniões na equipe e percepção do diálogo com instituição, chefias e equipe. Constatou-se que os trabalhadores que relataram não ter reuniões experenciam maior sofrimento moral relacionado à *obstinação terapêutica*, assim como os que não exercem a possibilidade de diálogo com chefias e instituição, também vivenciam maior sofrimento moral em relação a *condições de trabalho insuficientes*.

Assim, para a manutenção de um ambiente adequado e capacitado para um cuidado de enfermagem com qualidade, faz-se necessária a existência de relações e espaços que possibilitem a problematização e a manifestação das dificuldades vivenciadas, preferentemente, um permanente diálogo com chefias e administrações, principalmente no que se refere a recursos humanos e materiais necessários; frente a insuficiência de recursos materiais e humanos, o trabalho da enfermagem pode ser prejudicado, o cuidado de enfermagem ficar comprometido, aumentando o sofrimento moral dos seus trabalhadores.

Em vista desses resultados, no sentido de diminuir o sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem, podem-se citar estratégias identificadas na literatura que se referem à educação ética, através da formação e fortalecimento das comissões de ética e programas de educação permanente; melhoria da comunicação, por meio de comunicação multiprofissional, estruturada, *rounds* éticos, fóruns de discussão em grupos e simulações de situações conflituosas; e melhoria das questões organizacionais, com maior participação de trabalhadores de enfermagem na criação de políticas institucionais, como na melhor distribuição de recursos humanos e materiais⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Essas estratégias podem favorecer a conduta dos trabalhadores de enfermagem como defensores dos direitos do paciente⁽²²⁾, prepará-los para o estabelecimento de diálogos éticos com outros profissionais⁽¹⁹⁾, atualizá-los quanto à literatura ética e promover discussões e possibilidades de enfrentamento de situações conflituosas da prática cotidiana da enfermagem, contribuindo, conseqüentemente, para a diminuição do sofrimento moral⁽¹⁸⁻²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou explorar a percepção de sofrimento moral vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em diferentes instituições. Primeiramente, identificaram-se, como fonte de sofrimento moral, os seguintes constructos formados: a *falta de competência na equipe de trabalho*, o *desrespeito a autonomia do paciente*, as *condições de trabalho insuficientes* e, a *obstinação terapêutica*. Do mesmo modo, buscaram-se relações desses itens com as características dos ambientes de trabalho e trabalhadores.

Decorrente de análise das médias das questões que compuseram cada constructo, considerou-se que os constructos e as questões com as médias mais elevadas para o sofrimento moral, parecem relacionar-se a dificuldades dos trabalhadores de enfermagem em exercer poder e resistência em seus ambientes de atuação, contribuindo para a sua mortificação e negação de si, frente à aparente aceitação das condições, mesmo que inadequadas, em que realizam suas atividades.

Percebeu-se que, entre as categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros são os que apresentaram maior sofrimento moral, seguidos pelos auxiliares de enfermagem, e posteriormente, pelos técnicos de enfermagem. Em relação às características pessoais e do ambiente de trabalho, constatou-se que o sofrimento moral parece manifestar-se mais em situações e ambientes em que não são realizadas reuniões na equipe de trabalho e há poucas possibilidades de diálogo com chefias e instituição; da mesma forma, em locais em que não ocorrem ações de educação permanente. Dessa forma, associa-se a vivência de sofrimento moral, principalmente, à organização do ambiente de trabalho, que não privilegia espaços de

discussão, problematização, reflexão e valorização de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho que podem demandar continuamente enfrentamentos dos trabalhadores.

Assim recomenda-se a implementação de ações de melhoria das condições de trabalho e da comunicação nos ambientes de atuação da enfermagem, favorecendo os enfrentamentos, as tomadas de decisão, o exercício da autonomia e, principalmente, a qualidade do cuidado de enfermagem realizado e o processo de saúde/satisfação de seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- 1.Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 2.Canadian Nurses Association (CNA). Code of ethics for registered nurses. Ottawa, Canada: Centennial Ed; 2008.
- 3.Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Rev Enferm UERJ. 2009;17(1):35-40.
- 4.Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência de sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):681-688.
- 5.Barlem ELD. Sofrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana [Internet]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2012 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em <http://www.ppgenf.furg.br/images/edison.pdf>.
- 6.Rittenmeyer L, Huffman D. How Professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2009;7(28):1233-1290.
- 7.Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. Texto Contexto Enferm. 2012;21(1):200-208.
8. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
- 9.Foucault M. História da sexualidade II: O uso dos prazeres. São Paulo: Graal; 1984
10. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 36.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
- 11.Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. J Adv Nurs. 2001;33(2):250-56.
12. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Editora Sílado; 2002.
13. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Artmed; 2005.

14. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado em mar. 15];17(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_05.pdf.
15. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
16. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2012 nov. 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
17. Duarte MLC, Oliveira AI. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. *Cogitare Enferm*. 2012;17(3):506-12.
18. Pijl-Zieber E, Hagen B, Armstrong-Esther C, Hall B, Akins L, Stingl M. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care? *Quality in aging*. 2008;9(2):39-48.
19. Sporrang SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics*. 2006;13(4): 416-427.
20. Tang PF, Johansson C, Wadensten B, Wenneberg S. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *Nurs Ethics*. 2007;14(6):810-824.
21. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16: 360-373.
22. Lang KR. The Professional ills of moral distress and nurse retention: Is ethics education an antidote? *Am J Bioeth*. 2008;8(4):19-21.

5.2 ARTIGO 2

***BURNOUT* EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO SUL DO RIO GRANDE DO SUL⁷**

BURNOUT IN NURSING STAFF OF THE SOUTHERN REGION OF *RIO GRANDE DO SUL*

***BURNOUT* EN TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DEL SUR DE RIO GRANDE DO SUL**

Graziele de Lima Dalmolin⁸

Valéria Lerch Lunardi⁹

Guilherme Lerch Lunardi¹⁰

⁷ Artigo encaminhado a Revista Brasileira de Enfermagem, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: “Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: relações nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem” de autoria de Grazielle de Lima Dalmolin sob orientação de Valéria Lerch Lunardi, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG) em dezembro de 2012.

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES/FURG). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS/UNIPAMPA). Endereço: UNIPAMPA - BR 472 - Km 592 – Cep 97500-970 - Caixa Postal 118 – Uruguaiiana – Rio Grande do Sul – Brasil. Telefone: (55) 32312129. Email: grazi.dalmolin@gmail.com

⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Líder do NEPES/FURG. Pesquisadora do CNPq. Email: vlunardi@terra.com.br

¹⁰ Administrador. Doutor em Administração. Docente do PPGEnf/FURG e do Curso de Administração da FURG. Email: glunardi@furg.br

RESUMO: Objetivou-se avaliar a ocorrência do *burnout* em trabalhadores de enfermagem em três instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul. Realizou-se uma pesquisa *survey* com 357 trabalhadores de enfermagem atuantes em três distintas instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul, através da aplicação do *Maslach Burnout Inventory*. A validação dos dados ocorreu via análise fatorial e alfa de *Cronbach*. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva e análise de variância (ANOVA). Dentre os componentes do *burnout*, identificou-se que esses trabalhadores apresentam níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional e despersonalização* e, de moderado a alto em *realização profissional*. Estratégias para o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores, e de ambientes de trabalho com relações interpessoais mais satisfatórias, favorecendo tomadas de decisão e exercício de poder, devem ser buscadas e incentivadas, contribuindo para menor ocorrência de *burnout*.

Descritores: Enfermagem. Ética em enfermagem. Equipe de enfermagem. *Burnout*.

ABSTRACT: The study was aimed at evaluating the occurrence of burnout in nursing staff of three Hospitals in the southern region of *Rio Grande do Sul*. A survey was conducted with 357 nursing staff working at three separate Hospitals of the southern region of *Rio Grande do Sul*, using the *Maslach Burnout Inventory*. Data validation was made based on factor analysis and *Cronbach's* alpha. For the data analysis, were used descriptive statistics and analysis of variance (ANOVA). Among the Burnout components, it was identified that those workers showed low to moderate levels in the dimension of *emotional exhaustion and depersonalisation* and moderate to high levels with regards to *job satisfaction*. Strategies for the development of worker's autonomy, and working environments with more satisfactory interpersonal relations, encouraging decision making and exercising of power, should be sought and promoted, thus contributing to a lower incidence of burnout.

Keywords: Nursing. Nursing ethics. Nursing Staff. Burnout.

RESUMEN: Se tuvo como objetivo evaluar la ocurrencia de *burnout* en personal de enfermería en tres hospitales del sur de Rio Grande do Sul. Se realizó una encuesta *survey* con 357 trabajadores de enfermería trabajando en tres hospitales diferentes en el sur de Rio Grande do Sul, a través de la aplicación de *Maslach Burnout Inventory*. La validación de datos se produjo a través de análisis factorial y alfa de *Cronbach*. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y análisis de variación (ANOVA). Entre los componentes de *burnout*, se identificó que estos trabajadores tienen niveles de bajo a moderado en las dimensiones de *deagotamiento emocional y despersonalización* y, de moderado a alto en *satisfacción laboral*. Estrategias para el desarrollo de la autonomía de los trabajadores y de entornos de trabajo, con las relaciones interpersonales más satisfactorias, fomentando la toma de decisiones y el ejercicio del poder, deben buscarse y fomentarse contribuyendo a una menor incidencia de *burnout*.

Palabras clave: Enfermería. Ética en enfermería. Equipo de enfermería. *Burnout*.

INTRODUÇÃO

O termo ‘*burnout*’, referindo-se à extinção de uma chama, surgiu como uma metáfora para descrever o esgotamento da capacidade dos profissionais em manterem um envolvimento intenso e significativo no trabalho⁽¹⁾. Destaca-se, no *burnout*, um desequilíbrio entre a demanda do serviço e os recursos do trabalho e, um conflito de valores pessoais e organizacionais, deixando os trabalhadores vulneráveis à exaustão, cinismo e ineficácia⁽¹⁾.

O *burnout* foi observado, inicialmente, como uma manifestação à tensão emocional crônica que surge pelo contato excessivo com outras pessoas, quando essas se encontram em situações problemáticas⁽²⁾. Posteriormente, reconheceu-se o *burnout* associado a outras características da interação ativa com pessoas, seja no seu cuidado, seja na solução de seus problemas, na necessidade de obediência a regras institucionais, como trabalhadores de instituições periodicamente submetidos a avaliações⁽¹⁾.

A síndrome de *burnout* é multidimensional e envolve três componentes, os quais podem aparecer associados, apesar de serem independentes, sendo eles: exaustão emocional, diminuição da realização profissional e despersonalização⁽²⁾.

A exaustão emocional refere-se a sentimentos de fadiga e carência de energia, de esgotamento emocional e de falta de condições de lidar com uma situação estressora. A grande causa da exaustão é a sobrecarga no trabalho e o conflito pessoal nas relações, ou seja, um desgaste a partir do vínculo afetivo criado nas relações do indivíduo e o trabalho, em que os trabalhadores se sentem incapazes para atuar com o mesmo vigor em prol dos clientes, como já o fizeram no passado, podendo apresentar manifestações físicas e psíquicas⁽²⁻³⁾.

A diminuição da realização profissional é caracterizada por um baixo envolvimento pessoal dos trabalhadores no ambiente de trabalho, com perda da satisfação em realizar suas tarefas, afetando suas habilidades e competências, experimentando um sentimento de incompetência, falta de êxito no seu trabalho e incapacidade de interagir com outras pessoas. Essa diminuição da auto-eficácia relaciona-se à depressão e à inabilidade em lidar com o trabalho, pois torna menor seu envolvimento e realização profissional neste contexto, o que dá origem à diminuição das expectativas pessoais e ao aumento da auto-depreciação, provocando sintomas de fracasso e baixa auto-estima pela perda do envolvimento afetivo no trabalho⁽²⁻⁴⁾.

Já a despersonalização é vista como uma insensibilidade emocional, em que ceticismo, dissimulação, ansiedade, aumento da irritabilidade, criticidade, perda da motivação e falta de comprometimento com as metas do trabalho são características marcantes, pois ocorre a

substituição do vínculo afetivo pelo racional. A despersonalização é o desenvolvimento de sentimentos negativos frente às pessoas com quem se trabalha⁽³⁻⁴⁾.

Considerando as dimensões do *burnout* e suas características, juntamente com os ambientes de atuação da enfermagem, como a instituição hospitalar, pode-se dizer que esses contextos apresentam potenciais riscos à saúde ocupacional, uma vez que o tipo de trabalho desempenhado por profissionais de saúde requer suficiente experiência clínica e maturidade, favorecendo enfrentamentos e tomadas de decisões, geralmente com implicações éticas e morais⁽⁵⁾.

Nesses contextos, estão presentes, também, relações de poder, permeando todas as ações desses trabalhadores, como enfrentamentos e tomadas de decisões. Poder entendido como relações de forças que implicam em lutas e afrontamentos incessantes, transformando-as, reforçando-as ou invertendo-as, de forma que qualquer luta é sempre resistência na própria rede de poder, por constituírem-se em pontos móveis e transitórios igualmente distribuídos⁽⁶⁻⁷⁾.

No cotidiano da enfermagem, associam-se, nesse caso, situações que podem gerar conflitos e possível *burnout* para seus trabalhadores. Tais situações relacionam-se às condições de trabalho, muitas vezes inadequadas, representadas por baixos salários, sobrecarga de trabalho, mudanças de emprego ou unidades de atuação, insatisfação com a comunicação com colegas e superiores e insegurança com o futuro no emprego, além do cerceamento da autonomia dos trabalhadores e as possíveis conseqüências do seu exercício e os limites ainda imprecisos em relação a competências, atribuições e responsabilidades⁽⁸⁾.

Assim, estabeleceu-se como objetivo desse estudo avaliar a ocorrência do *burnout* em trabalhadores de enfermagem em três instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Esse estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido através de uma pesquisa *survey*.

Constituíram-se como locais de estudo, três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois municípios diferentes (M1 e M2). M1 é um município do extremo sul do estado que possui em torno de 196 mil habitantes, onde estão localizadas as instituições H1 e H2, sendo a primeira um hospital universitário público federal de 186 leitos e, a segunda, um hospital filantrópico de 658 leitos. M2 é um município da região sul com aproximadamente 327 mil habitantes, em que está localizada a instituição H3, a qual se refere a um hospital escola filantrópico e de utilidade pública que conta com 291 leitos.

Conforme dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do SUS (CNES/DATASUS) e dados disponíveis nos endereços eletrônicos oficiais das instituições participantes, em H1, atuam 59 enfermeiros, 52 técnicos e 203 auxiliares de enfermagem, que são, em sua maioria, servidores públicos concursados, com carga horária semanal de 30h. A instituição H2 conta com 76 enfermeiros, 287 técnicos e 54 auxiliares de enfermagem, contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária semanal variável entre 36 e 40h. Por fim, H3 dispõe de 60 enfermeiros, 382 técnicos e 40 auxiliares de enfermagem, regidos também pela CLT, com carga horária semanal de 36h.

O instrumento de coleta de dados utilizado constitui-se em uma adaptação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), o qual passou pelos processos de tradução, adaptação e validação semântica, bem como validação e normatização para uso no Brasil, no Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade Nacional de Brasília (UNB)⁽³⁾. O questionário compõe-se de 22 itens avaliados e distribuídos em três subescalas: *exaustão emocional* (nove itens), *realização profissional* (oito itens) e *despersonalização* (cinco itens). As opções de respostas estão disponibilizadas em escala tipo *Likert*, que indica a frequência das respostas. Cada item está acompanhado por uma escala de resposta de sete pontos (“nunca”, “uma vez ao ano ou menos”, “uma vez ao mês ou menos”, “algumas vezes ao mês”, “uma vez por semana”, “algumas vezes por semana”, e, “todos os dias”) que mensura a frequência de sentimentos relacionados ao *burnout*.

O *burnout* pode ser identificado através dos escores das suas três dimensões. Elevadas médias de frequência nas dimensões *exaustão emocional* e *despersonalização* correspondem a elevado grau de *burnout* experienciado. Em contraste a essas duas dimensões, as baixas médias de frequência na dimensão *realização profissional* configuram a elevada experiência de *burnout*⁽⁹⁾.

Consideraram-se como sujeitos de pesquisa os trabalhadores de enfermagem de H1, H2 e H3, incluindo-se enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nessas instituições o que significa um número de 1213 sujeitos, compondo-se uma amostra não-probabilística por conveniência. Utilizou-se uma fórmula de seleção do tamanho amostral⁽¹⁰⁾, que estimou o número mínimo de 295 sujeitos para realização de exames estatísticos. Os critérios de inclusão dos sujeitos referiram-se à disponibilidade e interesse em responder ao instrumento no momento da coleta de dados.

A coleta de dados teve início após as autorizações das instituições e os devidos procedimentos éticos. A coleta foi realizada no período de outubro de 2010 a julho de 2011,

iniciando-se na instituição H1, a seguir na H2 e finalizando na instituição H3. Os questionários foram auto-administrados, ou seja, os integrantes da equipe de pesquisa entregavam os questionários nos locais de atuação dos sujeitos de pesquisa, explicando-lhes sobre a forma de participação e agendavam a data para o recolhimento do material previamente entregue. Assim, aos que se disponibilizaram a participar do estudo, foi entregue um envelope de papel pardo contendo o instrumento de pesquisa e duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. A devolução dos instrumentos ocorreu por meio de agendamento de acordo com a disponibilidade do participante em devolvê-los preenchidos, sendo essa busca realizada em até cinco tentativas.

Durante o período de coleta de dados, foram entregues um total de 500 questionários a trabalhadores das três instituições que demonstraram interesse em participar do estudo, retornando 387 instrumentos. Após a realização de procedimentos de validação e purificação dos dados, 30 sujeitos foram excluídos das análises (ou por deixarem um grande número de questões em branco ou por utilizarem apenas um ou dois pontos da escala proposta), restando 357 questionários válidos.

Após a coleta de dados, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade do instrumento, a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. A análise fatorial tem como objetivo a redução e sumarização dos dados, ou seja, define conjuntos de dimensões latentes, denominados fatores⁽¹¹⁾. Já o alfa de Cronbach é uma medida de confiabilidade que avalia a consistência entre as variáveis das escalas múltiplas⁽¹¹⁾.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com utilização de distribuição de freqüência, médias e análise de variância (ANOVA) esta última com intuito de identificar possíveis diferenças entre os grupos de respondentes. Nessa etapa, utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer favorável (Parecer nº 70/2010).

RESULTADOS

Em relação às características da amostra estudada ($n = 357$), verifica-se que 28 (7,8%) são auxiliares de enfermagem, 255 (71,4%) são técnicos de enfermagem e 74 (20,7%) são enfermeiros. Os sujeitos possuem em média 34 anos, porém as idades variam de 19 a 64 anos. Do total de participantes, 311 (87,1%) são do sexo feminino e 41 (11,5%) são do sexo masculino.

O tempo de atuação dos profissionais nas instituições em que trabalham varia de um mês a 32 anos, com média de 5,7 anos. Desses profissionais, 67 atuam em H1, 187 em H2 e, 103 em H3. Já em relação aos locais de atuação, a maioria dos trabalhadores desenvolve suas atividades em unidades de internação médico-cirúrgicas (41,5%) e unidades de cuidado intensivo (21,3%).

Por meio da análise fatorial, foi possível agrupar as questões referentes às três dimensões do *burnout*: *exaustão emocional*, *realização profissional* e *despersonalização*. Das 22 questões do instrumento aplicado, cinco foram excluídas por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,40), não apresentarem coerência conceitual com o grupo proposto ou por formarem blocos isolados.

A Tabela 1 sintetiza os resultados da análise de componentes principais que foi conduzida, com rotação ortogonal (*Varimax*) na amostra estudada, apresentando as cargas fatoriais de cada questão, bem como suas influências em cada um dos fatores, F1, F2 e F3 que representam as dimensões validadas. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0,828). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (136) = 1665,373, *p* menor que 0,001] indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise fatorial.

Tabela 1 - Análise fatorial exploratória (rotação *Varimax*) – Rio Grande – 2012.

	Bloco	F1	F2	F3
Exaustão Emocional				
5 – Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.	0,468	0,628	-0,253	0,098
7 – Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	0,603	0,776	0,030	0,023
8 – Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	0,469	0,680	-0,067	0,037
9 – Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito esgotado.	0,534	0,667	-0,241	0,175
10 – Eu me sinto esgotado com meu trabalho	0,620	0,743	-0,140	0,218
14 – Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	0,369	0,598	-0,011	0,107
16 – Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho.	0,371	0,607	-0,010	0,051
17 – Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	0,431	0,642	-0,133	-0,035
Realização Profissional				
4 – Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.	0,392	-0,286	0,556	-,026
6 – No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	0,308	0,000	0,546	-,101
11 – Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.	0,383	-0,271	0,557	0,009
12 – Eu sinto que estou influenciando positivamente a	0,323	-0,344	0,450	-,044

vida de outras pessoas através do meu trabalho.

15 – Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela. 0,441 0,003 **0,664** 0,002

18 – Eu posso entender facilmente o que sente minha clientela acerca das coisas. 0,511 0,097 **0,694** -,141

22 – Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho. 0,392 -0,087 **0,620** -,018

Despersonalização

19 – Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho. 0,786 0,134 -0,058 **0,875**

20 – Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente. 0,785 0,187 -0,147 **0,854**

Initial Eigenvalues 4,745 2,059 1,383

% variância explicada – rotated 48,16% 27,913 12,112 8,137

Alfa de Cronbach (instrumento 0,60) 0,84 0,71 0,75

KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,828)

Teste de Bartlett: qui-quadrado = 1665,373

As três dimensões propostas obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e explicaram 48,16% da variância, o que representa um moderado grau de síntese dos dados. A fidedignidade das três dimensões do instrumento foi testada através do alfa de *Cronbach*, apresentando os seguintes coeficientes: *exaustão emocional* = 0,84, *realização profissional* = 0,71, e *despersonalização* = 0,75, indicando boa confiabilidade para estudos exploratórios.

Na avaliação das dimensões do *burnout*, mediante análise descritiva, identificou-se que a dimensão *Exaustão Emocional* apresentou valor 2,29, *despersonalização* 2,20 e *realização profissional* 4,39 (Tabela 2). Pôde-se constatar que a presença de situações de *exaustão emocional* e *despersonalização* ocorrem numa frequência aproximada de “*uma vez por mês*”, enquanto que as situações de *realização profissional* ocorrem “*uma vez por semana*”.

Tabela 2: Média de frequência de *burnout* em trabalhadores de enfermagem conforme as dimensões do *burnout* – Rio Grande – 2012.

	n	M	DP
Exaustão Emocional		2,29	
5 – Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.	355	2,34	1,879
7 – Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	355	2,65	1,796
8 – Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	355	1,62	1,694
9 – Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito esgotado.	355	1,83	1,771
10 – Eu me sinto esgotado com meu trabalho	355	2,39	2,045
14 – Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	355	3,12	1,969
16 – Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho.	355	2,77	2,009
17 – Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	355	1,54	1,912

Realização Profissional		4,39	
4 – Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.	356	4,15	1,719
6 – No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	356	4,33	1,650
11 – Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.	356	4,46	1,601
12 – Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	356	4,39	1,737
15 – Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.	356	4,71	1,623
18 – Eu posso entender facilmente o que sente minha clientela acerca das coisas.	356	3,92	1,955
22 – Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	356	4,72	1,689
Despersonalização		2,20	
19 – Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.	357	2,23	2,188
20 – Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	357	2,17	2,196

Analisando-se as médias de cada questão individualmente, percebeu-se que a questão 14 é a que mais contribui para a *exaustão emocional*; a questão 22 é a que mais colabora para a *realização profissional*; e, a questão 19 apresentou a maior influência em *despersonalização*.

Ainda, com o propósito de identificar a existência de possíveis diferenças entre as médias das três dimensões do *burnout*, considerando algumas das características pessoais dos participantes do estudo e de seus locais de trabalho, foram realizadas diferentes análises de variância (ANOVA), as quais podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Relações entre as três dimensões do *burnout* com características dos sujeitos e seus ambientes de trabalho – Rio Grande – 2012.

Características	Dimensões n	Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização	
		M	P	M	P	M	P
Idade							
< 34 anos	202	2,23	0,440	4,34	0,202	2,24	0,980
≥ 34 anos	135	2,34		4,51		2,24	
Sexo							
Feminino	311	2,27	0,794	4,42	0,358	2,13	0,040*
Masculino	41	2,33		4,27		2,82	
Categoria Profissional							
Enfermeiro	74	2,06	0,039*	4,56	0,144	1,75	0,044*
Técnico de Enfermagem	255	2,30		4,36		2,28	
Auxiliar de Enfermagem	28	2,78		4,14		2,71	
Tempo de conclusão de curso							
Até 5 anos	180	2,13	0,040*	4,36	0,752	1,97	0,014*
Superior a 5 anos	161	2,42		4,39		2,49	
Instituição							

H1	67	2,07	0,066	4,67	0,000*	1,84	0,005*
H2	187	2,44		4,14		2,52	
H3	103	2,16		4,64		1,86	
Tempo de atuação na instituição							
< 60 meses	222	2,17	0,023*	4,33	0,251	2,00	0,012*
≥ 60 meses	134	2,49		4,47		2,55	
Tempo de atuação na unidade							
< 60 meses	265	2,14	0,001*	4,34	0,202	2,12	0,144
≥ 60 meses	91	2,71		4,51		2,47	
Comissão de ética na instituição							
Sim	143	2,11	0,087	4,49	0,219	1,95	0,006*
Não	41	2,52		4,19		3,06	
Não sei	173	2,38		4,35		2,20	
Educação Permanente							
Sim	188	2,30	0,698	4,38	0,725	2,36	0,284
Não	64	2,38		4,30		2,04	
Não sei	102	2,21		4,44		2,02	
Reuniões na equipe de trabalho							
Sim	157	2,03	0,001*	4,55	0,009*	1,88	0,005*
Não	199	2,50		4,26		2,46	
Diálogo com Instituição							
Sim	130	1,87	0,000*	4,57	0,000*	1,70	0,001*
Não	77	2,68		3,95		2,55	
Às vezes	150	2,45		4,45		2,46	
Diálogo com chefia							
Sim	207	2,08	0,000*	4,49	0,000*	1,98	0,037*
Não	42	2,95		3,65		2,64	
Às vezes	108	2,43		4,47		2,45	
Diálogo com equipe							
Sim	217	2,16	0,001*	4,46	0,029*	1,98	0,030*
Não	38	2,99		3,98		2,53	
Às vezes	102	2,30		4,38		2,20	

Nota: (*) Diferença estatística ao nível de 5%.

Na relação entre as dimensões do *burnout* e as características pessoais dos trabalhadores de enfermagem e seus ambientes de trabalho, foram encontrados alguns itens com diferença estatística significativa, ao nível de 5%, permitindo identificar fatores que podem estar associados ao *burnout*.

Observou-se que alguns itens avaliados como: reuniões na equipe de trabalho e possibilidade de diálogo com instituição, chefias e equipe de enfermagem influenciam a ocorrência das três dimensões do *burnout*, ou seja, constatou-se que os trabalhadores de enfermagem que responderam não vivenciar esse tipo de comunicação na instituição apresentaram maior *exaustão emocional* e *despersonalização*, ao mesmo tempo que apresentaram menor *realização profissional*.

Ademais, percebeu-se que, individualmente, cada dimensão está associada com diferentes características da amostra. Os trabalhadores que apresentam maior tempo de conclusão do seu curso, de atuação na instituição e na unidade de trabalho, ou seja, superior a cinco anos, e os que são auxiliares de enfermagem, apresentam médias mais elevadas de *exaustão emocional*. Já os trabalhadores que apresentam maiores médias de *despersonalização* são os do sexo masculino, atuantes na instituição H2, auxiliares de enfermagem, que referem não ter comissão de ética na instituição e aqueles que são formados e atuantes na instituição há mais de cinco anos.

Quanto à presença de comissão de ética e programa de educação permanente na instituição, percebeu-se que, embora essas estejam implementadas nas instituições, muitos trabalhadores relataram desconhecê-las. Ao se analisar as médias referentes à presença de comissão de ética na instituição, verifica-se que os trabalhadores que negaram sua presença possuíam as médias mais elevadas em *exaustão emocional* (2,52) e *despersonalização* (3,06), e a menor média em *realização profissional* (4,19). Esse grupo, porém, representa apenas 11,5% (n=41) dos respondentes, enquanto 48,4% (n=173) relataram não saber da sua presença. Já no caso de ações de educação permanente na instituição, de forma semelhante, 28,6% (n=102) dos trabalhadores relataram desconhecê-las.

Por fim, em relação à dimensão de *realização profissional*, foi possível constatar que os trabalhadores das instituições H1 e H3 apresentaram maior *realização profissional*, com médias bastante próximas, isto é, (4,67) e (4,64) respectivamente, diferenciando-se dos trabalhadores de H2, que apresentaram a menor média, com valor de (4,14).

DISCUSSÃO

Nesse estudo, avaliou-se o *burnout* junto a 357 trabalhadores de enfermagem de três instituições hospitalares no Rio Grande do Sul, identificando-se que os trabalhadores investigados apresentavam níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional* (2,29) e *despersonalização* (2,20) e de moderado a alto em *realização profissional* (4,39). Essa classificação apresentada foi realizada, considerando-se as médias de cada dimensão, situando-as conforme a escala do instrumento utilizado, de zero (0) a seis (6).

Aproximando-se dos resultados obtidos, em estudo realizado com 282 técnicos de enfermagem, foram obtidas médias de 2,24 em *exaustão emocional*, 1,89 em *despersonalização* e 4,06 em *realização profissional*⁽¹²⁾. Outro estudo realizado também com 231 trabalhadores de enfermagem (9,9% auxiliares de enfermagem, 70% técnicos de enfermagem e 20,2% enfermeiros) de quatro instituições hospitalares no Rio Grande do Sul, identificou médias iguais a 2,10 em *exaustão emocional*, 2,06 em *despersonalização* e, 3,87

em *realização profissional*, porém, este último, numa escala de cinco pontos. Contudo, as três dimensões também se classificaram num nível moderado⁽¹³⁾.

Quanto às relações das dimensões do *burnout* e as características dos sujeitos e ambientes de trabalho, evidenciou-se que o modo como o trabalho se organiza parece estar associado, senão à ocorrência de *burnout*, à maior frequência de situações de *burnout*. Trabalhadores de enfermagem atuantes na instituição H2 apresentaram, com diferença estatística significativa ao nível de 5%, a maior média em *despersonalização* (2,52) e a menor em *realização profissional* (4,14). Embora não tenham apresentado diferença estatística significativa, percebeu-se, através das médias analisadas, que os trabalhadores de H2 também apresentam a maior média em *exaustão emocional* (2,44). Já os trabalhadores de H1 apresentaram a menor média de *despersonalização* (1,84) e a maior em *realização profissional* (4,67), com resultados bem próximos aos apresentados por H3, isto é, 1,86 e 4,64, respectivamente.

Nesse sentido, é possível inferir que H1 e H3, por constituírem-se em hospitais vinculados a instituições de ensino, caracterizados como hospital universitário e hospital escola, público ou de utilidade pública, as condições em que seus trabalhadores desempenham suas atividades parecem ser melhor consideradas, podendo interferir, assim, na menor percepção do *burnout*.

Frente à constatação de que os trabalhadores, que não possuem reuniões na equipe de trabalho e diálogo com instituição, chefias e equipe, apresentam maiores níveis de *exaustão emocional* e *despersonalização*, e conseqüentemente, menor *realização profissional*, percebe-se que suporte social e comunicação podem atuar como moderadores de *burnout*, promovendo interações e apoio no ambiente de trabalho e contribuindo para melhores relações entre indivíduos e organização⁽¹³⁾. As relações interpessoais satisfatórias no trabalho implicam em suporte social, auxiliando os trabalhadores nas tomadas de decisão. Porém, quando essas, contrariamente, são insatisfatórias, ocorre uma diminuição ou rompimento desse suporte, aumentando a concorrência, hostilidade e *burnout* entre os trabalhadores⁽¹⁴⁾.

Do mesmo modo, em outro estudo, foi identificado que relações interpessoais negativas entre os trabalhadores de enfermagem, e desses com a equipe de saúde, incluindo relações de poder e situações de desrespeito aos trabalhadores, contribuem para o desenvolvimento do *burnout*⁽¹⁵⁾.

Relações de poder, diferentemente de relações de dominação, são caracterizadas pela sua reversibilidade, instabilidade e mobilidade, ou seja, podem ser entendidas como múltiplas relações de força imanentes e constitutivas do local em que são exercidas, como um jogo

constante de lutas e afrontamentos que as transformam⁽⁶⁾. Por isso, torna-se importante que, em seus ambientes de atuação, os trabalhadores de enfermagem possam manifestar suas opiniões e conhecimentos, tendo respeitados seus valores, de forma que o suporte social seja aumentado, e tomadas de decisão e exercício da autonomia facilitados.

Para tanto, os trabalhadores de enfermagem necessitam exercer sua liberdade para agir e reagir, uma vez que as relações de poder são assim chamadas, pelo fato de possibilitarem, permanentemente, atos de resistência, de contra-poder⁽⁶⁾.

Apesar da maior possibilidade de ocorrência de *burnout* em trabalhadores que vivenciam instabilidade, papéis conflitantes, perda ou privação de autonomia e insegurança sócio-econômica durante suas jornadas de trabalho, e da relação desta síndrome com a sobrecarga de trabalho, a insatisfação no trabalho e o abandono da profissão, pode-se evidenciar que os trabalhadores de enfermagem⁽⁸⁾, aparentemente, não realizam os enfrentamentos necessários, convivendo cotidianamente com essas questões que lhes geram desgaste.

No entanto, o exercício da enfermagem por trabalhadores que parecem silenciosos, passivos e acomodados diante das características insatisfatórias com que realizam seu trabalho, remete-nos ao que Foucault denominou de produção de corpos dóceis e úteis, pois suas ações, muitas vezes, pautam-se na obediência, resignação e submissão, com competência política e capacidade de enfrentamento diminuídas, contribuindo, dessa forma, para sua própria mortificação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, apesar de uma produtividade apresentada e aceita nas instituições.

Considerando as questões do instrumento que apresentaram as médias mais elevadas em cada uma das categorias, a 14 – *Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego*, a 22 – *Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho* e a 19 – *Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que eu comecei este trabalho*, é possível evidenciar, também, a negação de si desses trabalhadores, ou seja, o rechaço da própria identidade, a renúncia de si, a sua mortificação⁽¹⁸⁾ pois, embora reconheçam seus trabalhos como importantes, submetem-se às condições insatisfatórias de sua realização, como sua sobrecarga, negando também um melhor cuidado ao outro, visto o desenvolvimento de certa insensibilidade no cuidado ao cliente com o tempo de trabalho.

Já a constatação, nessa investigação, de que a *exaustão emocional* e a *despersonalização* mostram-se mais elevadas em trabalhadores com um tempo de atuação superior a cinco anos na instituição e na unidade de trabalho diverge de estudo em que foi identificado que os níveis de *burnout* decrescem com o aumento da idade e o tempo de

atuação, em decorrência de a *exaustão emocional* e a *despersonalização* serem mais elevadas em profissionais mais jovens⁽⁸⁾.

Além disso, o *burnout* atinge também a instituição e as pessoas que interagem com o trabalhador nesse ambiente, como colegas de trabalho e clientes, pois existe a preocupação em relação ao desempenho dos trabalhadores nas instituições, referindo-se à baixa qualidade do serviço prestado por aqueles que apresentam *burnout*, pois terão seus desempenhos diminuídos no cuidado ao paciente, maiores chances de eventos adversos e menor capacidade de resolução de conflitos⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, faz-se necessária infraestrutura adequada nas instituições, construção de ambientes seguros, humanizados e com correto dimensionamento de profissionais, além de acesso e comunicação clara com supervisores e chefias, aumentando a qualidade no trabalho⁽¹⁵⁾.

Assim, as circunstâncias que envolvem a ocorrência de *burnout* associadas à organização do trabalho devem ser alvo de avaliações e busca de estratégias que as valorizem, contribuindo para sua prevenção na equipe e favorecendo os enfrentamentos necessários⁽¹⁵⁾.

Desse modo, em vista de resultados intermediários, como os encontrados nessa análise, que incluem de baixo a moderado em *exaustão emocional* e *despersonalização*, esses são preocupantes e podem indicar um contexto de relativa vulnerabilidade de alguns trabalhadores ao desenvolvimento do *burnout*, sendo necessárias intervenções preventivas, evitando seu agravamento⁽⁵⁾.

Nesse sentido, para evitar o *burnout* na enfermagem, estratégias de prevenção em duas categorias podem ser citadas: engajamento organizacional e técnicas de renovação. No engajamento organizacional, mencionam-se a criação de uma comissão de pessoal, formada por enfermeiros, chefias de enfermagem e especialistas em recrutamento de pessoal; avaliação periódica do trabalhador em seu ambiente profissional; conscientização entre os gestores hospitalares; estabelecimento de instalações necessárias, como um centro de ajuda para a enfermagem; mecanismos de recompensa e desenvolvimento da autonomia pelos profissionais de enfermagem, valorizando-os e estimulando suas iniciativas; e a gestão baseada na humanização. As técnicas de renovação referem-se ao desenvolvimento, pelos próprios trabalhadores de enfermagem, de um programa de enfrentamento próprio, escolhendo medidas de acordo com suas necessidades, considerando a auto-gestão, melhoria organizacional e utilização dos sistemas de apoio⁽¹⁹⁾. Por fim, as estratégias de prevenção apresentam como objetivo a tentativa de inserir a reflexão das estruturas do existir dos trabalhadores de enfermagem que, muitas vezes, em seus turnos de trabalho, correm o risco de

doenças ocupacionais, incluindo o *burnout*, o estresse, entre outras, que através dessas medidas adequadas, podem ter suas incidências diminuídas⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados apresentados, foi possível, pela análise fatorial, agrupar as questões do instrumento aplicado conforme as três dimensões do *burnout*, *exaustão emocional*, *realização profissional* e *despersonalização*. Identificou-se, através de estatística descritiva, com utilização de médias, que os trabalhadores de enfermagem no sul do Rio Grande do Sul apresentam níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional* e *despersonalização* e de moderado a alto em *realização profissional*.

As dimensões do *burnout* são influenciadas também por características dos trabalhadores e de seus ambientes de trabalho, podendo ser entendidas como fatores que conduzem à sua ocorrência. Observou-se que os itens referentes à comunicação no ambiente de trabalho influenciam a ocorrência das três dimensões do *burnout*, uma vez que o seu comprometimento parece estar associado à maior *exaustão emocional* e *despersonalização*, e à menor realização profissional.

Considera-se, também, que estratégias para o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores de enfermagem, favorecimento de seus enfrentamentos e resistências, desenvolvimento de ambientes de trabalho com relações interpessoais mais satisfatórias, respeitando as crenças e valores de cada trabalhador, bem como favorecendo as tomadas de decisão e o exercício de poder, devem ser buscadas e incentivadas, de forma a contribuir para menor ocorrência de *burnout*.

Por fim, em vista dos aspectos apresentados, entende-se como relevante o presente estudo na identificação de como os trabalhadores de enfermagem se percebem em suas práticas profissionais em relação ao *burnout*, podendo os resultados encontrados contribuir na motivação, desenvolvimento e manutenção de ambientes saudáveis para esses trabalhadores. Seguramente, considera-se a necessidade de aprofundamento dos dados, com a realização de novos estudos, principalmente no que se refere à caracterização dos sujeitos, buscando outras variáveis que possam estar associadas à ocorrência do *burnout*.

REFERÊNCIAS

1. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research na practice. *Career Dev Int.* 2009;14(3):204-220.
2. Maslach C, Jackson, SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
3. Codo W, coordenador. Educação: Carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

4. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus; 1999.
5. Ruviaro MFS, Bardagi MP. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do Rio Grande do Sul. *Barbarói*. 2010;(33):194-216.
6. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
7. Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 26.ed. São Paulo: Edições Graal, 2008. p.VII-XXV.
8. Ílhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *J Adv Nurs*. 2008;61(1):100-106.
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*. 3 ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
10. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílado; 2002.
11. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
12. Carlotto MS. Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Rev Soc Bras Psicol Hosp*. 2011;14(4):7-26.
13. Andrade T, Hoch REE, Vieira KM, Rodrigues CMC. Síndrome de burnout e suporte social no trabalho: percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados. *Organ Soc*. 2012;19(61):231-251.
14. Maslach C. Understanding burnout: Work and family issues. In: Halpern DF, Murphy SE. *From work-family balance to work-family interation: Changing the metaphor*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2005. p.99-114.
15. Lopes CCP, Ribeiro TP, Martinho NJ. Síndrome de burnout e a sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. *Enfermagem em Foco*. 2012;3(2):97-101.
16. Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 36.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
17. Foucault M. *Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.
18. Foucault M. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
19. Lei W, Hee KY, Dong W. A review of research and strategies for burnout among Chinese nurses. *Br J Nurs*. 2010;19(13):844-850.
20. Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6):856-62.

5.3 ARTIGO 3

SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT*: EXISTEM RELAÇÕES ENTRE ESSES FENÔMENOS NA ENFERMAGEM?¹¹

MORAL DISTRESS AND BURNOUT SYNDROME: IS THERE ANY RELATION BETWEEN THESE PHENOMENA IN NURSING?

ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE *BURNOUT*: ¿EXISTEN RELACIONES ENTRE ESTOS FENÓMENOS EN LA ENFERMERÍA?

Graziele de Lima Dalmolin¹²

Valéria Lerch Lunardi¹³

Guilherme Lerch Lunardi¹⁴

RESUMO: Apresentou-se como objetivo identificar relações entre sofrimento moral e *burnout* nas vivências de trabalhadores de enfermagem no desempenho de seu trabalho. Trata-se de uma pesquisa *survey* com 375 trabalhadores de enfermagem atuantes em três distintas instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul, através da aplicação de uma adaptação do *Moral Distress Scale* e do *Maslach Burnout Inventory*, validado e normatizado para uso no Brasil. A validação dos dados ocorreu via análise fatorial e alfa de *Cronbach*. Para análise dos dados, utilizou-se de análise bivariada com correlação de Pearson, e análise multivariada, através de regressão múltipla. Verificou-se uma correlação baixa entre sofrimento moral e *burnout*. Identificou-se uma possível correlação positiva entre obstinação terapêutica e *burnout*, e uma correlação negativa entre realização profissional e sofrimento moral.

¹¹ Artigo encaminhado a Revista Latino-Americana de Enfermagem, derivado da Tese de Doutorado “Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: relações nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem” de Graziele de Lima Dalmolin sob orientação de Valéria Lerch Lunardi e co-orientação de Guilherme Lerch Lunardi, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG) em dezembro de 2012.

¹² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Pampa. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES/FURG). Email: grazi.dalmolin@gmail.com. Rua Quinze de Novembro 2051/603, Centro - Uruguaiana – Rio Grande do Sul – Brasil. Telefone: (55)32312129.

¹³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Líder do NEPES/FURG. Pesquisadora do CNPq. Email: vlunardi@terra.com.br

¹⁴ Administrador. Doutor em Administração. Docente do PPGEnf/FURG. Email: gllunardi@furg.br

Identificou-se a necessidade de realização de novos estudos que incluam variáveis mediadoras e moderadoras que possam explicar mais claramente os modelos estudados.

Descritores: Enfermagem. Ética em enfermagem. Equipe de enfermagem. Esgotamento profissional.

ABSTRACT: The target was to identify a relation between moral distress and burnout in the experiences of nursing staff whilst performing their duties. A survey was conducted with 375 nursing staff working at three separate Hospitals in the southern region of *Rio Grande do Sul*, incorporating the Moral Distress Scale and the Maslach Burnout Inventory (MBI), validated and regulated for use in Brazil. Data validation was made based on factor analysis and Cronbach's alpha. For the data analysis, were used bivariate analysis using the Pearson correlation coefficient; and multivariate analysis, through multiple regression. The existence of a low correlation between moral distress and burnout was verified. Also verified was the possible correlation between therapeutic obstinacy and burnout, and a negative correlation between job satisfaction and moral distress. The need to conduct further studies that include moderating and mediating variables, which may more clearly explain the models studied, was identified.

Keywords: Nursing. Nursing ethics. Nursing team. Burnout.

RESUMEN: Se tuvo como objetivo identificar relaciones entre angustia moral y *burnout* en las experiencias del personal de enfermería en el desempeño de su labor. Se trata de una encuesta *survey* con 357 trabajadores de enfermería trabajando en tres hospitales diferentes en el sur de Rio Grande do Sul, a través de la aplicación de una adaptación del *Moral Distress Scale* y del *Maslach Burnout Inventory*, validado y estandarizado para uso en Brasil. La validación de los datos se produjo a través de análisis factorial y alfa de *Cronbach*. Para el análisis de datos se utilizó análisis bivariado utilizando la correlación de Pearson y el análisis multivariante mediante regresión múltiple. Se constató que existe una baja correlación entre la

angustia moral y el *burnout*. Se identificó una posible correlación positiva entre la obstinación terapéutica y el *burnout*, y una correlación negativa entre satisfacción laboral y angustia moral. Se identificó la necesidad de realizar nuevos estudios que incluyan variables mediadoras y moderadoras que puedan explicar más claramente los modelos estudiados.

Descriptores: Enfermería. Ética en enfermería. Grupo de enfermería. Agotamiento profesional.

INTRODUÇÃO

Atualmente, uma ênfase maior tem sido dirigida às experiências dos trabalhadores da saúde e enfermagem no que se refere ao estresse associado a questões e conflitos éticos. Essas situações demandam tomadas de decisões e enfrentamentos por parte dos trabalhadores, podendo ser identificadas como problemas morais.

Dentre os problemas morais, cita-se o sofrimento moral, o qual advém de situações em que os trabalhadores conhecem a ação correta a ser seguida, no entanto, por medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, não conseguem implementar esse curso de ação ou evitar danos particulares, podendo ter seus valores e identidades de agentes morais comprometidos⁽¹⁾.

As circunstâncias, associadas aos problemas morais e sofrimento moral podem ser vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em seus cotidianos de trabalho, como em situações de práticas profissionais questionáveis; obstinação terapêutica; desigualdade na distribuição de recursos⁽²⁻³⁾; sobrecarga de trabalho; e quando há desconsideração de suas opiniões nas tomadas de decisões, uma vez que os trabalhadores desenvolvem sentimentos de frustração e impotência pela dificuldade de influenciarem suas condições de trabalho⁽⁴⁾.

Essas manifestações relacionadas ao sofrimento moral e ao enfrentamento de situações éticas do cotidiano da enfermagem, no entanto, são bastante similares às descritas na literatura associadas ao estresse e ao *burnout*⁽⁵⁾. A síndrome de *burnout* é um processo que leva à

exaustão física, mental e emocional, em decorrência de um período prolongado de exposição a altos níveis de estresse⁽⁶⁾, sendo constituída pelas dimensões de exaustão emocional (senso de esgotamento), despersonalização (insensibilidade emocional) e diminuição da realização profissional (insatisfação no desenvolvimento do trabalho)⁽⁷⁻⁸⁾.

O sofrimento moral e a síndrome de *burnout* têm aparecido associados ao desempenho do papel da enfermeira como advogada do paciente, identificando-se, como potenciais fontes desses fenômenos, situações dilemáticas de cuidado *versus* cura, conflitos entre obrigações éticas e legais, percepção de impotência, diferenças de poder, responsabilização do enfermeiro por um número insuficiente de trabalhadores na equipe de enfermagem, percepção da inadequação do tratamento médico e estilo agressivo de comunicação da equipe médica⁽⁹⁾.

Ao se considerar a referida impotência/dificuldade de exercer poder e a baixa autonomia, referidas como fonte de sofrimento moral e também de *burnout*, faz-se necessário, analisar as problematizações do cotidiano, através das quais há a possibilidade de reconhecimento de si e das práticas que permitem essas problematizações⁽¹⁰⁾.

Assim, apesar de os trabalhadores de enfermagem reconhecerem a necessidade de provocar questionamentos frente aos problemas morais, podem mostrar-se temerosos em fazê-lo, possivelmente pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho⁽¹¹⁾, na própria equipe de enfermagem e na instituição como um todo, apesar das suas implicações para os usuários, o que pode estar fortemente associado ao Sofrimento Moral e à Síndrome de *Burnout*.

Dessa forma, apresentou-se como objetivo identificar relações entre sofrimento moral e *burnout* nas vivências de trabalhadores de enfermagem no desempenho de seu trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa *survey* realizada em três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois distintos municípios (M1 e M2). A

instituição H1, um hospital universitário público federal, de 186 leitos conta com 314 trabalhadores de enfermagem, sendo, em sua maioria, servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único). A instituição H2 é um hospital filantrópico de 658 leitos em que atuam 417 trabalhadores de enfermagem, contratados através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já H3 é um hospital escola filantrópico e de utilidade pública de 291 leitos e um quadro de 482 trabalhadores de enfermagem, também contratados pelo regime da CLT.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos, o primeiro para investigar o sofrimento moral, uma adaptação do *Moral Distress Scale* (MDS), e o segundo para investigar o *burnout*, uma adaptação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Incluiu-se também no instrumento um componente de caracterização dos sujeitos.

O MDS foi originalmente desenvolvido em contexto norte americano⁽¹²⁾, sendo submetido ao processo de tradução reversa, adaptação cultural e validação⁽²⁾, quando se percebeu que situações identificadas em nossa realidade, como fontes de sofrimento moral, não estavam suficientemente contempladas, sendo adaptado para considerar essas particularidades⁽¹³⁾. O questionário foi composto por 39 questões, utilizando uma escala tipo *Likert* de sete pontos, para analisar a intensidade e frequência de sofrimento moral.

O outro instrumento utilizado constitui-se em uma adaptação do MBI, o qual passou pelos processos de tradução, adaptação e validação semântica, bem como validação e normatização para uso no Brasil, no Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade Nacional de Brasília (UNB)⁽⁸⁾. O questionário compõe-se de 22 itens avaliados e distribuídos em três subescalas: *exaustão emocional*, *realização profissional* e *despersonalização*. As opções de respostas foram disponibilizadas também em escala tipo *Likert* de sete pontos.

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem de H1, H2 e H3. Como o total de trabalhadores nessas instituições compreende um número de 1213 indivíduos, utilizou-se uma fórmula de seleção do tamanho amostral⁽¹⁴⁾, que estimou o número mínimo de

295 sujeitos para realização de exames estatísticos. Os critérios de inclusão dos sujeitos referiram-se à sua disponibilidade e interesse em responder ao instrumento no momento da coleta de dados, constituindo-se uma amostra não probabilística por conveniência.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2010 a julho de 2011. Foram entregues um total de 500 questionários aos trabalhadores de enfermagem, retornando 387 instrumentos. Adotou-se, ainda, como critérios de exclusão para procedimentos de análise, aqueles respondentes que, nos dois instrumentos, utilizaram apenas dois pontos da escala, descaracterizando a escala intervalar adotada e aqueles que deixaram mais de dez itens sem resposta. Assim, com a exclusão de 12 instrumentos, a amostra final para análise dos dados foi composta por 375 sujeitos.

Após a coleta de dados, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade do instrumento, a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*.

A análise dos dados foi realizada através de análise bivariada com utilização da correlação de Pearson, procurando resumir a intensidade de associação entre as variáveis sofrimento moral e *burnout*, mensurando a possibilidade de que a variação em uma delas possa estar associada à variação na outra⁽¹⁵⁾. A força da associação apresentada pelo coeficiente de correlação pode ser classificada conforme a intensidade de sua correlação, que varia de -1 a +1. A força de associação é classificada conforme a variação do coeficiente, como mostrado a seguir: valores entre $\pm 0,91$ e $\pm 1,00$ são considerados muito fortes; entre $\pm 0,71$ e $\pm 0,90$, altos; entre $\pm 0,41$ e $\pm 0,70$, moderados; entre $\pm 0,21$ e $\pm 0,40$, pequenos, porém definidos; e entre $\pm 0,01$ e $\pm 0,20$, leves, quase imperceptíveis⁽¹⁵⁾.

O segundo tipo de análise realizada foi a multivariada, através de regressão múltipla, ao analisar a relação entre uma variável dependente e várias variáveis independentes, possibilitando verificar a influência de diferentes aspectos do sofrimento moral no *burnout* e

dos aspectos do *burnout* no sofrimento moral⁽¹⁵⁾. Foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o estudo submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer favorável (Parecer nº 70/2010).

RESULTADOS

Em relação às características da amostra estudada (n=375), verificou-se que 31 (8,26%) sujeitos eram auxiliares de enfermagem, 268 (71,46%) eram técnicos de enfermagem e 76 (20,26%) eram enfermeiros. Os sujeitos possuem em média 34 anos, porém suas idades variam de 19 a 64 anos. Do total de sujeitos, 325 (86,7%) são do sexo feminino e 44 (11,7%) do sexo masculino. Quanto ao local de atuação, 70 (18,7%) trabalhadores atuam em H1, 197 (52,5%) atuam em H2 e 108 (28,8%) em H3. Os trabalhadores possuem média de tempo de atuação na instituição de 5,6 anos e de atuação na unidade de 3,8 anos.

A partir da análise fatorial do instrumento de avaliação do sofrimento moral, foi possível validar 20 das 39 questões propostas inicialmente, as quais foram agrupadas em quatro dimensões: *falta de competência na equipe de trabalho*, *desrespeito à autonomia do paciente*, *condições de trabalho insuficientes* e *obstinação terapêutica*. Já a análise fatorial do instrumento de avaliação do *burnout* permitiu agrupar, das 22 questões propostas, 17 delas de acordo com as três dimensões do *burnout*: *exaustão emocional*, *realização profissional* e *despersonalização*.

A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise, apresentando valor 0,944 para o instrumento de sofrimento moral e 0,840 para o instrumento de *burnout*. No primeiro instrumento, as quatro dimensões propostas explicam 71,72% da variação das questões originais, enquanto que, no segundo, as três dimensões explicam

49,31% da variação, representando um grau adequado de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação.

O alfa de *Cronbach* do instrumento de sofrimento moral apresentou valor 0,95, enquanto que os coeficientes de cada uma das quatro dimensões situaram-se entre 0,78 e 0,96. Já o instrumento do *burnout* apresentou valor de alfa de *Cronbach* de 0,61, e as suas dimensões apresentaram valores entre 0,72 e 0,85. Como são sugeridos valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios, comprova-se a fidedignidade dos dois instrumentos utilizados e suas dimensões identificadas.

Através da análise de Correlação de Pearson, observou-se que o relacionamento entre o sofrimento moral e o *burnout* é significativo (ao nível de 5%) e positivo, porém leve, quase imperceptível⁽¹⁵⁾, conforme sintetiza a Tabela 1.

Tabela 1: Resultados da Correlação de Pearson – Rio Grande – 2012.

		<i>Burnout</i>	Sofrimento Moral
<i>Burnout</i>	Correlação de Pearson	1	0,102*
	<i>P</i>		0,049
	<i>N</i>	375	374
Sofrimento Moral	Correlação de Pearson	0,102*	
	<i>P</i>	0,049	
	<i>N</i>	374	374

Nota (*): Correlação significativa ao nível de 5%.

Assim, identificada a presença de correlação entre sofrimento moral e *burnout*, passou-se à análise de regressão múltipla, cuja representação pode ser visualizada na Figura 1.

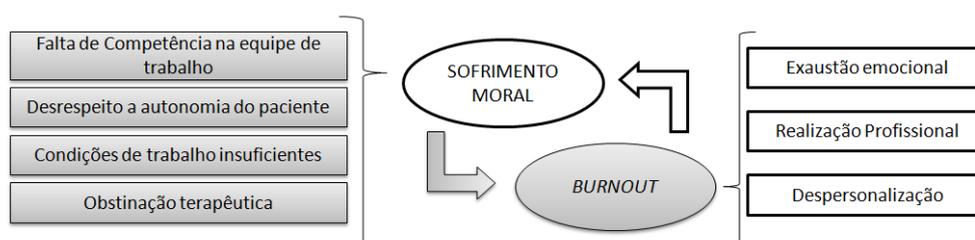


Figura 1 – Representação de fatores de sofrimento moral que podem contribuir para o desenvolvimento do *burnout* e de fatores do *burnout* que podem contribuir para o desenvolvimento do sofrimento moral.

Dessa forma, realizaram-se duas análises de regressão, a primeira considerando o *burnout* como variável dependente e, a segunda, considerando o sofrimento moral como variável dependente. Avaliou-se, primeiramente, o efeito das quatro dimensões do sofrimento moral sobre o *burnout*, cujo modelo testado não se mostrou estatisticamente significativo ($p = 0,128$), apresentando um baixíssimo coeficiente de determinação ajustado ($R^2 = 0,009$). Os resultados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Análise de Regressão entre as dimensões do sofrimento moral sobre o *burnout* – Rio Grande – 2012.

Dimensões	Beta	P
Falta de competência na equipe de trabalho	-0,003	0,950
Desrespeito a autonomia do paciente	0,037	0,476
Condições de trabalho insuficientes	0,088	0,091
Obstinação terapêutica	0,101	0,051

Na tabela 2, é possível observar que nenhuma das dimensões associadas ao sofrimento moral contribui significativamente para o desenvolvimento do *burnout*, estando apenas a obstinação terapêutica com valor próximo ao limite de 5%. Neste caso, pode-se dizer que a obstinação terapêutica parece influenciar o desenvolvimento do *burnout*, isto é, os trabalhadores de enfermagem que vivenciam situações de maior obstinação terapêutica parecem mais propensos ao desenvolvimento do *burnout*.

Na segunda análise de regressão, avaliando-se os efeitos das três dimensões do *burnout* sobre a ocorrência de sofrimento moral, conforme estabelecido na Figura 1, o modelo também não foi significativo estatisticamente ($p = 0,086$), apresentando um baixíssimo coeficiente de determinação ajustado ($R^2 = 0,010$). Esse coeficiente, que varia de 0 a 100, representa o grau de explicação do modelo proposto, considerando as variáveis independentes e a dependente utilizada. Neste caso, percebe-se que tanto o *burnout* quanto o sofrimento

moral não podem ser explicados um pelo outro, existindo, possivelmente, outras variáveis, mediadoras ou moderadoras, que explicam essa relação; essas, porém, não foram testadas nesse modelo. Os resultados dessa análise de regressão podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise de Regressão entre as dimensões do *burnout* sobre o sofrimento moral – Rio grande – 2012.

Dimensões	Beta	P
Exaustão emocional	0,077	0,139
Realização profissional	-0,107	0,039*
Despersonalização	0,022	0,670

Nota(*): Valor estatisticamente significativo ao nível de 5%.

Ao observar-se a tabela 3, percebe-se que, apesar de o modelo apresentar baixo nível de explicação, uma das dimensões do *burnout* associada ao sofrimento moral foi estatisticamente significativa. Nesse caso, é possível dizer que a realização profissional influencia negativamente o sofrimento moral, mostrando que quanto maior a realização profissional, menor é o sofrimento moral.

DISCUSSÃO

Em vista dos achados, foi possível perceber que existe uma relação positiva significativa entre sofrimento moral e *burnout*, porém leve. Dentre as possíveis relações entre os fenômenos, o sofrimento moral desencadeado pelas situações de obstinação terapêutica parece estar associado ao desenvolvimento do *burnout*, visto se tratar de uma relação muito próxima do nível de significância de 5%.

A *Obstinação terapêutica* constitui-se na implementação de medidas terapêuticas reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem como fúteis e responsáveis pelo prolongamento do sofrimento de pacientes em fase terminal⁽³⁾.

O sofrimento moral decorrente da obstinação terapêutica, que parece ter uma influência sobre o desenvolvimento do *burnout*, refere-se a situações compreendidas nas questões do instrumento que compuseram esse item, ou seja, q05 – *Dar início a*

procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte; q11 – Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória; e, q12 – Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.

Nesse sentido, aproximações entre sofrimento moral e *burnout* já têm sido identificadas relacionadas à atuação da enfermagem como advogada do paciente, especialmente em condutas que envolvem percepções de cuidados fúteis. Especificamente, o sofrimento moral também foi identificado pela negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade, ou seja, quando a enfermagem apresenta dificuldades em atuar na defesa dos direitos dos pacientes terminais⁽¹³⁾, o que também pode estar associado ao *burnout*, pois é um fato que envolve a prestação de cuidados fúteis. Os dois fenômenos, sofrimento moral e *burnout*, separadamente, apresentam manifestações que podem ser responsáveis pelo abandono da profissão pelos trabalhadores de enfermagem, também, denotando uma possível aproximação^(9,16).

Salienta-se, ainda, que o sofrimento moral e possível *burnout* decorrentes da obstinação terapêutica e prestação de cuidados fúteis pelos trabalhadores de enfermagem podem estar associados às suas dificuldades em compartilhar opiniões sobre as decisões clínicas. Nas equipes multiprofissionais, comumente outros membros, como os médicos, representam e exercem maior poder, e os trabalhadores de enfermagem, muitas vezes, têm seus conhecimentos subvalorizados, limitando-se a participar informalmente dos processos de decisão à beira do leito dos pacientes, em função de uma estrutura formal e rígida das tomadas de decisão nas instituições⁽¹⁶⁾.

A esse tipo de vivências dos trabalhadores de enfermagem, como tomadas de decisões clínicas e questões organizacionais, somam-se sentimentos de não valorização e

reconhecimento do seu trabalho, acrescido da falta de autonomia e inabilidade de prover um cuidado com qualidade aos pacientes, fundamentalmente pela dificuldade de terem suas falas, saberes e papéis de advogados do paciente reconhecidos e aceitos⁽¹⁷⁾.

De certa forma, os trabalhadores de enfermagem parecem enfrentar dificuldades de resistir, em seus ambientes de trabalho, especialmente, nas situações que lhes geram desgaste e sofrimento moral. Ao analisar as questões que compuseram a dimensão de obstinação terapêutica, foi possível apreender que o sofrimento moral ocorre quando os trabalhadores de enfermagem realizam procedimentos que acreditam ser desnecessários, atuando, assim, contra seus próprios valores e conhecimentos, o que pode estar também associado ao desenvolvimento do *burnout*.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a relevância do poder pastoral e do poder disciplinar. Inicialmente, o poder é entendido como múltiplas relações de força, imanentes e constitutivas do local em que são exercidas, como um jogo constante de lutas e afrontamentos que as transformam, ou seja, são relações que constituem um contínuo enfrentamento, através de estratégias e técnicas que lhe dizem respeito⁽¹⁸⁾.

O poder pastoral é exercido sobre os corpos e populações, através de técnicas como a direção de consciência e a obediência, conduzindo os indivíduos a sua própria mortificação, de renúncia ao mundo e a si próprios. Assim, a mortificação trata de uma forma de relação consigo mesmo. Na enfermagem, o poder pastoral refere-se às ações que se pautam predominantemente na obediência, resignação e negação de si, distanciando esses trabalhadores de suas competências políticas e de enfrentamentos com a equipe ou instituição⁽¹⁹⁾. Atuando em consonância ao poder pastoral, tem-se também o poder disciplinar, que apresenta como objetivo a formação de corpos dóceis e úteis, ou seja, atua na sujeição de forças dos indivíduos, conferindo-lhes uma relação de docilidade-utilidade, isto é, na medida

que aumenta sua utilidade econômica, reduz sua capacidade política e a capacidade de revolta, resistência, luta e contra-poder⁽²⁰⁾.

Desse modo, a obstinação terapêutica associada ao sofrimento moral e ao *burnout* na enfermagem, parece relacionar-se principalmente às dificuldades dos seus trabalhadores exercerem poder, de manifestarem suas opiniões e atuarem mais ativamente nos processos de decisão junto a equipe multiprofissional, o que parece estar associado à construção moral desses trabalhadores, com valorização da obediência e, em contraposição, a sanção normalizadora da resistência.

Com a percepção de seu trabalho e opiniões desvalorizadas, ao não participarem das tomadas de decisão quanto aos melhores cuidados para o paciente, os trabalhadores de enfermagem podem sentir-se impotentes e sem autonomia para o enfrentamento desses conflitos morais, com dificuldades para implementar os cuidados que consideram corretos. De tal modo, essas diferenças no exercício de poder são reconhecidas como fonte de conflitos para a maior parte desses trabalhadores, contribuindo, significativamente, para sua incapacidade de advogarem efetivamente por seus pacientes, relegando a um segundo plano essa atribuição, devido a constrangimentos institucionais, expectativas familiares e opiniões médica⁽²¹⁾.

Associado também a essas questões, está outro achado deste estudo, que demonstra uma correlação negativa e significativa da realização profissional com o sofrimento moral, isto é, com o aumento da realização profissional, indicativo de menor possibilidade de *burnout*, há também uma diminuição do sofrimento moral.

A dimensão da realização profissional é explicada a partir das sete questões que a compõem, são elas: 4 - *Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela*; 6 - *No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma*; 11 - *Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela*; 12 - *Eu sinto que*

estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho; 15 – Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela; 18 – Eu posso entender facilmente o que sente minha clientela acerca das coisas e 22 – Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.

Ao se considerar as questões apresentadas, pode-se dizer que os enfrentamentos pelos trabalhadores de enfermagem são relevantes e necessários para a manutenção da realização profissional, para que se sintam respeitados, valorizados e estimulados em seus ambientes de trabalho, e principalmente, conforme avaliado, possam influenciar positivamente a vida de seus pacientes.

Ainda, é possível destacar que, entre os resultados apresentados, há uma coerência percebida através das vivências dos trabalhadores de enfermagem no que se refere às suas ações que podem influenciar a ocorrência de sofrimento moral e de *burnout*. Percebeu-se que quando o trabalhador manifesta realização profissional, em relação as suas expectativas no trabalho, suas necessidades e seus valores, apresenta menores possibilidades de desenvolvimento de sofrimento moral e *burnout*, diferentemente de quando vivencia a obstinação terapêutica, em que parece ocorrer sua desvalorização dos seus saberes e valores, aumentando, então, a possibilidade de sofrimento moral e *burnout*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que existe uma correlação, mesmo que classificada como baixa, entre o sofrimento moral e o *burnout*. Salienta-se que, através dos achados, não foi possível estabelecer relações de causa e efeito entre esses dois fenômenos, visto que os modelos apresentados não foram significativos e apresentaram graus de explicação muito baixos, ou seja, a relação de causa e efeito pode ser decorrente de outras variáveis que não foram testadas, como características e perfil do respondente ou satisfação no trabalho, interesse em trocar de setor ou abandonar a profissão.

Porém, apesar de os modelos apresentados não serem significativos, algumas correlações entre as dimensões de sofrimento moral e *burnout* foram observadas. Ao se analisar a influência das dimensões do sofrimento moral sobre o *burnout*, percebeu-se que a obstinação terapêutica apresentou um nível de significância muito próximo do aceitável, o que vem ao encontro de algumas aproximações entre os dois fenômenos já destacadas na literatura, que relacionam a prestação de cuidados fúteis e o não desempenho da enfermagem como advogada do paciente.

Em relação às dimensões do *burnout* associadas ao sofrimento moral, encontrou-se uma relação negativa e significativa entre a realização profissional e o sofrimento moral, ou seja, com o aumento da realização profissional ocorre uma diminuição da percepção de sofrimento moral.

Esses achados, juntamente com a análise das questões dos instrumentos, remetem à necessidade dos trabalhadores de enfermagem realizarem enfrentamentos em seus locais de atuação, fortalecendo seus conhecimentos, valores e crenças, bem como sua percepção do que é o melhor cuidado para os seus pacientes, ou seja, não se disponibilizando a atuar em condutas que consideram inadequadas, mantendo, dessa forma, sua realização profissional.

Esse estudo apresentou como limitações a não inclusão de variáveis mediadoras e moderadoras que pudessem contribuir para explicar melhor a relação entre sofrimento moral e *burnout* em trabalhadores de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Canadian Nurses Association (CNA). Code of ethics for registered nurses. Ottawa, Canada: Centennial Ed; 2008.
2. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência de sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):681-688.

3. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(3):308-313.
4. Silén M, Tang PF, Wadensten B, Ahlström G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *J Neurosci Nurs*. 2008;40(4):222-231.
5. Rodney P, Starzomski R. Constraints on the moral agency of nurses. *Can Nurse*. 1993;89(9):23-26.
6. Altun I. Burnout and Nurse's personal and professional values. *Nurs Ethics*. 2002;9(3):269-278.
7. Maslach C, Jackson, SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
8. Codo W, coordenador. *Educação: Carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.
9. Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract*. 1999;5: 8-13.
10. Foucault M. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. São Paulo: Graal; 1984.
11. Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthop Nurs*. 2001;20(2):76-80.
12. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-56.
13. Barlem ELD. *Sofrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana [tese de doutorado]*. Rio Grande (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande; 2012. 191p.
14. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílado; 2002.
15. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. *Nurs Ethics*. 2009;16(1):57-68.

17. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):200-208.
18. Foucault, M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
19. Foucault M. Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.
20. Foucault, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 36 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
21. Tang PF, Johansson C, Wadensten B, Wenneberg S. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *Nurs Ethics.* 2007;14(6):810-824.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores de enfermagem, em seus cotidianos profissionais, frequentemente, vivenciam situações conflituosas, as quais, muitas vezes, se constituem em problemas morais, podendo lhes desencadear sofrimento moral e *burnout*.

Esse trabalho buscou conhecer relações entre esses fenômenos, sofrimento moral e *burnout*, através de uma pesquisa *survey* com trabalhadores de enfermagem de três instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul, por meio da aplicação de um questionário, contendo itens para caracterização dos sujeitos, uma adaptação do *Moral Distress Scale* para avaliação do sofrimento moral e o *Maslach Burnout Inventory* para avaliação do *burnout*.

A validação dos instrumentos ocorreu por meio de análise fatorial e alfa de *Cronbach*, indicando que os dois instrumentos são válidos e fidedignos para estudar o sofrimento moral e o *burnout* na amostra de trabalhadores de enfermagem.

A análise fatorial do instrumento de avaliação do sofrimento moral permitiu o agrupamento das questões validadas em quatro dimensões associadas ao sofrimento moral, sendo: a *falta de competência na equipe de trabalho*, referindo-se à insegurança na atuação com outros profissionais da equipe ou a insegurança no trabalho de serviços de apoio; o *desrespeito à autonomia do paciente*, desconsiderando as escolhas e valores dos pacientes; *condições de trabalho insuficientes*, relacionada à insuficiência de recursos humanos e materiais, o que gera sobrecarga de trabalho e a freqüente necessidade de improvisar materiais na tentativa de fornecer um cuidado adequado aos pacientes; e a *obstinação terapêutica*, referindo-se à implementação de cuidados considerados fúteis pelos trabalhadores de enfermagem.

Já a análise fatorial do instrumento de avaliação do *burnout*, permitiu agrupar as questões validadas em três dimensões, as quais correspondem as três dimensões que caracterizam o *burnout*, isto é, *exaustão emocional*, *realização profissional* e *despersonalização*.

Foi possível analisar, tanto nas dimensões associadas ao sofrimento moral, como nas associadas ao *burnout*, uma aparente dificuldade dos trabalhadores de enfermagem exercerem poder e resistência, ou seja, de realizarem enfrentamentos com quem representa poder em seus micro-espacos de atuação. Enfrentamentos

que se fazem necessários para a busca de melhores condições de trabalho e que lhes assegurem uma atuação ética e coerente com seus valores morais.

Essa condição pode ser evidenciada através da análise da comunicação tanto na própria equipe de trabalho como com chefias e instituição, visto que os enfrentamentos realizados pelos trabalhadores de enfermagem podem ser favorecidos quando existe a possibilidade de diálogo no ambiente de trabalho. Nesse sentido, verificou-se que os trabalhadores que relataram não possuir reuniões com a equipe e nem possibilidades de diálogo na equipe, com chefias e instituição, apresentaram maior percepção de sofrimento moral geral, bem como maior sofrimento moral associado às dimensões de *desrespeito a autonomia do paciente, condições de trabalho insuficientes e obstinação terapêutica*.

Igualmente, nas dimensões associadas ao *burnout*, percebeu-se que os trabalhadores de enfermagem que não têm reuniões e possibilidades de diálogo no ambiente de trabalho possuem maior *exaustão emocional*, maior *despersonalização* e menor *realização profissional*, denotando que dificuldades na comunicação podem estar relacionadas a dificuldades de realizar enfrentamentos, de exercício de poder e resistência, podendo ocasionar maior sofrimento moral e *burnout*.

Essas dificuldades de exercer poder e resistência podem estar associadas à formação disciplinar desses trabalhadores de enfermagem, o que os mantém, muitas vezes, silenciosos e passivos diante das características inadequadas com que realizam seus trabalhos. Ao mesmo tempo que podem ser úteis e produtivos nos ambientes de trabalho, tem suas capacidades diminuídas em termos políticos; o que pode, também, estar associado ao poder pastoral, pela obediência ao instituído e ao que lhes é determinado externamente, o que os leva a sua própria mortificação, pela sua negação de si, de seus valores e conhecimentos, submetendo-se a atuações em condições insatisfatórias.

Os resultados foram apresentados em três artigos. No primeiro artigo intitulado “*Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?*” identificou-se que, entre as categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros são os que apresentaram maior sofrimento moral. Aspecto que pode estar associado tanto a sua formação acadêmica, diferenciada dos demais trabalhadores de enfermagem, o que lhes confere maiores habilidades crítico-reflexivas na prática, como também pode estar relacionado à questão de liderança e por se constituir numa referência diante da equipe de enfermagem, papel

que, às vezes, pode não estar sendo desempenhado conforme suas expectativas frente às condições com que exercem suas atividades.

Quanto à instituição, considerando-se suas características, número de leitos, número de trabalhadores de enfermagem e carga horária de trabalho semanal, percebeu-se que os trabalhadores da instituição hospitalar pública (H1), concursados e com estabilidade no emprego, possuem maior percepção de sofrimento moral em todos os constructos, porém trabalham na instituição que apresenta maior relação de profissionais por leito e são os que apresentam menor carga horária. Esse dado remete-nos a questionamentos, como: Esses trabalhadores de enfermagem apresentam maior sofrimento moral por disponibilizarem de maior tempo para reflexão sobre suas condutas no trabalho? Os trabalhadores das instituições privadas, principalmente H2, que apresenta a menor relação de trabalhadores de enfermagem por leito, apresentam menor percepção de sofrimento moral porque vivenciam maior sobrecarga de trabalho e conseqüentemente não disponibilizam de tempo para reflexões e problematizações de seus cotidianos? Quais as características das instituições públicas e privadas que poderiam favorecer, ou não, as condições para enfrentamentos éticos dos trabalhadores de enfermagem? Essas são questões que, com certeza, poderiam impulsionar novos estudos para o entendimento do sofrimento moral e do exercício de poder e resistência nas diferentes equipes de enfermagem.

Dessa forma, questiona-se, também, de que forma a organização do ambiente de trabalho associa-se à vivência de sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem, ou seja, como os aspectos referentes a espaços de discussão, problematização, reflexão e valorização de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho podem influenciar a percepção de problemas morais pelos trabalhadores? De que maneira a organização do trabalho pode contribuir para a atuação ética dos trabalhadores de enfermagem? Acredita-se que os trabalhadores que possuem melhores condições de trabalho, embora possam apresentar maior percepção de sofrimento moral, podem também realizar mais enfrentamentos e apresentarem posturas e condutas na defesa dos direitos dos pacientes, exercendo o papel de advogados dos pacientes.

No segundo artigo, denominado “*Burnout em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande do Sul*” foi identificado que os trabalhadores de enfermagem no sul do Rio Grande do Sul apresentam, nas dimensões de *exaustão emocional* e

despersonalização, níveis de baixo a moderado e, de moderado a alto em *realização profissional*. Identificou-se também que as dimensões do *burnout* são influenciadas por características dos trabalhadores e de seus ambientes de trabalho, podendo ser entendidas como fatores que conduzem à sua ocorrência. Observou-se que os itens referentes à comunicação no ambiente de trabalho influenciam a ocorrência das três dimensões do *burnout*, uma vez que o seu comprometimento parece estar associado à maior *exaustão emocional* e *despersonalização*, e à menor *realização profissional*.

Retomando-se a questão da instituição pública ou privada, percebeu-se que os trabalhadores de enfermagem da instituição pública, embora apresentem a maior percepção de sofrimento moral, em relação ao *burnout*, são os que apresentam menor *exaustão emocional*, menor *despersonalização* e maior *realização profissional*; tais achados podem estar relacionado a suas condições de trabalho mais satisfatórias, diferentemente da instituição privada com menor relação trabalhador/leito, que ao contrário, apresentam a maior *exaustão emocional* e *despersonalização* e a menor *realização profissional*. Observa-se, dessa forma, que as condições de trabalho, como segurança no emprego, carga horária semanal e número de pacientes por profissional, podem influenciar positivamente na menor ocorrência do *burnout*.

Já no terceiro artigo “*Sofrimento moral e síndrome de burnout: existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?*” foi possível constatar que existe uma correlação, mesmo que classificada como baixa, entre o sofrimento moral e o *burnout*. Salienta-se que não foi possível estabelecer relações de causa e efeito entre sofrimento moral e *burnout*, visto que os modelos apresentados não foram significativos e apresentaram graus de explicação muito baixos. Porém, apesar de os modelos não serem significativos, algumas correlações entre as dimensões de sofrimento moral e *burnout* foram observadas.

Ao se analisar a influência das dimensões do sofrimento moral sobre o *burnout*, percebeu-se que a *obstinação terapêutica* apresentou um nível de significância muito próximo do aceitável, o que vem ao encontro de algumas aproximações entre os dois fenômenos, já destacadas na literatura, que relacionam a prestação de cuidados fúteis e o não desempenho da advocacia do paciente pela enfermagem. Nesse sentido, o sofrimento moral relacionado à *obstinação terapêutica* pode ser decorrente das situações em que os trabalhadores de enfermagem realizam procedimentos que acreditam ser desnecessários e fúteis,

atuando contra seus próprios valores e conhecimentos, o que pode estar também associado ao desenvolvimento do *burnout*.

A *obstinação terapêutica* associada ao sofrimento moral e ao *burnout* na enfermagem pode, ainda, estar relacionada às dificuldades dos trabalhadores realizarem enfrentamentos e manifestarem suas opiniões quanto ao que consideram os melhores cuidados aos pacientes nas tomadas de decisão junto à equipe multiprofissional, o que pode estar associado à construção moral desses trabalhadores, com valorização da obediência e, em contraposição, à sanção normalizadora da resistência.

Já em relação às dimensões do *burnout* associadas ao sofrimento moral, encontrou-se uma relação negativa e significativa entre a *realização profissional* e o sofrimento moral. Ou seja, quanto maior a *realização profissional* menor será o sofrimento moral. Dessa forma, considera-se que, para a manutenção da *realização profissional*, são necessários enfrentamentos pelos trabalhadores de enfermagem. Dessa forma, eles podem agir para melhorar suas próprias condições de trabalho, sentindo-se mais respeitados, valorizados e estimulados em seus ambientes de trabalho, e principalmente, podendo influenciar positivamente o cuidado de seus pacientes, ofertando um cuidado de enfermagem de qualidade.

Também, foi possível observar uma coerência, através das vivências dos trabalhadores de enfermagem, no que se refere às suas ações que podem influenciar a ocorrência de sofrimento moral e de *burnout*. Percebeu-se que quando o trabalhador apresenta *realização profissional*, isto é, sente-se realizado em relação às suas expectativas no trabalho, suas necessidades e seus valores, apresenta também menores possibilidades de desenvolvimento de sofrimento moral e *burnout*, diferentemente de quando vivencia a *obstinação terapêutica*, em que parece ocorrer sua desvalorização, dos seus saberes e valores, aumentando, então, a possibilidade de sofrimento moral e *burnout*.

Assim, ao considerarmos a tese desse estudo de que “**existem relações entre o sofrimento moral e a síndrome de *burnout* nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem**” pode-se afirmar, através da análise de Correlação de Pearson, a existência de correlação entre os fenômenos, mesmo que uma correlação reconhecida como baixa.

Em vista dos resultados apresentados nos três artigos, considera-se que estratégias devem ser buscadas e incentivadas, de forma a contribuir para menor

ocorrência de sofrimento moral e de *burnout*, tais como o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores de enfermagem, favorecimento de seus enfrentamentos e resistências, desenvolvimento de ambientes de trabalho com relações interpessoais mais satisfatórias, respeitando as crenças e valores de cada trabalhador, bem como favorecendo as tomadas de decisão e o exercício de poder.

Por fim, esse estudo apresentou como limitações a não inclusão de variáveis mediadoras, que impulsionam ou inibem uma relação, como satisfação e dificuldade de exercer poder, e de variáveis moderadoras, que se referem às características da amostra, que poderiam contribuir para explicar melhor essa relação entre sofrimento moral e *burnout* em trabalhadores de enfermagem. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos sobre as relações entre sofrimento moral e *burnout* que considerem as variáveis referidas.

Referências

- AFONSO, L. M.R.; QUEIRÓS, C. **Burnout e stress ocupacional em advogados e magistrados: A necessidade de investigação empírica**. Trabalho apresentado em VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica. *In* Livro de Resumos do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica, Lisboa, 2011.
- AIKEN, L.H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. **JAMA**, v.288, n.16, p. 1987-1993, 2002.
- AIKEN, L.H.; SMITH, H.L.; LAKE, E.T. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. **Medical Care**, v.32, n.8, p.771-87, 1994.
- ALTUN, I. Burnout and Nurse's personal and professional values. **Nursing Ethics**, v.9, n.03, p.269-278, 2002.
- AUSTIN, W. *et al.* Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. **HEC Forum**, v.17, n.1, p.33-48, 2005.
- AUSTIN, W.; KELECEVIC, J.; GOBLE, E.; MEKECHUK, J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. **Nursing Ethics**, v.16, n.1, p.57-68, 2009.
- AZEVEDO, R.C.S. **Modos de conhecer e intervir – a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital**. Tese de Doutorado em Enfermagem do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2005. 177p.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- BAPTISTA, M.N.; MORAIS, P.R.; CARMO, N.C.; SOUZA, G.O.; CUNHA, A.F. Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. **Psicologia Argumento**, v.23, n.42, p. 47-54, 2005.
- BARLEM, E.L.D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. Rio Grande: FURG, 2009. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.
- BARLEM, E.L.D. **Sofrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana**. Rio Grande: FURG, 2012. 191p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.
- BENEVIDES-PEREIRA, AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**. Ano 1, nº 1, p. 4-11, 2002.
- BORGES et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.01, p. 189-200, 2002.

BORDIGNON, S.S.; LUNARDI, V.L.; DALMOLIN, G.L.; TOMASCHEWSKI, J.G *et al.* Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.19, n.1, p.94-99, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96** sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2001.

BRASIL, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

BULHOSA, M.S; **Sofrimento Moral no trabalho da enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

CAMPOS, J.A.D.B.; TROTTA, O.S.T.; BONAFE, F.S.S.; MAROCO, J. Burnout em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão. *Revista de Odontologia da UNESP*, v.39, n.2, p.109-114, 2010.

CAMPOS, R.G. **Burnout : uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. Ribeirão Preto, 2005. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA). **Code of ethics for registered nurses**. Ottawa, Canada. Centennial Ed. 2008.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout: Um tipo de estresse ocupacional. **Cadernos Universitários**, v.18, n.1, p. 4-11, 2001.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico-PUCRS**, v.39, n.2, p.152-158, 2008.

CARLOTTO, M.S. Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.14, n.4, p.7-26, 2011.

CARLOTTO, M.S. O impacto de variáveis sócio-demográficas e laborais na síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. **Revista SBPH**, v14, n1, p.165-185, 2011.

CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v27, n7, p.403-410, 2011.

CARVALHO, K.K. **A obstinação terapêutica como uma questão ética**. 2005. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2005.

CARVALHO, K.K.; LUNARDI, V.L. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.3, (online), 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_05.pdf, acesso em 15 de março de 2012.

- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- CAVALIERE, T.A.; DALY, B.; DOWLING, D.; MONTGOMERY, K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. **Advances in Neonatal Care**, v.10, n.3, p.145-156, 2010.
- CHERNISS, C. **Professional burnout in human service organization**. New York: Praeger, 1980.
- CHIPAS, A.; MCKENNA, D. Stress and Burnout in Nurse Anesthesia. **AANA Journal**, v. 79, n.2, 2011. Disponível em: www.aana.com/aanajournalonline.aspx
- CLARKE, S.P.; AIKEN, L. H. Registered nurse staffing and patient and nurse outcomes in hospitals: a commentary. **Policy, Politics & Nursing Practice**, v. 4, n. 2, p. 104-111, 2003.
- CODO, W. (Coordenador). **Educação: Carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes. Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.
- CODO, W; VASQUES-MENEZES, I.V. O que é burnout ? In.: Codo (coord.) (1999) **Educação: Carinho e Trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, CNTE e UNB, 1999.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - RESOLUÇÃO 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.
- COHEN, J.S.; ERICKSON, J.M. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v.10, n.6, p.775-780, 2006.
- CORLEY, M.C. *et al.* Development and evaluation of moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, v.33, n.2, p.250-56, 2001.
- CORLEY, M.C.; MINICK, P.; ELSWICK, R.K.; JACOBS, M. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v.12, n.04, p.381-390, 2005.
- COSTA, M.C.S.P. **Burnout no médicos: perfil e enquadramento destes doentes**. Dissertação. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. 2009.
- CRESWELL, J.W. **Research design – Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches**, 2nd ed, 2003.
- CUTCLIFFE, J.R.; LINKS, P.S. Whose life is it anyway? An exploration of Five contemporary ethical issues that pertain to the psychiatric nursing care of the person who is suicidal: part one. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 17, p. 236-245, 2008.
- DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa**. 2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

- DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n.1, p.200-208, 2012.
- DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.1, p.35-40, 2009.
- DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.
- DEADY, R.; MCCARTHY, J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. **Perspectives in Psychiatric Care**, v.46, n.3, p.209-220, 2010.
- DELEUZE, G. **Foucault**. 2.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
- DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Método mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.5, 2007.
- EIZENBERG, M.M.; DESIVILYA, H.S.; HIRSCHELD, M.J. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n.4, p.885-892, 2009.
- ELPERN, E.H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v.14, n.5, p.523-530, 2005.
- ERLEN, J.A.; FROST, B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. **Western Journal of Nursing Research**, v.13, n.3, p.397-407, 1991.
- ERLEN, J.A. Moral distress: a pervasive problem. **Orthopaedic Nursing**, v.20, n.2, p.76-80, 2001.
- ERSOY-KART, M. Relations among social support, burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses. **Nursing Forum**, v.44, n.3, p.165-179, 2009.
- FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Burnout entre médicos da saúde da família: os desafios da transformação do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3373-3382, 2011.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: O uso dos prazeres**. São Paulo: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 19. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

- FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes: 2006.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 36.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- FOURNIER, B.; KIPP, W.; MILL, J.; WALUSIMBI, M. Nursing care of AIDS patients in Uganda. **Journal of transcultural nursing**, v. 18, n. 3, p. 257-264, 2007.
- FRY, S.T.; HARVEY, R.M.; HURLEY, A.C.; FOLEY, B.J. Development of a model of moral distress in military nursing. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 4, p. 373-387, 2002
- FREIRE, P.A. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.2, p. 367-380, 2008.
- FREITAS, G.F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M.F.P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.3, p.104-108, 2010.
- FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. Revista **de Administração da USP – RAUSP**, v. 35, n 3, p. 105-112, 2000.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, 30, 159-165.
- GUSTAFSSON, G.; ERIKSSON, S.; STRANDBERG, G.; NORBERG, A. Burnout and perception of conscience among health care personnel: a pilot study. **Nursing Ethics**, v.17, n.1, p.23-38, 2010.
- GUTIERREZ, K.M. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 24, n. 5, p. 229-241, 2005.
- HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- HAMRIC, A.B.; BLACKHALL, L.J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical climate. **Critical Care Medicine**, v.35, n.2, p.422-429, 2007.
- HAMRIC, A.B.; DAVIS, W.S.; CHILDRESS, M.D. Moral distress in health care professionals: What is it and what can we do about it? **The Pharos**, 2006.
- HARDINGHAM, L.B. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**, v.5, n.1, p.127-134, 2004.
- HILL, M.M.; HILL, A. Investigação por questionário. Lisboa: Editora Sílado, 2002.
- HOCHWÄLDER, J. A longitudinal study of the relationship between empowerment and burnout among registered and assistant nurses. **Work**, v.30, p.343-352, 2008.

ÍLHAN, M.N.; DURUKAN, E.; TANER, E.; MARAL, I.; BUMIN, M.A. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. **Journal of Advanced Nursing**, v.61, n.1, p. 100-106, 2008.

JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The ethical issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.

JUTHBERG, C.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A.; SUNDIN, K. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n.14, p. 1897-1906, 2008

KAIN, V.J. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 13, n. 5, p. 243-248, 2007.

KELLY, B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. **Journal of Advanced Nursing**. v.28, n.1, p.1134-1145. 1998.

KENNEDY, BR. Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. **Journal of Nursing Scholarship**, v.37, n.04, p.381-382, 2005.

KLLCOYNE, M.; DOWLING, M. Working in a overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v.25, n. 2, p. 21-27, 2008.

LANG, K.R. The Professional ills of moral distress and nurse retention: Is ethics education an antidote? **The American Journal of Bioethics**, v.8, n.4, p.19-21, 2008.

LEI, W.; HEE, K.Y.; DONG, W. A review of research and strategies for burnout among Chinese nurses. **British Journal of Nursing**, v19, n13, p.844-850, 2010.

LEITE, A.I.T.; CLAUDINO, H.G.; SANTOS, S.R. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.1, p.172-177, 2009.

LIASCHENKO, J. **Faithful to the good: Morality and philosophy nursing practice**. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

LUNARDI, V.L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1997. 279p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

LUNARDI, VL. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Florianópolis: Editoras Universitárias UFSC/UFPel, 1999.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; SILVEIRA, R.S.; SOARES, N.V.; LIPINSKI, J.M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p. 933-939, 2004.

LÜTZÉN, K.; BLOM, T.; EWALDS-KVIST, B.; WINCH, S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. **Nursing Ethics**, v.17, n.2, p.213-224, 2010.

LÜTZÉN, K.; CRONQVIST, A.; MAGNUSSON, A.; ANDERSSON, L. Moral stress: synthesis of a concept. **Nursing Ethics**, v.10, n.3, p.312-322, 2003.

LÜTZÉN, K.; DAHLQVIST, V.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. **Nursing Ethics**, v13, p.187-96, 2006.

MACHADO, R. **Por uma genealogia do poder**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26.ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.

MAIA, A.C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, v.7, n.1-2, p.83-103, 1995.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALLMANN, C.S.; PALAZZO, L.S.; CARLOTTO, M.S.; AERTS, D.R.G.C. Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. **Psicologia: teoria e prática**, v.11, n.2, p.69-82, 2009.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, v.9, p.16-22, 1976.

MASLACH, C. The client role in staff burnout. **Journal of Social Issues**, v.34, p.11-24, 1978.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, New Jersey, v.2, p.99-113, 1981.

MASLACH, C. Understanding burnout: Work and family issues. In: HALPERN, D.F.; MURPHY, S.E. (Eds). **From work-family balance to work-family interation: Changing the metaphor**. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2005.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. *Maslach Burnout Inventory (3rd ed)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. *Maslach Burnout Inventory – Third Edition*. In: ZALAQUETT, C.P.; WOOD, R.J. (Eds). **Evaluating stress: A book of resources**. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md & London, 1997.

MASLACH, C; LEITER, MP. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa**. Campinas: Papyrus, 1999.

MAYER, V.M. **Síndrome de Burnout e qualidade de vida profissional em policiais militares de Campo Grande-MS**. Dissertação. Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2006.

McCARTHY, J.; DEADY, R. Moral distress reconsidered. **Nursing Ethics**, v.15, n.2, p. 254-262, 2008.

MELTZER, L.S.; HUCKABAY, L.M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. **Am J Crit Care**, v.13, p.202-208, 2004.

MITTON, C.; PEACOCK, S.; STORCH, J.; SMITH, N.; CORNELISSEN, E. Moral distress among health system managers: exploratory research in two British Columbia Health Authorities. **Health Care Anal**, 2010.

MONTEIRO, M.A.A.; BARBOSA, R.C.M.; BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, A.K.B. Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem** [periódico na internet] 2008 [citado 2012 jan 15]; v.16, n.6: [cerca de 7 páginas] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_19.pdfhttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_19.pdf

MORENO, F.N.; GIL, G.P.; HADDAD, M.C.L.; VANNUCHI, M.T.O. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.19, n.1, p.140-145, 2011.

MUROFUSE, NT; ABRANCHES, SS; NAPOLEÃO, AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 255-261, 2005.

NATHANIEL, A; Moral Distress Among Nurses. **The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates**, v.1, n.3, p.3-8, 2002.

NATHANIEL, A. Moral Reckoning in nursing. **Western Journal of Nursing Research**, v.28, n.4, p.419-438, 2006.

NORO, N.T.T. **Síndrome de burnout entre trabalhadores de um hospital geral**. Porto Alegre, 2004. 76p. Dissertação (Mestrado em Ergonomia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

OGUISSO, T.; SHIMIDT, M.J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PALFI, I.; NEMETH, K.; KERKES, Z.; KALLAI, J.; BETLEHEM, J. The role of burnout among Hungarian nurses. **International Journal of Nursing Practice**, v.14, p.19-25, 2008.

PAULY, B.; VARCOE, C.; STORCH, J.; NEWTON, L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. **Nursing Ethics**, v.16, n.5, p.561-573, 2009.

PENDRY, P.S. Moral distress: recognizing it to retain nurses. **Nursing Economics**, v.25, n.4, p.217-221, 2007.

PENTICUFF, J.H.; WALDEN, M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. **Nursing Research**, v.49, p. 67-72, 2000.

PETER, E.; LIASCHENKO, J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. **Nursing Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 218-225, 2004.

PIJL-ZIEBER, E, et al. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care? **Quality in aging**, v. 9, n. 2, p. 39-48, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre, RS. 6ª edição, editora Artmed, 2011.

- POLL, M.A. **Atendimento em unidade de emergência: organização e ética**. 2007. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2007.
- RASSIN, M. Nurses' professional and personal values. **Nursing Ethics**, v15, n5, p.614-630, 2008.
- REIS, E.J.F.B. *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1.480-1.490, 2005.
- RICE, E.M.; RADY, M.Y.; HAMRICK, A.; VERHEIJDE, J.L.; PENDERGAST, D.K. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses an adult acute tertiary care hospital. **Journal of Nursing Management**, v.16, p. 360-373, 2008.
- RITTENMEYER, L.; HUFFMAN, D. How Professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. **JBI Library of Systematic Reviews**, v.7, n.28, p. 1233-1290, 2009.
- RODRIGUES, C.D.; CHAVES, L.B.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em professores de educação pré-escolar. **Interação Psicologia**, v.14, n.2, p.197-204, 2010.
- ROSENSTOCK, K.I.V.; SOARES, M.J.G.O.; SANTOS, S.R.; FERREIRA, A.S.M. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.4, p.727-733, 2011.
- RUTENBERG, C.; OBERLE, K. Ethics in telehealth nursing practice. **Home Health Care Management e Practice**, v. 20, n. 4, p. 342-348, 2008.
- RUVIARO, M.F.S.; BARDAGI, M.P. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do Rio Grande do Sul. **Barbarói**, n.33, p.194-216, 2010.
- SAHRAIAN, A.; FAZELZADEH, A.; MENDIZADEH, A.R.; SAHRAEIN, A.; TOOBAAE, S.H. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. **International Nursing Review**, v.55, p.62-67, 2008.
- SANTINI, J. Síndrome do Esgotamento profissional: revisão bibliográfica. **Movimento**, v. 10, n. 1, p. 183-209, 2004.
- SANTOS, A.A.; SOBRINHO, C.L.N. Revisão sistemática da prevalência da síndrome de burnout em professores do ensino fundamental e médio. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.299-319, 2011.
- SAMPIERI, R.H. **Metodología de la investigación**. McGraw-Hill Interamericana de México, 1991.
- SCHLUTER, J.; WINCH, S.; HOLZHAUSER, K.; HENDERSON, A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. **Nursing Ethics**, v.15, n.3, p. 304-321, 2008.
- SEGANTIN, B.G.O.; MAIA, E.M.F.L. **Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde**. Monografia (Conclusão de Curso de Especialização em

Saúde da Família). Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Londrina. 2007.

SEGRE, M.; COHEN, C. (org). **Bioética**. São Paulo: Edusp. 2002.

SHIREY, M.R. Stress and burnout in nursing faculty. **Nurse Education**, v.31. n.3, p.95-97, 2006.

SILÉN, M.; TANG, P.F.; WADENSTEN, B.; AHLSTRÖM, G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. **Journal of Neuroscience Nursing**, v.40, n.4, p. 222-231, 2008.

SILVA, FRR. Burnout : Um desafio à saúde do trabalhador. **Artigos burnout** , v. 2, n 1, jun./2000. Disponível em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>.

SILVA, L.C.F.; LIMA, P.B.; CAIXETA, R.P. Síndrome de burnout em profissionais do corpo de bombeiros. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.18, n.1, p. 91-100, 2010.

SILVEIRA, N.M. et al. Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.27, n. 2, p.159-163, 2005.

SILVEIRA, R. S. **A Expressão do Caminhar Construído junto à Equipe de Enfermagem de uma Unidade Cirúrgica sobre o Cotidiano do Trabalho, com Vistas a uma Consciência Crítica**. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

SILVEIRA, R.S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. Florianópolis: UFSC, 2006. 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SPORRONG, S.K.; HÖGLUND, A.T.; ARNETZ, B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 4, p. 416-427, 2006.

SOUSA, I.F.; MENDONÇA, H. Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.4, p.499-508, 2009.

SOUZA, R.S.; TRIGUEIRO, R.P.C.; ALMEIDA, T.N.V.; OLIVEIRA, J.A. A pós-graduação e a síndrome de burnout: estudo com alunos de mestrado em administração. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v.4, n.3, p. 12-21, 2010.

STORCH, J.L.; RODNEY, P.; PAULY, B.; BROWN, H.; STARZOMSKI, R. Listening to nurses' moral voices: building a quality health care environment. **CJNL**, v.15, n. 4, p. 7-16, 2002.

SULZBACHER, M; LUNARDI, VL; LUNARDI FILHO, WD. Implicações morais do fazer da enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.25, n.02, p.102-108, 2006.

SUNDIN-HUARD, D; FAHY, K. Moral distress, advocacy and burnout : theorizing the relationships. **International Journal of Nursing Practice**, v.05, p. 8-13, 1999.

SURANA, S.; SINGH, A.K.; SAXENA, S. The management of job burnout among call centre customer service agents in India: the role of social support. **International Journal of Management Development**, v.1, n.1, p.79-97, 2011.

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

TANG, P.F.; JOHANSSON, C.; WADENSTEN, B.; WENNEBERG, S. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. **Nursing Ethics**, v.14, n.6, p. 810-824, 2007.

ULRICH, C.M.; HAMRIC, A.B.; GRADY, C. Moral distress: a growing problem in the health professionals? **Hastings Center Report**, v.40, n.1, p.20-22, 2010.

VILAS BOAS, C.T. **Para ler Foucault**. 2.ed. Ouro Preto: Imprensa Universitária da UFOP, 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

WEISSMAN, D.Z. Moral distress in palliative care. **Journal of Palliative Medicine**, v.12, n.10, p.865-866, 2009.

WILKINSON, J.M.; Moral distress in nursing practice: experience and effects. **Nursing Forum**, v.23, n.1, pag.16-29, 1987.

ZUZELO, P.R. Exploring the moral distress of registered nurses. **Nursing Ethics**, v.14, p. 344-359, 2007.

39	De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam Sofrimento Moral?															
----	--------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO III – Instrumento desenvolvido por Barlem (2012) para enfermeiros.

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL
Enfermeiras(os)

Ano de conclusão da Graduação: _____ Instituição: _____
 Outros cursos realizados: () Não () Especialização () Mestrado () Doutorado
 () Outros. Quais: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Sim () Não () Não sei
 Educação Permanente na instituição: () Sim () Não () Não sei
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes
 Chefia receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes
 Equipe receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes

Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Sim () Não Telefone para contato: _____

SOFRIMENTO MORAL: define-se como uma sensação dolorosa e/ou desequilíbrio psicológico causados por uma situação em que:

- 1) **você acredita que sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e**
- 2) **você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, tais como falta de tempo, desinteresse da chefia, poder dos médicos, política da instituição ou limitações legais.**

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

- 1) **intensidade de sofrimento moral e**
- 2) **freqüência em que esta situação ocorre**

As seguintes situações ocorrem na prática clínica. Estas situações **podem** ou **não** causar sofrimento moral a você.

Por favor, indique para cada uma das situações a seguir, a INTENSIDADE e a FREQUÊNCIA com que você vivencia **SOFRIMENTO MORAL**. *Por favor, responda marcando a coluna apropriada para cada dimensão:*

Sofrimento Moral & Frequência

		Sofrimento Moral							Frequência							
		nenhum			Muito Intenso				nunca			Muito frequente				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	
01	Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.															
02	Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.															
03	Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente.															
04	Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.															
05	Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.															
06	Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.															
07	Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.															
08	Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência em um paciente.															
09	Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.															
10	Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.															
11	Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.															
12	Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.															
13	Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera "inseguro".															
14	Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.															
15	Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.															
16	Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.															

37	Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.																		
38	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.																		
39	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.																		

	Sofrimento Moral							Frequência						
							Muito							Muito
	nenhum						intenso	nunca						freqüente
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam sofrimento moral?														

ANEXO IV – Instrumento desenvolvido por Barlem (2012) para auxiliares e técnicos de enfermagem

**ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL
Técnicas(os) e Auxiliares de Enfermagem**

Categoria Profissional: () Técnica(o) de Enf. () Auxiliar de Enf.
 Ano de conclusão de Curso: _____ Nome do Curso _____
 Outros Cursos realizados: () Não () Pós- Técnico () Graduação () Pós-Graduação
 () Outros. Quais/Carga horária: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Sim () Não () Não sei
 Educação Permanente na instituição: () Sim () Não () Não sei
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes
 Chefia receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes
 Equipe receptiva ao diálogo: () Sim () Não () Às vezes
 Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Sim () Não Telefone para contato: _____

SOFRIMENTO MORAL: define-se como uma sensação dolorosa e/ou desequilíbrio psicológico causados por uma situação em que:

- 2) **você acredita que sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e**
- 2) **você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, tais como falta de tempo, desinteresse da chefia, poder dos médicos, política da instituição ou limitações legais.**

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

- 2) **intensidade de sofrimento moral e**
- 2) **frequência em que esta situação ocorre**

As seguintes situações ocorrem na prática clínica. Estas situações **podem** ou **não** causar sofrimento moral a você.

37	Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.																		
38	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.																		
39	Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.																		

	Sofrimento Moral							Frequência						
	nenhum			Muito intenso				nunca			Muito freqüente			
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam sofrimento moral?														

ANEXO V – Questões originais do *Maslach Burnout Inventory***MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) – QUESTÕES ORIGINAIS**

Factor
Emotional Exhaustion
<p>I feel emotionally drained from my work I feel used up at the end of the workday I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job Working with people all day is really a strain for me I feel burned out from my work I feel frustrated by my job I feel I'm working too hard on my job Working with people directly puts too much stress on me I feel like I'm at the end of my rope</p>
Personal Accomplishment
<p>I can easily understand how my recipients feel about things I deal very effectively with the problems of my recipients I feel I'm positively influencing other people's lives through my work I feel very energetic I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients I feel exhilarated after working closely with my recipients I have accomplished many worthwhile things in this job In my work, I deal with emotional problems very calmly</p>
Despersonalization
<p>I feel I treat some recipients as if they were impersonal 'objects' I've become more callous toward people since I took this job I worry that this job is hardening me emotionally I don't really care what happens to some recipients I feel recipients blame me for some of their problems</p>
Optional items (fourth factor) – Involvement
<p>I feel similar to my recipients in many ways I feel personally involved with my recipients' problems I feel uncomfortable about the way I have treated some recipients</p>

ANEXO VI – *Maslach Burnout Inventory* validado para uso no Brasil.

ESCALA DE *BURNOUT*

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A seguir, apresenta-se uma escala com quesitos para avaliar o *Burnout* em trabalhadores.

Para responder as questões abaixo, lembre-se:

- Quanto maior o número que você escolher, maior a intensidade, frequência ou concordância com a afirmação, sendo 6 a máxima;
- Quanto menor o número que você escolher, menor a intensidade, frequência ou concordância com a afirmação, sendo 0 a negação total.

Ou seja, caso nunca tenha experimentado tal sentimento, responda “0” (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme descrição abaixo:

0	Nunca
1	Uma vez ao ano ou menos
2	Uma vez ao mês ou menos
3	Algumas vezes por mês
4	Uma vez por semana
5	Algumas vezes por semana
6	Todos os dias

ESCALA DE BURNOUT

		0	1	2	3	4	5	6
1	Eu me sinto cheio de energia.							
2	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho							
3	Eu sinto que os clientes/pacientes me culpam por algum dos seus problemas.							
4	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.							
5	Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.							
6	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.							
7	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.							
8	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.							
9	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito esgotado.							
10	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.							
11	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.							
12	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
13	Eu sinto que trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos.							
14	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.							
15	Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.							
16	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho.							
17	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.							
18	Eu posso entender facilmente o que sente minha							

	clientela acerca das coisas.							
19	Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.							
20	Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.							
21	Eu não me importo realmente com alguns dos meus clientes.							
22	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.							

ANEXO VIII - Parecer Comitê de Ética

**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 40 / 2011

PROCESSO Nº 23116.004118/2010-95

CEPAS 27/2010

TÍTULO DO PROJETO: **“Sofrimento moral no trabalho: percepção da equipe de enfermagem.” (emenda)**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Valéria Lerch Lunardi

Orientando: Edison Luis Devos Barlem

RELATÓRIO:

O Comitê, reunido em 28/04/2011, analisou a emenda ao projeto CEPAS 27/2010, aprovado através do Parecer nº 70/2010. A emenda, consta de:

- ampliação da coleta, prevista inicialmente apenas no Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr, para as seguintes instituições: Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande e Hospital Universitário São Francisco de Paula (município de Pelotas);

- inserção de um objetivo específico (“Analisar as estratégias de resistência adotadas pelos trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do sofrimento moral e *Burnout*, numa perspectiva ética”) e a decorrente ampliação da proposta metodológica com a proposição de uma etapa qualitativa para assegurar o seu alcance.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando estarem as modificações perfeitamente justificadas, **APROVA a emenda ao projeto “Sofrimento moral no trabalho: percepção da equipe de enfermagem”.**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: **julho/2011**

Rio Grande, RS, 02/05/2011.

Eli Sinnott Silva
Profª.MSc. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APENDICES:

APENDICE A – Ofício de solicitação encaminhado as instituições

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Prezados Senhores,

Como discente do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, orientada pela Profª Drª Valéria Lerch Lunardi, venho por meio deste, solicitar a vossa autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT*: RELAÇÕES NAS VIVÊNCIAS COTIDIANAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM”** junto aos trabalhadores de enfermagem de sua instituição.

A pesquisa tem caráter quantitativo e tenho como objetivo geral da pesquisa: *identificar relações entre sofrimento moral e burnout nas vivências de profissionais de enfermagem.*

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,
Grazielle de Lima Dalmolin
Valéria Lerch Lunardi

Ciente. De acordo.

Data:

Responsável pela instituição: _____

Chefia de Enfermagem: _____

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Trabalhador(a) de Enfermagem:

Nossos nomes são Edison Luiz Devos Barlem e Grazielle de Lima Dalmolin, somos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e discentes do Curso de Doutorado de Enfermagem. Pretendemos iniciar juntamente a nossa orientadora, Valéria Lerch Lunardi, uma pesquisa intitulada “SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”, objetivando Analisar a percepção da equipe de enfermagem frente ao Sofrimento Moral vivenciado no exercício da profissão, relacionando a sua frequência e intensidade à Síndrome de *Burnout*.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial. Em nenhum momento esta pesquisa irá exercer influência em seu local de trabalho, uma vez que os dados serão de uso restrito dos pesquisadores.

Em nenhuma situação você será submetido (a) a situações constrangedoras ou será exposto (a) desnecessariamente. Na apresentação dos resultados será mantido o seu anonimato. Ressaltamos ainda, que estamos e estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo.

Com essa pesquisa acreditamos poder contribuir para a melhoria da enfermagem como profissão, enfocando o cuidado integral e humanizado do profissional e do cliente.

Você concorda em participar desse estudo e responder ao questionário?

Declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa cujo título é “SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”, executada pelos doutorandos Edison Luiz Devos Barlem e Grazielle de Lima Dalmolin, e por sua orientadora Valéria Lerch Lunardi.

Assinatura

Data/...../.....

Contatos

Valéria Lerch Lunardi
e-mail: vlunardi@terra.com.br
Fone: (53)91388647/ 32338855

Graziele de Lima Dalmolin
email: grazieledalmolin@yahoo.com.br
Fone: (55)99578518

Edison Luiz Devos Barlem
e-mail: ebarlem@gmail.com
Fone: (53)84050919/ 32338855