

Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?¹

Graziele de Lima Dalmolin¹
Valéria Lerch Lunardi³
Guilherme Lerch Lunardi⁴
Edison Luiz Devos Barlem⁵
Rosemary Silva da Silveira⁵

Objetivo: identificar relações entre sofrimento moral e síndrome de Burnout nas percepções das vivências de trabalhadores de enfermagem no seu desempenho profissional. Métodos: 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, procedeu-se à análise bivariada com utilização da correlação de Pearson, e análise multivariada, através de regressão múltipla. Resultados: verificou-se a existência de uma correlação baixa entre o sofrimento moral e a síndrome de Burnout. Identificou-se possível correlação positiva entre a obstinação terapêutica e a síndrome de Burnout, e uma correlação negativa entre realização profissional e sofrimento moral. Conclusão: 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.

¹ Artigo extraído da Tese de Doutorado "Sofrimento moral e síndrome de Burnout: relações nas vivências profissionais de trabalhadores de enfermagem", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº475366/2008-5.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Graziele de Lima Dalmolin
Universidade Federal de Santa Maria
Departamento de Enfermagem
Av. Roraima, 1000, Prédio 26A, Sala 1305B
Camobi
CEP: 97105-900 Santa Maria, RS, Brasil
Email: grazi.dalmolin@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Ênfase maior tem sido dirigida, atualmente, às experiências dos trabalhadores da saúde e enfermagem no que se refere a questões e conflitos éticos. Essas situações envolvem divergências entre um ou mais valores, com incertezas sobre os cursos de ação corretos a serem seguidos, demandando tomadas de decisões e enfrentamentos por parte dos trabalhadores, podendo ser identificadas como problemas éticos⁽¹⁾.

Foram identificadas, inicialmente, três categorias de problemas éticos que afetam as enfermeiras: o sofrimento moral, a incerteza moral e os dilemas morais. Em situações de sofrimento moral, o trabalhador reconhece a ação eticamente apropriada, mas se sente impedido de agir conforme sua consciência, por medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, podendo ter seus valores e identidades de agentes morais comprometidos. A incerteza moral ocorre quando o profissional não conhece o curso de ação eticamente correto, mas sente uma incômoda incerteza, uma sensação de que alguma coisa não está bem. 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 as 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⁽²⁾. Sob esse prisma, a discussão dessas questões torna-se relevante, pois, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cepe), é responsabilidade e dever do trabalhador de enfermagem assegurar assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, em nível individual ou coletivo, pois a enfermagem estrutura-se sob um conjunto próprio de conhecimentos técnico-científicos, envolvendo o comprometimento com a saúde e qualidade de vida de indivíduos, famílias e coletividade, em consonância com os preceitos éticos e legais⁽³⁾.

As circunstâncias, associadas aos problemas morais e sofrimento moral, podem ser vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem no cotidiano de trabalho, como em situações de práticas profissionais questionáveis; obstinação terapêutica; desigualdade na distribuição de recursos⁽⁴⁻⁵⁾; 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⁽⁶⁾.

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 à síndrome de Burnout⁽⁷⁾. A síndrome de Burnout é um fenômeno complexo e multifacetado que afeta os aspectos do bem-estar dos trabalhadores da saúde e a qualidade do atendimento prestado⁽⁸⁾, sendo constituída pelas dimensões de exaustão emocional (ou exaustão, caracterizada como uma resposta individual ao estresse, como sensação de esgotamento), despersonalização (ou cinismo, referente à reação negativa com os outros e o trabalho) e diminuição da realização profissional (ou ineficácia profissional, entendida como uma avaliação negativa das próprias realizações no trabalho)⁽⁹⁾.

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 número insuficiente de trabalhadores na equipe de enfermagem, percepção da inadequação do tratamento médico e estilo agressivo de comunicação da equipe médica⁽¹⁰⁾.

Assim, apesar de os trabalhadores de enfermagem reconhecerem a necessidade de provocar questionamentos frente aos problemas morais, podem se mostrar 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 síndrome de Burnout nas percepções das vivências de trabalhadores de enfermagem no seu desempenho profissional.

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, com 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 com 658 leitos em que atuam 417 trabalhadores de enfermagem, contratados através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já a H3 é um hospital-escola filantrópico e de utilidade pública,

com 291 leitos e um quadro com 482 trabalhadores de enfermagem, também contratados pelo regime da CLT.

Para 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 a síndrome de Burnout, 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⁽⁴⁾, 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-se 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 a validação e normatização para uso no Brasil, no Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade Nacional de Brasília (UnB)⁽¹⁴⁾. O questionário é composto por 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 das H1, H2 e H3. Como o total de trabalhadores nessas instituições compreende o total de 1.213 indivíduos, utilizou-se uma fórmula de seleção do tamanho amostral⁽¹⁵⁾, 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, constituindo-se uma amostra não probabilística por conveniência. Os questionários foram autoadministrados, 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 (TCLE), em que o participante poderia responder aos instrumentos no local de sua escolha. 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.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2010 a julho de 2011. Foram entregues 500 questionários aos trabalhadores de enfermagem, retornando 387 instrumentos. Salienta-se que esse número teria sido alterado se outros trabalhadores de enfermagem que, no momento da coleta, não foram encontrados tivessem se manifestado ou procurado os pesquisadores posteriormente para participar do estudo. Adotaram-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 ficou 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 duas variáveis, (nesse caso o sofrimento moral e a síndrome de Burnout), mensurando a possibilidade de que a variação em uma delas possa estar associada à variação na outra⁽¹⁶⁾. 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⁽¹⁶⁾.

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. Esse tipo de análise pode descrever e prever as relações entre duas ou mais variáveis métricas – possibilitando verificar a influência de diferentes aspectos do sofrimento moral na síndrome de Burnout e dos aspectos de Burnout no sofrimento moral⁽¹⁶⁾. Foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0.

Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo o estudo submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer favorável (Parecer nº70/2010).

Resultados

Em relação às características da amostra estudada (n=375), verificaram-se que 31 sujeitos eram auxiliares de enfermagem, 268 eram técnicos de enfermagem e 76 eram enfermeiros. Os sujeitos possuíam, em média, 34 anos; porém, a variação da idade foi de 19 a 64 anos. Do total de sujeitos, 325 (86,7%) são do sexo feminino, 44 (11,7%) são do sexo masculino e seis sujeitos (1,6%) não responderam essa questão. Quanto ao local de atuação, 70 (18,7%) trabalhadores atuam na H1, 197 (52,5%) atuam na H2 e 108 (28,8%) na H3. Os trabalhadores possuíam 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. Como critérios de retirada dos itens, adotou-se, primeiramente, a realização do processo de exclusão gradual de cada uma daquelas questões que apresentavam correlações baixas em seus blocos (baixa carga fatorial, inferior a 0,40); depois aquelas que apresentavam carga fatorial elevada em mais de um fator (superior a 0,40), e, por fim, aquelas que não apresentavam coerência conceitual com os constructos formados, excluindo-se, então, o total de 19 questões. Assim, as 20 questões validadas 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 de Burnout permitiu agrupar, das 22 questões propostas, 17 delas, de acordo com as três dimensões da síndrome de Burnout: *exaustão emocional, realização profissional e despersonalização*, sendo cinco excluídas por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,40), não apresentarem coerência conceitual com o grupo ou por formar blocos isolados.

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 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 os coeficientes de cada uma das quatro dimensões situaram-se entre 0,78 e 0,96. Já o instrumento de 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, buscou-se conhecer a associação entre as variáveis de sofrimento moral e da síndrome de Burnout, bem como identificar a possibilidade de que a variação em uma delas possa estar associada à variação na outra. Dessa forma, observou-se que o relacionamento entre sofrimento moral e Burnout é significativo (no nível de 5%) e positivo, porém leve, quase imperceptível⁽¹⁶⁾, conforme sintetiza a Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados da correlação de Pearson. Rio Grande, RS, Brasil, 2012

		Burnout	Sofrimento moral
Burnout	Correlação de Pearson	1	0,102*
	p		0,049
	N	375	374
Sofrimento moral	Correlação de Pearson	0,102*	
	p	0,049	
	N	374	374

Correlação significativa no nível de 5%

Assim, identificada a presença de correlação entre sofrimento moral e síndrome de Burnout, passou-se à análise de regressão múltipla, buscando-se identificar quais os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de Burnout, considerando-se as diferentes dimensões do sofrimento moral. A regressão múltipla também foi utilizada para verificar o inverso, ou seja, buscar determinar quais os fatores que contribuem para o sofrimento moral, considerando-se o Burnout. A representação das duas análises de regressão pode ser visualizada na Figura 1.

Dessa forma, realizaram-se duas análises de regressão, a primeira considerando 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 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.

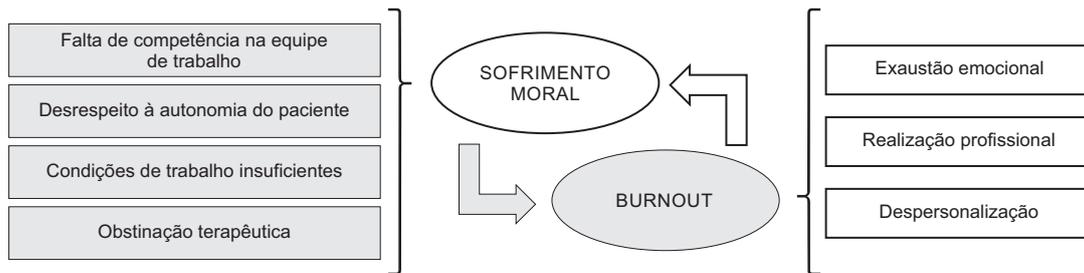


Figura 1 - Representação de fatores de sofrimento moral que podem contribuir para o desenvolvimento da síndrome de Burnout e de fatores de Burnout que podem contribuir para o desenvolvimento do sofrimento moral

Tabela 2 - Análise de regressão entre as dimensões do sofrimento moral sobre a síndrome de Burnout. Rio Grande, RS, Brasil, 2012

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

Em vista da Tabela 2, é possível observar que nenhuma das dimensões associadas ao sofrimento moral contribui significativamente para o desenvolvimento da síndrome de Burnout, estando apenas a obstinação terapêutica com valor próximo ao limite de 5%. Nesse caso, parece haver uma aproximação no que se refere à obstinação terapêutica, influenciando o desenvolvimento do Burnout, isto é, os trabalhadores de enfermagem que vivenciam situações de maior obstinação terapêutica parecem mais propensos ao desenvolvimento da síndrome de Burnout.

Na segunda análise de regressão, avaliando-se os efeitos das três dimensões de Burnout sobre a ocorrência de sofrimento moral, conforme estabelecido na Figura 2, 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-se as variáveis independentes e a dependente utilizada. Nesse caso, percebe-se que tanto Burnout quanto sofrimento moral não podem ser explicados um pelo outro, existindo, possivelmente, outras variáveis, mediadoras ou moderadoras, que explicam essa relação, porém, que não foram testadas nesse modelo. Os resultados dessa análise de regressão podem ser visualizados na Tabela 3.

Ao observar-se a Tabela 3, percebe-se que, apesar de o modelo apresentar baixo nível de explicação, uma

das dimensões da síndrome de 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.

Tabela 3 - Análise de regressão entre as dimensões de Burnout sobre o sofrimento moral. Rio Grande, RS, Brasil, 2012

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

*Valor estatisticamente significativo no nível de 5%

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 da síndrome de Burnout, visto se tratar de uma relação muito próxima do nível de significância de 5%; porém, necessitaria de outros estudos, em diferentes amostras, para sua confirmação ou rejeição.

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⁽⁵⁾.

O sofrimento moral decorrente da obstinação terapêutica, que parece ter influência sobre o desenvolvimento de 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 à síndrome de 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^(10,17).

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⁽¹⁷⁾.

A esses tipos de vivências dos trabalhadores de enfermagem, como tomadas de decisões clínicas e questões organizacionais, somam-se sentimentos de não valorização e não reconhecimento do seu trabalho, acrescidos da falta de autonomia e inabilidade para prover cuidado com qualidade aos pacientes, fundamentalmente pela dificuldade de terem suas falas, saberes e papéis de advogados do paciente reconhecidos e aceitos⁽¹⁸⁾.

De certa forma, parece que os trabalhadores de enfermagem apresentam dificuldades para 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 os seus próprios valores e conhecimentos, o que pode estar também associado ao desenvolvimento da síndrome de 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 lhes dizem respeito⁽¹⁹⁾.

O poder pastoral é exercido sobre os corpos e populações, através de técnicas como a direção de consciência e a obediência, conduzindo os indivíduos à 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 suas 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⁽²⁰⁾. Atuando em consonância com o 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, à medida que aumenta sua utilidade econômica reduz sua capacidade política e a capacidade de revolta, resistência, luta e contrapoder⁽²¹⁾.

Assim, a obstinação terapêutica associada ao sofrimento moral e ao Burnout, na enfermagem, parece relacionar-se principalmente às dificuldades de seus trabalhadores manifestarem suas opiniões e atuarem mais ativamente nos processos de decisão em parceria com a equipe multiprofissional, o que parece estar associado à construção moral desses trabalhadores, com valorização da obediência e, em contraposição, à 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 se sentir 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, em razão de

constrangimentos institucionais, expectativas familiares e opiniões médicas⁽²²⁾.

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 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 observar que, entre os resultados apresentados, há 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, isto é, sente-se realizado em relação a suas expectativas no trabalho, a suas necessidades e 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 a síndrome de 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 a síndrome de 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 de 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 diminuição da percepção de sofrimento moral.

Esses achados, juntamente com a análise das questões dos instrumentos, remetem à necessidade de os 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, sendo sugerido que essas sejam buscadas e testadas em outros estudos, bem como sejam utilizadas diferentes amostras, como, por exemplo, as aleatórias.

Referências

1. Canadian Nurses Association. Code of ethics for registered nurses. Ottawa, Canada: Centennial Ed; 2008.
2. Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 311/2007 – Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro 8 fev 2007.
4. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaszewski JG. Vivência de sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):681-8.

5. Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(3):308-13.
6. Silén M, Tang PF, Wadensten B, Ahlström G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *J Neurosci Nurs*. 2008;40(4):222-31.
7. Rodney P, Starzomski R. Constraints on the moral agency of nurses. *Can Nurse*. 1993;89(9):23-6.
8. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs* 2008;62:84-95.
9. Maslach C. Understanding burnout: Work and family issues. In: Halpern DF, Murphy SE. (Eds). *From work-family balance to work-family interaction: Changing the metaphor*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2005.
10. Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract*. 1999;5: 8-13.
11. Foucault M. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. São Paulo: Graal; 1984.
12. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-6.
13. Barlem ELD. *Sufrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana [tese de doutorado]*. Rio Grande (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande; 2012. 191 p.
14. Tamayo MR. *Validação do Inventário de Burnout de Maslach (Resumo)*. In: Sociedade Brasileira de Psicologia. 26 Reunião Annual de Psicologia, 23 out - 27 out 1996; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: SBP; 1996. p. 153.
15. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílado; 2002.
16. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
17. 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.
18. 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):200-8.
19. Foucault M. *História da sexualidade I. A vontade de saber*. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
20. Foucault M. *Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.
21. Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 36 ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
22. Tang PF, Johansson C, Wadensten B, Wenneberg S. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *Nurs Ethics*. 2007;14(6):810-24.

Recebido: 7.1.2013

Aceito: 30.9.2013