



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 11, pp. 51618-51623, November, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23230.11.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS DO TRABALHO, SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Antunez Villagran¹; Camila Milene Soares Bernardi¹; Taís Carpes Lanes²
and Grazielle de Lima Dalmolin³

¹Enfermeira. Aluna do curso de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil; ²Enfermeira. Mestre. Aluna do curso de doutorado. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil; ³Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 28th August, 2021
Received in revised form
10th September, 2021
Accepted 06th October, 2021
Published online 23rd November, 2021

Key Words:

Sofrimento Moral; Burnout;
Saúde do trabalhador; Enfermagem.

*Corresponding author:
DOUMBOUYA Mohamed

ABSTRACT

Objetivo: identificar os aspectos do ambiente de trabalho que se relacionam ao Sofrimento Moral e Síndrome de Burnout em enfermeiros. **Material e método:** revisão integrativa, realizada nas bases de dados Public MEDLINE, SciVerse Scopus e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, em junho de 2020, sem recorte temporal. **Resultados:** Analisou-se 31 artigos, sendo que 24 estudos abordaram o sofrimento moral, e sete trataram a Síndrome de Burnout. A partir da síntese dos estudos, elencou-se três grupos: Ambiente eticamente frágil para atuação do enfermeiro; Dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho do enfermeiro; e Aspectos organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro. **Conclusão:** Os aspectos do ambiente de trabalho relacionados ao Sofrimento Moral e Síndrome de Burnout envolvem três grupos, nos quais, são elencadas as evidências de obstinação terapêutica, desrespeito aos direitos do paciente, constrangimento moral, incompetência da equipe, comunicação inadequada, sobrecarga laboral, (in)satisfação e intenção de abandono do trabalho.

Copyright © 2021, Camila Antunez Villagran et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Camila Antunez Villagran; Camila Milene Soares Bernardi; Taís Carpes Lanes and Grazielle de Lima Dalmolin. "Relação entre aspectos do trabalho, sofrimento moral e síndrome de burnout em enfermeiros: revisão integrativa", *International Journal of Development Research*, 11, (11), 51618-51623.

INTRODUCTION

O cotidiano dos serviços de saúde possui situações que causam estresse e conflitos emocionais, aos profissionais envolvidos na assistência. Dentre essas situações, a alta demanda de trabalho coloca os profissionais em contato intenso com os pacientes, propiciando momentos de tensões e de dificuldades. Nesse contexto, a enfermagem, depara-se com uma variedade de problemas, tanto relacionados aos pacientes quanto à tomada de decisões e gerenciamento do trabalho (DRAGO *et al.*, 2020). A enfermagem é uma profissão regida por ideais e normas éticas, as quais são inerentes à sua prática. Quando a enfermagem vivencia a desvalorização dessas perspectivas, e o ambiente não contribui para resolutividade das necessidades dos pacientes, os enfermeiros tendem a experimentar o sofrimento moral (SM) (RAMOS *et al.*, 2017). O SM ocorre nas situações em que o enfermeiro se sente impedido de agir conforme o que considera eticamente correto, ou seja, ele sabe o que é correto a fazer, mas se reconhece impossibilitado de empreender nessa ação, havendo incoerência entre suas ações e convicções (JAMETON, 1984).

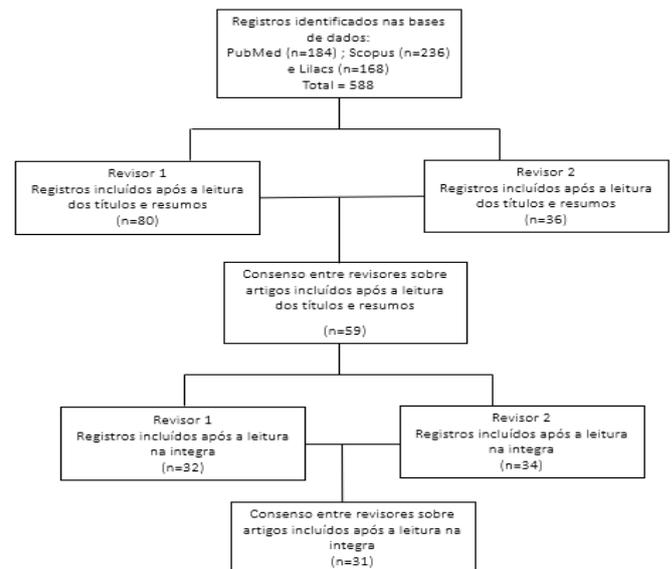
A vivência do SM no cotidiano de trabalho pode gerar implicações à saúde dos enfermeiros, como adoecimento físico e emocional, dentre os quais está a Síndrome de Burnout (SB). A SB caracteriza-se pela exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, podendo ser conhecida como uma síndrome psicológica. Esta síndrome surge em resposta a estressores interpessoais persistentes do trabalho, que acomete as pessoas que exercem, principalmente, alguma atividade que necessite de uma relação direta com outros indivíduos (MASLACH; JACKSON, 1981). Estudos têm apontado o SM e a SB como fatores relacionados ao baixo desempenho profissional da enfermagem (OHNISHI *et al.*, 2010; DALMOLIN *et al.*, 2014a; FUMIS *et al.*, 2017), bem como a obstinação terapêutica (DALMOLIN *et al.*, 2014a). Os profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), também apresentam altos níveis de SM e SB associados à obstinação terapêutica e à prestação de cuidados fúteis (FUMIS *et al.*, 2017). Ainda, internacionalmente, evidenciou-se correlação significativa entre SM e SB mediante a sobrecarga de trabalho, devido ao número inadequado de pessoal de enfermagem (OHNISHI *et al.*, 2010).

Diante do exposto, parece que o SM e SB apresentam características e manifestações semelhantes, podendo estar relacionados no trabalho da enfermagem, assim faz-se necessário maior compreensão acerca dos aspectos do ambiente de trabalho que contribuem para sua ocorrência. Apresenta-se como questão norteadora: “Quais são os aspectos do ambiente de trabalho que possuem relação com o Sofrimento moral e Síndrome de Burnout em enfermeiros?” E como **objetivo** identificar os aspectos do ambiente de trabalho que se relacionam ao Sofrimento moral e Síndrome de Burnout em enfermeiros.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa desenvolvida em seis etapas: 1) identificação do tema e formulação da pergunta de revisão; 2) amostragem envolvendo a definição dos critérios de inclusão e exclusão, escolha dos descritores, busca nas bases de dados e seleção dos estudos; 3) extração dos dados; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos; 5) análise e síntese dos resultados; e, por fim, 6) síntese do conhecimento (LACERDA; COSTENARO, 2016). Inicialmente, delimitou-se a partir da estratégia PECO a seguinte pergunta de revisão: “Quais são os aspectos do ambiente de trabalho que possuem relação com o Sofrimento Moral e Síndrome de Burnout em enfermeiros?”. Sendo a população (P): enfermeiros; exposição (E): os aspectos relacionados; contexto (C): ambiente de trabalho; e desfecho (O): o Sofrimento Moral e/ou Síndrome de Burnout. A busca bibliográfica, ocorreu durante o mês de julho de 2020, por meio do acesso nas bases de dados Public MEDLINE (PubMed), SciVerse Scopus (SCOPUS) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para estas buscas, utilizaram-se descritores controlados (Medical Subject Headings (MeSH)) e não controlados (Keywords), juntamente com os operadores booleanos *AND* e *OR*. A fim de demonstrar estratégias de buscas, exemplifica-se com a estratégia utilizada na base de dados PubMed: "nurses"[MeSH Terms] OR "nurse"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nurses") OR "nursing" OR "nurse") AND (((("stress, psychological"[MeSH Terms] OR "stress, psychological") OR "moral distress scale") OR "moral distress scale revised") OR "moral distress")) AND (((("burnout, professional"[MeSH Terms] OR "burnout") OR "burn out")) AND (((("ethics, nursing"[MeSH Terms] OR "morale"[MeSH Terms] OR "ethics"[MeSH Terms] OR "occupational health"[MeSH Terms])). Definiram-se como critérios de inclusão os estudos primários, nos idiomas em português, espanhol ou inglês e que respondessem à questão de revisão. Excluíram-se estudos que não tivessem resumos disponíveis para primeira análise. Não se estabeleceu um recorte temporal e as produções repetidas nas bases de dados foram contabilizadas apenas uma vez.

A fim de minimizar possível viés de seleção dos estudos, a busca foi realizada por dois revisores de forma duplo-independente, os quais compararam entre si a seleção dos estudos, sendo que no caso de ocorrência de divergências entre os revisores, seria contatado um terceiro revisor. Assim, para a primeira seleção dos artigos, realizou-se uma leitura dos títulos e resumos (fase 1), com o preenchimento de uma tabela no programa Excel® a fim de selecionar os estudos que atendiam aos critérios. Após essa seleção, realizou-se uma reunião de consenso, e iniciou-se a leitura na íntegra (fase 2) dos artigos selecionados. E por fim, realizou-se outra reunião de consenso, na qual definiu a amostra final dos estudos primários. A partir das fases do levantamento bibliográfico, obteve-se o resultado de 588 produções, dentre as quais 31 artigos foram selecionados para análise, conforme a Figura 1.



Fonte: Autoria própria.

Figura 1. Fluxograma representativo da seleção das produções para compor a fase 2 de seleção dos estudos. Santa Maria, RS, 2021

Após a seleção dos estudos, e a fim de definir e organizar as informações, elaborou-se uma ficha de extração de dados para caracterizar os estudos, com as seguintes informações: ano de publicação, periódico científico, método do estudo e seus principais resultados. Para avaliação crítica dos artigos, utilizou-se um sistema de classificação com cinco níveis de força de evidência dos estudos, por meio da pirâmide direcionada ao significado e a pirâmide de prognóstico e etiologia, selecionadas conforme questão de pesquisa de cada artigo (LACERDA; COSTENARO, 2016). Em seguida, realizou-se análise e síntese dos resultados, com auxílio de um quadro sinóptico construído com base nas informações extraídas dos artigos. Por fim, apresentou-se os achados constituindo-se numa síntese do conhecimento sobre o tema.

RESULTADOS

Analisou-se 31 artigos, os quais foram publicados entre o período de 2007 a 2020, com um crescimento significativo de publicações na última década (n=26). Quanto ao idioma, um foi descrito na língua espanhola (GALLEGOS; TOIA, 2016), sete em português (BARLEM *et al.*, 2012; GALINDO *et al.*, 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013; DALMOLIN *et al.*, 2014b; HOLMES *et al.*, 2014; RAMOS *et al.*, 2017; DRAGO *et al.*, 2020) e os demais em inglês (MCCLENDON; BUCKNER, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; ZUZELO, 2007; RICE *et al.*, 2008; PAULY *et al.*, 2009; OHNISHI *et al.*, 2010; WLODARCZYK; LAZAREWICZ, 2011; PIERS *et al.*, 2012; FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013; WILSON *et al.*, 2013; SAUERLAND *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2014; ATABAY; CANGARLI; PENTEK, 2015; WHITEHEAD *et al.*, 2015; PAVLISH *et al.*, 2016; CHRISTODOULOU-FELLA *et al.*, 2017; LUSIGNANI *et al.*, 2017; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; BOSSHARDT *et al.*, 2018; MEHLIS *et al.*, 2018; MUNNANGI *et al.*, 2018; COLVILLE *et al.*, 2019; WOODS, 2020). Os estudos tiveram os seguintes países de origem: Chipre (CHRISTODOULOU-FELLA *et al.*, 2017), Peru (GALLEGOS; TOIA, 2016), Nova Zelândia (WOODS, 2020), Reino Unido (COLVILLE *et al.*, 2019), Alemanha (MEHLIS *et al.*, 2018), Itália (LUSIGNANI *et al.*, 2017), Turquia (ATABAY; CANGARLI; PENTEK, 2015), Portugal (TEIXEIRA *et al.*, 2014), Bélgica (PIERS *et al.*, 2012), Polónia (WLODARCZYK; LAZAREWICZ, 2011), Japão (OHNISHI *et al.*, 2010), Canadá

(PAULY *et al.*, 2009), Brasil (BARLEM *et al.*, 2012; GALINDO *et al.*, 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013; DALMOLIN *et al.*, 2014b; HOLMES *et al.*, 2014; RAMOS *et al.*, 2017; DRAGO *et al.*, 2020) e Estados Unidos (MCCLENDON; BUCKNER, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; ZUZELO, 2007; RICE *et al.*, 2008; FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013; WILSON *et al.*, 2013; SAUERLAND *et al.*, 2014; WHITEHEAD *et al.*, 2015; PAVLISH *et al.*, 2016; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; BOSSHARDT *et al.*, 2018; MUNNANGI *et al.*, 2018). No Quadro 1, a caracterização dos artigos é apresentada de acordo com a identificação, autor(es), ano, revista, delineamento do estudo e os níveis de evidências.

Quadro 1. Caracterização dos artigos quanto a identificação, autor (es), ano, delineamento e o nível de evidência. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021

*ID	Autor(es)	Ano	Delineamento	Pirâmides e níveis de evidências
A1	Woods, M.	2020	Estudo qualitativo	Pirâmide 3, direcionado ao significado - nível 2
A2	Colville, G. A.; et al.	2019	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A3	Drago, L. C.; et al.	2020	Estudo qualitativo	Pirâmide 3, direcionado ao significado - nível 2
A4	Altaker, K. W.; Howie-Esquivel, J.; Cataldo, J. K.	2018	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A5	Bosshardt, M. H.; et al.	2018	Estudo qualitativo e quantitativo	Pirâmide 3, direcionado ao significado - nível 4
A6	Mehlis, K.; et al.	2018	Estudo qualitativo e quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A7	Munnangi, S.; et al.	2018	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A8	Christodoulou-Fella, M.; et al.	2017	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A9	Lusignani, M.; et al.	2017	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A10	Ramos, F. R. S.; et al.	2017	Estudo qualitativo	Pirâmide 3, direcionado ao significado - nível 2
A11	Gallegos, W. L. A.; Toia, A. M. C.	2016	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A12	Pavlish, C.; et al.	2016	Estudo qualitativo	Pirâmide 3, direcionado ao significado - nível 4.
A13	Whitehead, P. B.; et al.	2015	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A14	Atabay, G.; Çangarli, B. G.; Penbek, Ş.	2014	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A15	Dalmolin, G. L.; et al.	2014	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A16	Holmes, E. S.; et al.	2014	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A17	Sauerland, J.; et al.	2014	Método misto	Pirâmide 3, direcionada ao significado - nível 2
A18	Teixeira, C.; et al.	2014	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A19	Fernandez-Parsons, R.; Rodriguez, L.; Goyal, D.	2013	Estudo quantitativo	Pirâmide 3 - direcionada ao significado - nível 4
A20	Rissardo, M. P.; Gasparino, R. C.	2013	Estudo quantitativo	Pirâmide 2 - de prognóstico e etiologia - nível 4
A21	Wilson, M. A.; et al.	2013	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A22	Barlem, E. L. D.; et al.	2012	Estudo <i>survey</i>	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A23	Galindo, R. H.; et al.	2012	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A24	Piers, R. D.; et al.	2012	Estudo quantitativo	Pirâmide 3, direcionada ao significado - nível 4
A25	Wlodarczyk, D.; Lazarewicz, M.	2011	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A26	Ohnishi, K.; et al.	2010	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A27	Pauly, B.; et al.	2009	Estudo quantitativo	Pirâmide 3, direcionada ao significado - nível 4
A28	Rice, E. M.; et al.	2008	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A29	Mcclendon, H.; Buckner, E. B.	2007	Estudo quantitativo e qualitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A30	Mobley, M. J.; et al.	2007	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4
A31	Zuzelo, P. R.	2007	Estudo quantitativo	Pirâmide 2, de prognóstico e etiologia - nível 4

*Identificação. Fonte: Autoria própria.

Constatou-se que no Brasil há sete estudos, sendo cinco (BARLEM *et al.*, 2012; GALINDO *et al.*, 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013; DALMOLIN *et al.*, 2014b; HOLMES *et al.*, 2014) com delineamento quantitativo e dois (RAMOS *et al.*, 2017; DRAGO *et al.*, 2020;) qualitativo. Em relação ao nível de evidência, utilizou-se a pirâmide de prognóstico e etiologia e a pirâmide direcionada ao significado (LACERDA; COSTENARO, 2016). Cabe destacar que, predominante, 22 estudos (MCCLENDON; BUCKNER, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; ZUZELO, 2007; RICE *et al.*, 2008; OHNISHI *et al.*, 2010; WLODARCZYK; LAZAREWICZ, 2011; BARLEM *et al.*, 2012; GALINDO *et al.*, 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013; WILSON *et al.*, 2013; DALMOLIN *et al.*, 2014b; HOLMES *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2014; ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; WHITEHEAD *et al.*, 2015; GALLEGOS; TOIA, 2016; CHRISTODOULOU-FELLA *et al.*, 2017; LUSIGNANI *et al.*, 2017; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; MEHLIS *et al.*, 2018; MUNNANGI *et al.*, 2018; COLVILLE *et al.*, 2019) foram avaliados com o nível quatro da pirâmide de prognóstico e etiologia, seguido de cinco estudos (PAULY *et al.*, 2009; PIERS *et al.*, 2012; FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013; PAVLISH *et al.*, 2016; BOSSHARDT *et al.*, 2018) de nível quatro da pirâmide de

significado e quatro estudos (SAUERLAND *et al.*, 2014; RAMOS *et al.*, 2017; DRAGO *et al.*, 2020; WOODS, 2020) de nível dois da pirâmide de significado. No que tange as temáticas, 24 estudos abordaram o SM (ZUZELO, 2007; BARLEM *et al.*, 2012; PAVLISH *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2017; DRAGO *et al.*, 2020; WOODS, 2020) investigando-ocor a síndrome de estresse traumático secundário (CHRISTODOULOU-FELLA *et al.*, 2017), o clima ético (PAULY *et al.*, 2009; SAUERLAND *et al.*, 2014; ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; WHITEHEAD *et al.*, 2015; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018), o resíduo moral (SAUERLAND *et al.*, 2014), e a SB (OHNISHI *et al.*, 2010), como também nos setores de cuidados

(BOSSHARDT *et al.*, 2018), oncológicos (MEHLIS *et al.*, 2018), UTIs (MCCLENDON; BUCKNER, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; WILSON *et al.*, 2013; LUSIGNANI *et al.*, 2017; COLVILLE *et al.*, 2019), cirúrgicos (RICE *et al.*, 2008; LUSIGNANI *et al.*, 2017), emergência (FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013), geriatria (PIERS *et al.*, 2012) e psiquiatria (OHNISHI *et al.*, 2010). Já sete estudos trataram a SB (GALINDO *et al.*, 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013; GALLEGOS; TOIA, 2016), relacionando-a ao estresse (MUNNANGI *et al.*, 2018), satisfação no trabalho (MUNNANGI *et al.*, 2018), qualidade de vida (HOLMES *et al.*, 2014), carga de conflitos éticos (WLODARCZYK; LAZAREWICZ, 2011), e especificamente investigado no setor da UTI (TEIXEIRA *et al.*, 2014) e na Atenção Básica à Saúde (HOLMES *et al.*, 2014). Assim, a partir da síntese dos estudos, observou três principais grupos de aspectos do ambiente de trabalho que se relacionam com o SM e SB, tais quais: "Ambiente eticamente frágil para atuação do enfermeiro", "Dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho do enfermeiro", e "Aspectos organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro". Os grupos e seus principais resultados são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Grupos de aspectos do ambiente de trabalho relacionados ao Sofrimento Moral e Síndrome de Burnout. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021

Grupos	Principais resultados
Ambiente eticamente frágil para atuação do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicação de intervenções terapêuticas desnecessárias, extensas e sem consentimento, ou ainda suspeitas de violência ao paciente(MOBLEY et al., 2007; RICE et al., 2008; OHNISHI et al., 2010; BARLEM et al., 2012; FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013; WILSON et al., 2013; DALMOLIN et al., 2014b; SAUERLAND et al., 2014; ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; CHRISTODOULOU-FELLA et al., 2017; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; WOODS, 2020); -Investimento no paciente por desejo da família e procedimento de ressuscitação cardiopulmonar apenas para prolongar a vida (LUSIGNANI et al., 2017; COLVILLE et al., 2019); -Ambiente ético negativo (PAULY et al., 2009; ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; BOSSHARDT et al., 2018); -Conflitos sobre o código de ética (ZUZELO, 2007; TEIXEIRA et al., 2014; BOSSHARDT et al., 2018); -Cultura prevalente do silêncio (PAVLISH et al., 2016); -Falsas esperanças dadas pela equipe para pacientes e seus familiares sobre tratamentos (BOSSHARDT et al., 2018); -Falta de transparência dos médicos em relatar aos pacientes e seus familiares sobre os benefícios e encargos das opções de tratamentos(BOSSHARDT et al., 2018); -Insatisfação com a tomada de decisão sobre doença crítica e situações do final da vida (DALMOLIN et al., 2014b; TEIXEIRA et al., 2014; PAVLISH et al., 2016; MEHLIS et al., 2018); -Medo de sofrer processo judicial por assédio moral(DRAGO et al., 2020); -Falta de discussões sobre problemas éticos (PIERS et al., 2012).
Dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalho com colegas incompetentes e/ou inseguros (MCCLENDON; BUCKNER, 2007; ZUZELO, 2007; RICE et al., 2008; BARLEM et al., 2012; PIERS et al., 2012; FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUEZ; GOYAL, 2013; WILSON et al., 2013; DALMOLIN et al., 2014b; WHITEHEAD et al., 2015; CHRISTODOULOU-FELLA et al., 2017; LUSIGNANI et al., 2017; WOODS, 2020); -Liderança que não considera as necessidades individuais dos enfermeiros (WOODS, 2020); -Dificuldades de comunicação com o paciente devido a linguagem ou consciência comprometida; e falta de comunicação com a equipe de trabalho (OHNISHI et al., 2010; WHITEHEAD et al., 2015; RAMOS et al., 2017; MEHLIS et al., 2018); -Dificuldade de oferecer informações verdadeiras aos pacientes sobre seus cuidados e condições (GALLEGOS; TOIA, 2016; LUSIGNANI et al., 2017); -Relações tensas entre membros da equipe diante das diferentes opiniões (WLODARCZYK, LAZAREWICZ, 2011; PAVLISH et al., 2016); -Falta de autonomia dos gerentes (DRAGO et al., 2020).
Aspectos organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> -Insatisfação com o trabalho (GALINDO et al., 2012; HOLMES et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2014; CHRISTODOULOU-FELLA et al., 2017; BOSSHARDT et al., 2018; MUNNANGI et al., 2018); -Intenção de deixar o emprego (PAULY et al., 2009; SAUERLAND et al., 2014; WHITEHEAD et al., 2015; CHRISTODOULOU-FELLA et al., 2017; LUSIGNANI et al., 2017; COLVILLE et al., 2019; WOODS, 2020); -Recursos materiais escassos (ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; PAVLISH et al., 2016; LUSIGNANI et al., 2017; COLVILLE et al., 2019; DRAGO et al., 2020); -Insuficiência de pessoal (MOBLEY et al., 2007; ZUZELO, 2007; RICE et al., 2008; OHNISHI et al., 2010; WHITEHEAD et al., 2015; BOSSHARDT et al., 2018; DRAGO et al., 2020); -Sobrecarga de trabalho (GALINDO et al., 2012; WILSON et al., 2013; HOLMES et al., 2014; SAUERLAND et al., 2014; ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015; PAVLISH et al., 2016; ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018; BOSSHARDT et al., 2018; DRAGO et al., 2020); -Acesso a uma equipe completa de cuidados paliativos (ALTAKER; HOWIE-ESQUIVEL; CATALDO, 2018); -Presença de forte hierarquia (PAVLISH et al., 2016; RAMOS et al., 2017; DRAGO et al., 2020); -Pressão para reduzir custos (WHITEHEAD et al., 2015); -Organização de trabalho conflituosa (DRAGO et al., 2020).

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Considerando a caracterização dos estudos, observa-se que as investigações ocorreram com enfermeiros no cenário hospitalar e em diversas regiões do mundo. Compreende-se que a enfermagem está sujeita a desenvolver sintomas de exaustão física e emocional, devido ao contexto de trabalho que envolve altas demandas, pressão social, expectativas do paciente com o tratamento e poucos recursos disponíveis para atender de forma eficiente (PAVLISH *et al.*, 2016). A enfermagem possui peculiaridades no seu processo de trabalho, as quais passam desde os aspectos locais até mesmo ao contexto político global em que está inserida. No grupo “Ambiente eticamente frágil para atuação do enfermeiro”, destacou-se os elementos acerca da obstinação terapêutica, os quais foram relacionados com as intervenções terapêuticas desnecessárias, extensas e sem consentimento, e insatisfação com a tomada de decisão frente a situações do final da vida e/ou doença. Se faz necessário que ocorra a superação da fragmentação dos processos de trabalho, pois entende-se que quando o cuidado fica restrito a procedimentos, protocolos e prescrição de medicamentos ou

exames, o trabalho se torna insípido e pouco contempla a integralidade do cuidado ao paciente (GRECO *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, a sensibilidade moral auxilia os enfermeiros a compreender as situações de vulnerabilidades relacionadas aos pacientes, e ainda, permite maior segurança para tomada de decisão diante desses conflitos, o que proporciona capacidade de liderança e de resolução dos problemas éticos. Introduzir a discussão sobre questões/dilemas éticos no ambiente de trabalho, mostra-se uma importante estratégia para aguçar a sensibilidade moral nos trabalhadores de enfermagem, visa fortalecer para atuação em cenários reais, em que o interesse e direitos dos pacientes são respeitados, assim como as normas e valores que regem a prática profissional (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017). Ainda, nesse mesmo grupo, o ambiente ético negativo e os conflitos sobre o código de ética são fatores que prejudicam o trabalho da enfermagem. Entende-se que o conflito é uma parte do dilema ético, e muitas vezes as equipes de saúde não estão suficientemente preparadas para conduzi-lo em sua gestão, faltando habilidades que os instrumentalizem para a deliberação moral. Se faz necessário compreender que o dilema ético está intrínseco no cotidiano de trabalho do enfermeiro, justamente porque, ao atuar como mediador da solução, busca a tomada de

decisão (RAMOS *et al.*, 2017). Melhorar o ambiente ético no trabalho possibilita que os enfermeiros tenham maior segurança na sua tomada de decisão. Ressalta-se que o clima ético deve ser favorável no ambiente de trabalho, em função de que as equipes de saúde estão sujeitas a lidarem com dilemas éticos. Além disso, um ambiente ético positivo influencia na promoção da satisfação no trabalho dos enfermeiros, e diante disso, torna-se imprescindível que as organizações de saúde desenvolvam estratégias para ter um ambiente ético propício no local de trabalho (ATABAY; ÇANGARLI; PENBEK, 2015). Ao que tange o grupo “Dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho do enfermeiro” apresentou fatores direcionados a trabalhar com colegas incompetentes e/ou inseguros e a dificuldade/barreiras de comunicação entre equipe e/ou paciente. Deste modo, o relacionamento interpessoal da enfermagem, muitas vezes, torna-se uma condição facilitadora ou conturbadora no ambiente de trabalho, gerando consequências positivas ou negativas tanto nos trabalhadores, quanto aos pacientes. As barreiras na comunicação e o trabalho com profissionais incompetentes, causam impactos para a enfermagem, como o SM. A comunicação e a colaboração entre a equipe podem ser influenciadas pela inexperiência profissional, a qual pode comprometer o cuidado ao paciente e as trocas de informações sobre tratamento e diagnóstico entre a equipe de saúde, bem como entre trabalhadores e familiares dos pacientes (WHITEHEAD *et al.*, 2015).

A comunicação ineficaz entre a equipe e paciente faz com que os enfermeiros vivenciem conflitos, principalmente em situações eticamente difíceis, e que exijam a sua intervenção como mediadores resolutivos desses dilemas. Assim, a socialização fica prejudicada quando não se determina a linguagem como meio de interação entre os indivíduos, pois não viabiliza a formação e manutenção das identidades pessoais, ou seja, das individualidades e a identificação do integrante com o seu grupo. Consequentemente, a ausência do diálogo, impossibilita alcançar o consenso entre os indivíduos, causando conflitos éticos (SILVA; MEDEIROS; QUENTAL, 2016). Logo, necessita-se fortalecer as relações interpessoais a fim de atingir um grau de consolidação democrática da profissão. Enfatizar mais a ação comunicativa durante o processo de trabalho para possibilitar melhorias no relacionamento interpessoal, de forma que seja promovida a autonomia da enfermagem e a construção mútua de objetivos comuns entre a equipe. Desta forma, os integrantes desse processo comunicativo devem se reconhecer como atores de um mundo social repleto de diferentes culturas, saberes e subjetividades, para possibilitar um relacionamento eficaz (SILVA; MEDEIROS; QUENTAL, 2016). Em relação ao grupo “Aspectos organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro” reporta que os elementos como a insuficiência das condições de trabalho, principalmente relacionados a falta de pessoal e de materiais, a sobrecarga de trabalho, a (in)satisfação com o trabalho e a intenção do abandono do trabalho estão refletindo negativamente tanto no processo de trabalho da enfermagem quanto na saúde do trabalhador e paciente. Assim, a precarização das condições de trabalho, tem repercutido diretamente no cotidiano do processo de trabalho da enfermagem, sendo que a falta de insumos para a assistência se torna um obstáculo para realizar uma assistência segura e eficaz. Diante deste fato, o profissional muitas vezes se vê obrigado a recorrer a prática de adaptar e improvisar, a fim de manter a continuidade da assistência. No entanto, ao se utilizar do improvisado, expõe-se eticamente e judicialmente, assim como, expõe o paciente a riscos e iatrogenias, uma vez que as adaptações ferem a segurança técnica dos processos de trabalho (PIMENTA *et al.*, 2018). Estudos demonstram a insatisfação e o abandono no trabalho ocasionados, muitas vezes, pelas interferências que ocorrem no dia a dia do profissional. A insatisfação dos profissionais que atuam, especificamente, na atenção primária, apresenta três aspectos: problemas de gestão, relações

estabelecidas no ambiente de atuação da prática assistencial e excesso de trabalho, possuindo uma forte ligação com a gestão do trabalho em saúde (LUSIGNANI *et al.*, 2017). Neste aspecto, destaca-se o número significativo de enfermeiros que atuam em áreas diferentes à sua especialidade, fator que também pode contribuir com a insatisfação desses profissionais no ambiente de trabalho e nas condições de trabalho, como os déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho encontrados (DRAGO *et al.*, 2020). Frente a esses aspectos, o trabalhador de enfermagem está sujeito ao desgastep psicoemocional, refletindo negativamente no processo saúde-doença, tendo em vista que os mesmos são exigidos cognitivamente, emocionalmente e fisicamente em seu processo de trabalho. Destaca-se o ambiente de trabalho com situações de estresse crônico, devido as relações intensas de trabalho e do processo gradual de desgaste e desmotivação. Assim, o trabalhador pode perder significado da sua relação com o trabalho, prejudicando sua identidade pessoal e profissional, o que o levará à possível insensibilidade emocional e falta de envolvimento laboral, ocasionando adocimento e afastamentos do trabalho (PIMENTA *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Destacam-se os principais aspectos do ambiente de trabalho que se relacionam com SM e SB, como a obstinação terapêutica, desrespeito aos direitos do paciente, constrangimento moral do enfermeiro, incompetência da equipe de trabalho, comunicação insuficiente e/ou inadequada, relações de poder, a insuficiência das condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, (in)satisfação e intenção de abandono do trabalho. Observou-se a necessidade de implementação de estratégias que auxiliem na valorização do profissional enfermeiro(a), possibilitando a articulação de temas relacionados a saúde do trabalhador com a prática assistencial vivenciada por estes profissionais, para que seja ampliado as estratégias nos serviços de saúde. Neste contexto, a revisão oferece aos profissionais de enfermagem o acesso a síntese dos resultados de estudos acerca das temáticas relacionadas ao SM e SB, oferecendo subsídios para compreender os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho das práticas profissionais e proporcionando reflexões em busca de melhorias no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALTAKER, K. W.; HOWIE-ESQUIVEL, J.; CATALDO J. K. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care*. v. 27, n. 4, p. 295-302, 2018.
- ATABAY, G.; ÇANGARLI, B. G.; PENBEK, Ş. Impact of ethical climate on moral distress revisited: multidimensional view. *Nursing ethics*. v. 22 n. 1, p. 103–116, 2015.
- BARLEM, E. L. D.; *et al.* The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP*. v. 46, n. 3, p. 678-85, 2012.
- BOSSHARDT, M. H.; *et al.* Palliative Care Consultation Policy Change and Its Effect on Nurses' Moral Distress in an Academic Medical Center. *J Hosp Palliat Nurs*. v. 20, n. 4, p. 325-329, 2018.
- CHRISTODOULOU-FELLA, M.; *et al.* Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *Biomed Res Int*. v. 2017, n. 1908712, p. 1-19, 2017.
- COLVILLE, G. A.; *et al.* A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*. v. 20, n. 3, p. 196-203, 2019.

- DALMOLIN, G. L.; *et al.* Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. *Rev. lat.-am. enferm.* v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.a
- DALMOLIN, G. L.; *et al.* Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress?. *Rev Esc Enferm USP.* v. 48, n. 3, p. 521-9, 2014.b
- DRAGO, L. C.; *et al.* Nurse managers' moral suffering in a university hospital. *R. pesq.: cuid. fundam. Online.* v. 12, p. 1074-1080, 2020.
- FERNANDEZ-PARSONS, R.; RODRIGUEZ, L.; GOYAL, D. Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs.* v. 39, n. 6, p. 547-552, 2013.
- FUMIS, R. R. L.; *et al.* Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care.* v. 7, n. 71, p. 1-8, 2017.
- GALINDO, R. H.; *et al.* Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. *Rev Esc Enferm USP.* v. 46, n. 2, p. 420-7, 2012.
- GALLEGOS, W. L. A.; TOIA, A. M. C. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Rev Cubana Salud Pública.* v. 42, n. 4, p. 559-575, 2016.
- GRECO, P. B. T.; *et al.*, Moral distress in workers Nursing of a philanthropic hospital. *Research, Society and Development.* v. 9, n. 8, p. e111985391, 2020.
- HOLMES, E. S.; *et al.* Burnout syndrome in nurses acting in primary care: an impact on quality of life. *R. pesq.: cuid. fundam. Online.* v. 6, n. 4, p. 1384-1395, 2014.
- JAMETON, A. *Nursing Practice: The ethical issues.* Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
- LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá. 2016.
- LUSIGNANI, M.; *et al.* Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag.* v. 25, n. 6, p. 477-485, 2017.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior.* v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.
- MCCLENDON, H.; BUCKNER, E. B. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing.* v. 26, n. 5, p. 199-206, 2007.
- MEHLIS, K.; *et al.* High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. *Psychooncology.* v. 27, n. 12, p. 2733-2739, 2018.
- MOBLEY, M. J.; *et al.* The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing.* v. 23, n. 5, p. 256-263, 2007.
- MUNNANGI, S.; *et al.*, Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center. *J Trauma Nurs.* v. 25, n. 1, p. 4-13, 2018.
- NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Moral sensitivity of nurses assessed through scoping review. *Cogitare Enferm.* n. 22, p. e47162, 2017.
- OHNISHI, K.; *et al.* Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics.* v. 17, n. 6, p. 726-740, 2010.
- PAULY, B.; *et al.* Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics.* v. 16, n. 5, p. 561-573, 2009.
- PAVLISH, C.; *et al.* SUPPORT: An Evidence-Based Model for Leaders Addressing Moral Distress. *The Journal of nursing administration.* v. 46, n. 6, p. 313-320, 2016.
- PIERS, R. D.; *et al.* End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc.* v. 13, n. 1, p. 80.e7-80.e13, 2012.
- PIMENTA, G. F.; *et al.* Influence of precariousness in the nursing work process and in the worker's health. *Rev. enferm. UFSM.* v. 8, n. 4, p. 1-11, 2018.
- RAMOS, F. R. S.; *et al.* Ethical conflict as a trigger for moral suffering: survey of Brazilian nurses. *Rev enferm UERJ.* v. 25, n. e22646, p. 1-5, 20170.
- RICE, E. M.; *et al.* Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management.* v. 16, n. 3, p. 360-373, 2008.
- RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Emotional exhaustion in nurses of a public hospital. *Esc Anna Nery.* v.17, n. 1, p. 128-132, 2013.
- SAUERLAND, J.; *et al.* Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimens Crit Care Nurs.* v. 33, n. 4, p. 234-245, 2014.
- SILVA, M. P.; MEDEIROS, S. M.; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Revista Enfermagem UERJ.* v. 24, n. 5, p. e765, 2016.
- TEIXEIRA, C.; *et al.* Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics.* v. 40, n. 2, p. 97-103, 2014.
- WHITEHEAD, P. B.; *et al.* Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh.* v. 47, n. 2, p. 117-125, 2015.
- WILSON, M. A.; *et al.* Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing.* v. 22, n. 9-10, p. 1455-1466, 2013.
- WLODARCZYK, D.; LAZAREWICZ, M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nursing Ethics.* v. 18, n. 6, p. 847-86, 2011.
- WOODS, M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *Int Nurs Rev.* v. 67, n. 1, p. 68-75, 2020.
- ZUZELO, P. R. N. Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. *Nursing Ethics.* v. 14, n. 3, p. 344-359, 2007.
