



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

ELIANE MARIA SIMONI

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ENFERMEIRAS DE TERAPIA
INTENSIVA E FATORES ASSOCIADOS**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador
2018**

ELIANE MARIA SIMONI

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ENFERMEIRAS DE TERAPIA INTENSIVA E FATORES ASSOCIADOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Oliveira StaffaTironi

**Salvador
2018**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S599 Simoni, Eliane Maria

Prevalência da síndrome de *Burnout* em enfermeiras de terapia intensiva e fatores associados. / Eliane Maria Simoni. – 2018.

76f.: il. Color; 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a. Márcia Oliveira Staffa Tironi

Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Estafa profissional. 2. UTI. 3. Burnout. 4. Enfermeiras.

I. Título.

CDU: 331.44

ELIANE MARIA SIMONI

**“PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIRAS DE
TERAPIA INTENSIVA E FATORES ASSOCIADOS”**

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 18 de junho de 2018.

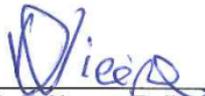
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr.^a Eliana Edington da Costa e Silva
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof^a. Dr.^a Iêda Maria Barbosa Aleluia
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof^a. Dr.^a Débora Feijó Villas Bôas Vieira
Doutora em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS



Prof^a. Dr.^a Maria Julia Paes da Silva
Doutora em Enfermagem
Universidade Católica Portuguesa, Lisboa – Portugal



Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS

A Jorge, meu companheiro de tantas jornadas, pelo incentivo, apoio e compreensão nas ausências durante este desafio. Amor e gratidão!

Aos meus filhos, Tati e Léo, pelos quais acho que tudo vale a pena, esta conquista também é de vocês.

Aos meus pais, Paulo e Nalva, pelo incentivo incondicional de sempre.

Aos familiares e amigos, pela compreensão na ausência em tantos encontros.

À Leda Borges, in memoriam, pelo exemplo de mulher guerreira e profissional competente, sempre comprometida com a profissão.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, agradeço a minha força e persistência para vencer os desafios surgidos no caminho. Sem a minha Fé não teria conseguido chegar até aqui.

A *Marcos Almeida*, meu orientador, gratidão pelo acolhimento, confiança e apoio. Sua assertividade e disponibilidade foram fundamentais para esta construção.

À amiga e coorientadora, *Márcia Tironi*, pela generosidade em compartilhar seus saberes e espaços, e por todo apoio durante essa trajetória.

À *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*, nas pessoas de *Dr.^a Maria Luíza Soleani, Maria de Lourdes de Freitas Gomes e Cristiane Magali Freitas dos Santos*, pela oportunidade de participar deste Programa de Doutorado, com certeza, um salto qualitativo na minha vida acadêmica.

Ao *Dr. Carlito Nascimento Sobrinho*, pela generosidade em compartilhar dados e seus conhecimentos sobre o tema.

À amiga e companheira de todas as horas, *Nadja Marques*, por ter estado ao meu lado na vida, com o apoio e incentivos que lhe são peculiares.

À *Clezia Rios*, por continuar me desafiando e confiando na minha capacidade de trilhar novos caminhos na busca de uma assistência à saúde diferenciada.

À *Maria Júlia Paes da Silva*, inspiração e referência para saber onde quero chegar, fazendo o meu melhor, todos os dias.

À *Yara Farias*, sem o seu suporte eu não teria chegado até aqui. Meu reconhecimento e gratidão por cuidar de mim de forma tão especial.

À *Thais Calasans*, amiga e colega de doutorado, pela cumplicidade, apoio e experiências compartilhadas ao longo desses dois anos e meio.

À *Carolina Aquiar*, por sua disponibilidade e empenho em compartilhar seus conhecimentos. Seu apoio foi fundamental.

À *Carolina Pedroza e Arlene Alves*, pelo companheirismo, apoio incondicional e incentivo para que eu mergulhasse nesta jornada. O meu reconhecimento a vocês.

Às colegas e amigas, em especial, *Cristina, Sylvia, Márcia, Jaci, Bel e Cláudia*, obrigada pela torcida e pelo compartilhamento de tantas experiências e sentimentos, nem sempre tão fáceis, mas fundamentais para eu ter chegado até aqui.

Aos colegas de doutorado, todos, e em especial, *Lourdinha, Sylvia, Cris Magali, Cida, Ana Lúcia, Max, Clarkson, Léa, Sara, Bárbara e Rose*, pelo apoio, incentivo, dificuldades compartilhadas e também pelos momentos de alegria vivenciados.

À *Eliana Edington e Teda Aldeia*, a contribuição de vocês, de forma especial e acolhedora, foi fundamental para qualificar meu trabalho. Gratidão!

À *Débora Feijó Villas Boas Vieira*, pela sua disponibilidade em contribuir com a sua grande experiência nesta minha construção.

Eu quero desaprender para aprender de novo.

Raspar as tintas com que me pintaram.

Desencaixotar emoções, recuperar sentidos.

Rubem Alves

RESUMO

Introdução: As enfermeiras de UTI lidam com situações complexas, emergenciais e que exigem forte equilíbrio emocional. Essas características funcionam como fatores estressores e influenciam no adoecimento dessas profissionais. **Objetivo:** Estimar a prevalência e os fatores associados à síndrome de *burnout* entre enfermeiras intensivistas de cinco capitais do Brasil. **Método:** Estudo de corte transversal, com 137 enfermeiras, de 25 UTIs (adulto e infantil) de cinco capitais brasileiras, que responderam a um questionário autoaplicável, contendo questões sobre: características pessoais e funcionais, nível de *burnout* (MBI), demanda, controle e fatores estressores. O estudo foi apoiado pela AMIB e aprovado pelo CEP/UEFS. **Resultados:** A amostra caracterizou-se por 70% de enfermeiras de UTI adulto, 89% do sexo feminino, 58% com idade entre 31 a 39 anos, 51% com título de especialista em UTI, 74,1% com até dez anos de trabalho em UTI, 63,7% com carga horária semanal maior que 36 horas, 69,3% vínculo institucional em hospital privado, 57,5% responsáveis por mais de cinco pacientes por plantão. A prevalência de *burnout* foi de 45,3%, quando considerado o nível alto em, pelo menos, uma das dimensões. O nível alto teve uma maior prevalência na dimensão de Exaustão Emocional (38,0%), seguida de Ineficácia (13,9%) e Despersonalização (7,3%). Os fatores estressores mais referidos e significativos foram: *pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes; lidar com o sofrimento e a morte e relacionamento com a equipe*. Importante destacar que esses fatores se referem a aspectos relacionais e/ou emocionais. Em relação ao contexto de trabalho na UTI, 70% das enfermeiras que apresentavam *burnout* em uma das dimensões, referiam ambiente de alta demanda e baixo controle, assim como 65% das que estavam com *burnout* alto na dimensão Exaustão, o que aponta para um ambiente propício ao adoecimento. Em relação à percepção da enfermeira quanto à imagem da sua profissão, um número importante de enfermeiras possui uma imagem desfavorável, percebem-se sobrecarregadas com atividades que não são específicas de sua função e não se sentem reconhecidas. Quanto à imagem do paciente da UTI, percebida pelas enfermeiras, estão mais presentes as imagens que associam às pessoas com necessidade de ter um cuidado integral, que envolvam os aspectos biopsicossociais, e as que ainda percebem o paciente apenas de forma técnica, mecanicista. **Conclusão:** A prevalência de *burnout* foi significativa, 45,3%. O conhecimento sobre os fatores estressores e os aspectos psicossociais do trabalho em UTI e sua associação com o *burnout* se faz relevante, visto que pode subsidiar estratégias de proteção à saúde desses profissionais, com impacto na assistência prestada aos pacientes.

Palavras-chave: *Burnout*. Enfermeiras. UTI. Unidade de cuidados intensivos. Estafa profissional.

ABSTRACT

Introduction: ICU nurses deal with complex, emergency situations that require strong emotional balance. These characteristics act as stressors and influence the sickness of these professionals. **Objective:** To estimate the prevalence and factors associated with *burnout* syndrome among intensive care nurses from five Brazilian capitals. **Method:** Cross-sectional study with 137 nurses from 25 ICUs (adult and pediatric) in five Brazilian capital cities. They answered a self-applied questionnaire with questions on: personal and functional characteristics, *burnout* level (Maslach Burnout Inventory), demand and control and stressful factors. The study was supported by the Brazilian Association of intensive Medicine (AMIB) and approved by the Ethics Committee of Feira de Santana State University (CEP/UEFS). **Results:** The sample was characterized by 70% nurses of adult ICU, 89% women, 58% aged between 31 to 39 years, 51% with ICU specialist degree, 74.1% with up to 10 years of work in ICU, 63.7% with weekly working hours up to 36 hours, 69.3% institutional link in private hospital, 57.5% responsible for more than five patients per shift. The *burnout* prevalence was 45.3% when the level was considered high in at least one of the dimensions. The high level had a higher prevalence in emotional exhaustion dimension (38.0%), followed by inefficiency (13.9%) and depersonalization (7.3%). The most significant and frequently mentioned stressful factors were: little time to deal with patients' emotional needs; dealing with suffering and death and relationship with the team. It is important to highlight these factors are related to relationship and/or emotional aspects. Regarding the work context in the ICU, 70% of the nurses who presented burnout in one of the dimensions referred to an environment of high demand and low control, as well as 65% of those with high burnout in the Exhaustion dimension, which points to an environment favorable to illnesses. Regarding the nurse's perception of the image of her profession, an important number of nurses have an unfavorable image, they are overwhelmed with activities that are not specific to their occupation and do not feel recognized. Regarding the image of the ICU patient, perceived by the nurses, the images that associate with those who need to have an integral care, involving the biopsychosocial aspects, and those who still perceive the patient only in a technical, mechanistic way, are more present. **Conclusion:** The *burnout* prevalence was significant: 45.3%. The knowledge on the stressful factors and the psychosocial aspects of the ICU work and its association with *burnout* is relevant, since it can subsidize strategies for the health protection of these professionals, causing impact on the assistance to wards patients.

Keywords: *Burnout*. Nurses. ICU. Intensive care unit. *Burnout*, Professional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Demanda-Controle de Karasek	18
Figura 2 - Distribuição da amostra final por capitais representantes das cinco regiões do Brasil, 2014.	26
Figura 3 - Prevalência de burnout entre os grupos do modelo Demanda-Controle de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.....	40
Quadro 1 - Percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem da sua profissão, de acordo com as categorias/subcategorias identificadas e relacionadas à presença ou não do <i>burnout</i> , 2014.	44
Quadro 2 - Percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem do paciente da UTI, de acordo com as categorias identificadas e relacionadas à presença ou não do <i>burnout</i> , 2014..	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de uma amostra de enfermeiras por tipo de UTI de cinco capitais brasileiras, 2014.	31
Tabela 2 - Características pessoais de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	32
Tabela 3 - Características funcionais de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	33
Tabela 4 - Prevalência do <i>burnout</i> , por dimensão e nível, em uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014..	34
Tabela 5 - Características Pessoais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	34
Tabela 6 - Características Funcionais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	35
Tabela 7 – Características pessoais: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% em relação à presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	39
Tabela 8 - Características funcionais: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% em relação à presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014..	38
Tabela 9 - Prevalência de burnout entre os grupos do modelo Demanda-Controle, em uma das dimensões e na dimensão exaustão, de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.	39
Tabela 10 - Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características resultado do JCQ (fatores psicossociais do trabalho) e presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014..	43
Tabela 11 - Fatores estressores na UTI: Prevalência de burnout em uma das dimensões e em nível alto de exaustão, em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014..	45
Tabela 12 - Categorização da percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem da sua profissão, 2014...	43
Tabela 13 - Categorização da percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem do paciente da UTI, 2014..	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Despersonalização
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
EE	Exaustão Emocional
IN	Ineficácia
MBI	Maslach burnout Inventory
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USP	Universidade São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Primário	15
2.2	Secundários	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Estresse e fatores psicossociais no trabalho	16
3.2	A síndrome de <i>burnout</i>	19
3.3	A enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva: atuação e responsabilidades	19 21
4	MÉTODOS	25
4.1	Desenho do estudo	25
4.2	Amostra e população do estudo	25
4.3	Aspectos Éticos	26
4.4	Variáveis do estudo	26
4.4.1	Variáveis independentes	26
4.4.2	Variável dependente: síndrome de burnout	26
4.5	Coleta dos dados e instrumentos utilizados	27
4.6	Tratamento e análise dos dados	28
5	RESULTADOS	31
5.1	Caracterização da amostra	31
5.2	Prevalência de <i>burnout</i>	33
5.3	Variáveis sociodemográficas e burnout	34
5.4	Aspectos psicossociais do trabalho e <i>burnout</i>	38
5.5	Fatores estressores para as enfermeiras e <i>burnout</i>	41
5.6	Percepção das enfermeiras de terapia intensiva sobre a imagem da sua profissão	42
5.7	Percepção das enfermeiras sobre a imagem do paciente da UTI	45
6	DISCUSSÃO	47
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	52
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
9	CONCLUSÕES	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICES	62
	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se destina aos cuidados contínuos e intensivos a pacientes criticamente enfermos. Possui tecnologia de ponta e conta com profissionais que lidam, no cotidiano, com situações complexas, emergenciais e que exigem forte equilíbrio emocional. Essas características funcionam como fatores estressores e influenciam de maneira importante a saúde e a qualidade de vida dos profissionais que trabalham neste ambiente ⁽¹⁻³⁾.

A enfermeira é responsável pelo planejamento e direcionamento dos cuidados, tomada de decisão, resolução de conflitos e assistência direta aos pacientes graves na UTI. Sua função de liderança acentua o desafio e a necessidade de manter o seu equilíbrio emocional mesmo em um ambiente desfavorável ⁽³⁻⁵⁾. Por outro lado, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e autoridade para tomada de decisão podem ser considerados fatores adicionais associados ao adoecimento dessas profissionais^(3,6,7). Por essas razões, acredita-se que, no ambiente da terapia intensiva, a enfermagem esteja entre as profissões com maior incidência de síndrome de *burnout*^(4,6,8).

A síndrome de *burnout* (SB), síndrome da estafa profissional ou do esgotamento profissional, é uma síndrome psicológica, caracterizada como uma resposta a fatores estressores crônicos no campo das relações interpessoais no trabalho⁽⁹⁾.

Sabe-se que o estresse laboral impacta na assistência prestada, na segurança do paciente e, ainda, na qualidade de vida no trabalho ⁽¹⁰⁾. Portanto, o conhecimento sobre os aspectos psicossociais e de saúde/doença relacionados à condição de trabalho das enfermeiras em UTI pode contribuir não só para dar uma melhor assistência aos pacientes, mas também para diminuição do adoecimento dessas profissionais com introdução de ações para prevenção do estresse laboral.

Apesar dos estudos sobre *burnout* terem aumentado nas últimas décadas, as pesquisas com profissionais de enfermagem de terapia intensiva ainda são poucas, não há uma padronização dos instrumentos e métricas utilizadas para o diagnóstico do *burnout* e, com frequência, não separam os resultados por categoria da

enfermagem, tornando difícil a comparação entre os estudos ⁽⁵⁾. Além disso, menos comum ainda são estudos que buscam associar as características psicossociais do trabalho com o aparecimento da síndrome de *burnout* em enfermeiras de terapia intensiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Primário

- Estimar a prevalência e os fatores associados à síndrome de *burnout* entre as enfermeiras intensivistas de cinco capitais do Brasil.

2.2 Secundários

- Descrever as características sociodemográficas, funcionais e os fatores estressores das enfermeiras intensivistas, de cinco capitais, do Brasil;
- Avaliar a possível associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência da síndrome de *burnout* em enfermeiras intensivistas;
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e características funcionais (idade, sexo, estado civil, titulação, cargo, tempo de trabalho em UTI, renda, nº de empregos, carga horária semanal) e a ocorrência da síndrome de *burnout* em enfermeiras intensivistas;
- Identificar possíveis associações entre os fatores estressores do trabalho e a ocorrência da SB em enfermeiras intensivistas;
- Descrever as percepções das enfermeiras sobre a imagem da sua categoria profissional e dos pacientes de terapia intensiva.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Estresse e fatores psicossociais no trabalho

O mundo do trabalho tem passado por transformações relacionadas ao contexto sócio-político-econômico, às mudanças nos processos de trabalho impactados pela tecnologia e automação, à inovação nos modelos de gestão e aos novos comportamentos dos consumidores. Além disso, o mercado tem ficado mais competitivo, as pressões por produtividade e melhores resultados dentro das organizações influenciam o modo de agir dos trabalhadores, que cada dia mais recebem novas demandas de atividades e, como consequência, tornam-se mais vulneráveis ao estresse. Constitui um desafio para a humanidade equilibrar as necessidades, expectativas e recursos oriundos do trabalhador, com as necessidades, expectativas e demandas advindas da organização⁽¹¹⁻¹³⁾.

Esse cenário também afeta, diretamente, o mercado da saúde, impulsionando novos modelos na relação paciente-equipe multiprofissional e a necessidade de rever o modelo assistencial vigente, pois os usuários estão cada vez mais conscientes dos seus direitos, querendo participar e serem envolvidos nos seus processos assistenciais. Por outro lado, os profissionais de saúde necessitam desenvolver novas competências para lidar com as múltiplas demandas técnicas, relacionais, sociais e econômicas que têm repercutido na saúde mental desses profissionais^(1,14-16).

Em relação às questões demográficas, a área de saúde também revela um cenário de transformação influenciado pelo aumento da longevidade dos indivíduos, aumento das doenças oncológicas, neurológicas e cardíacas e também as doenças consideradas contemporâneas: depressão e ansiedade. Se por um lado os profissionais necessitam de capacitação para o enfrentamento dessas transformações, por outro necessitam de suporte pelo estresse do cotidiano, pois, também, são sujeitos deste meio^(14,17).

Continuamente, toda pessoa está submetida a estímulos internos (emoções, sentimentos, expectativas etc.) e externos (associados aos ambientes social, econômico, cultural, laboral etc.) que podem funcionar como fatores estressores,

provocando respostas no nosso organismo, como forma de se adaptar às situações. Esse conjunto de reações que exigem esforço de adaptação do indivíduo é denominado estresse ⁽¹⁴⁾.

Considerando que os indivíduos se constroem em seu cotidiano a partir das relações, o conceito de estresse pode ser ampliado como a maneira com que o indivíduo avalia e enfrenta o estímulo, a partir de suas características pessoais e do contexto no qual está inserido e não apenas como uma reação a um estímulo estressor⁽¹⁴⁾. Nesse contexto de modelo relacional, Limongi-França e Rodrigues⁽¹⁴⁾ definem o estresse ocupacional como:

...as situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou à sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações.

Entre as abordagens para estudar o estresse ocupacional, o Modelo Demanda-Controle (*Job Strain Model*) está entre as mais utilizadas internacionalmente, e também nos estudos empíricos nacionais com trabalhadores da enfermagem⁽¹⁸⁾.

Este modelo apresenta duas dimensões psicossociais do trabalho:

- **O controle sobre o trabalho** (latitude de decisão no trabalho), representado pelo Uso de Habilidades (habilidade para realização da tarefa: aprendizagem de coisas novas, criatividade, iniciativa, realização de tarefas repetidas ou não, uso de habilidades especiais) e Autoridade Decisória (autonomia para decisão sobre o próprio trabalho, influência do grupo de trabalho e na política organizacional); e
- **A demanda psicológica** advinda do trabalho, representada pelas “exigências psicológicas advindas das suas tarefas” (tempo de trabalho sob pressão, concentração necessária, interrupção, dependência de atividades de outros trabalhadores)^(15,18,19).

A partir da combinação das duas dimensões, esse modelo identifica situações de trabalho que estruturam riscos à saúde ocupacional.

As experiências em contextos ocupacionais com diferentes níveis de controle e demanda possibilitam a formação de quatro combinações, segundo o modelo de Karasek citado por Araújo et al.⁽¹⁹⁾, variando entre os níveis “alto” e “baixo” de demanda e controle. As combinações são denominadas “alta exigência” do trabalho (caracterizada por contexto de alta demanda e baixo controle), “trabalho ativo” (alta demanda e alto controle), “trabalho passivo” (baixa demanda e baixo controle) e “baixa exigência” (baixa demanda e alto controle). Essas combinações são representadas por quadrantes aos quais perpassam duas diagonais: Diagonal A (representa o nível de tensão do trabalhador, risco de adoecimento) e a Diagonal B (representa o nível de atividade e aprendizagem, motivação para novos comportamentos)^(15,18-20). O modelo está representado na figura 01.

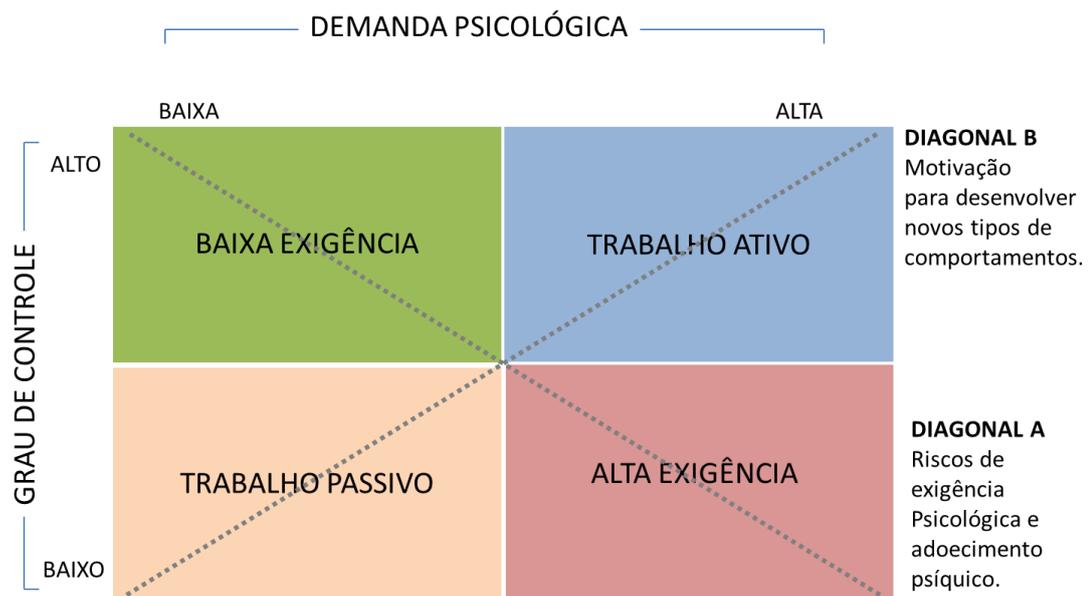


Figura 1 - Modelo Demanda-Controle de Karasek

Fonte: Adaptado de Karasek apud Araújo et al.

Nesse modelo, a combinação “alta exigência” representa um ambiente preditor ao adoecimento, no qual a alta demanda se reflete em fadiga, ansiedade, depressão e doença física. Assim como o “trabalho passivo” pode levar o trabalhador a baixar sua produtividade e resolutividade⁽¹⁹⁾.

Considerando a relevância da compreensão dos fatores psicossociais do trabalho para a prevenção do estresse, em um estudo sobre a relação entre os *fatores psicossociais do trabalho e o estresse ocupacional*, as autoras discutem algumas abordagens conceituais que relacionam aspectos da organização, modelo de gestão, processos de trabalho, relações interpessoais, além dos fatores individuais de cada trabalhador, como fatores que interagem e que atuam como promotores do estresse. Recomendam como ação preventiva ao estresse ocupacional o monitoramento dos fatores psicossociais, enfatizando a importância da atenção na adaptação do trabalho às expectativas, habilidades e necessidades do trabalhador⁽¹⁵⁾.

3.2 A síndrome de *burnout*

O número de casos de doenças relacionadas aos transtornos mentais tem aumentado em todo o mundo. Em 2017, a OMS divulgou que o Brasil é o país com maior taxa de transtornos de ansiedade do mundo (9,3% da população brasileira) e o quinto em depressão (5,8% dos brasileiros)⁽²¹⁾. Ainda em 2017, a Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda publicou um boletim sobre os benefícios por incapacidade, o qual apontou os transtornos mentais e comportamentais como a terceira causa de incapacidade para o trabalho, aproximadamente 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez durante os cinco anos de análise (2012-2016). Segundo o boletim, as causas dos transtornos mentais não foram associadas às condições de trabalho ou ao tipo da tarefa, mas esse também pode ser um viés, por conta da complexidade e da dificuldade das empresas em identificar nexos causais entre os transtornos mentais e o ambiente ocupacional⁽²²⁾.

Os dados anteriores corroboram a relevância de analisar profundamente o contexto de trabalho das Unidades de Terapia Intensiva, visto que, como já discutido, são ambientes promotores de estresse ocupacional pela complexidade inerente à sua finalidade de assistir pacientes criticamente enfermos, a vulnerabilidade frequente dos profissionais para lidar com a morte, além do envolvimento dos fatores emocionais de pacientes, famílias e equipes.

Entre os estudos sobre a síndrome de *burnout* (SB), os que investigam os profissionais de saúde têm sido mais frequentes. Esse interesse de pesquisa pode estar associado

ao fato desses profissionais figurarem entre os mais acometidos pela síndrome, pelo alto nível de estresse relacionado às características de suas atividades^(16,23,24).

Uma premissa em relação à SB é que ela é resultante da interação do indivíduo com o local de trabalho. É multidimensional e, apesar de não haver uma única concepção teórica, há predominância conceitual no que se refere a ser caracterizada por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia⁽⁹⁾.

A SB é um quadro caracterizado pela interdependência entre estas três dimensões. A exaustão emocional refere-se ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo e, em geral, é decorrente da sobrecarga e do conflito nas relações interpessoais. A despersonalização é caracterizada pela instabilidade emocional do profissional, que passa a se relacionar com pacientes e colegas de maneira fria e impessoal. A ineficácia, por sua vez, relaciona-se ao sentimento de incompetência e autoavaliação negativa, relacionados à insatisfação e infelicidade com o trabalho^(2,9,14,23).

A exaustão emocional é considerada a fase inicial da SB, dimensão individual do estresse, esgotamento dos recursos físicos e emocionais do indivíduo e, em geral, é decorrente da sobrecarga de trabalho e de conflitos nas relações interpessoais, o indivíduo perde, paulatinamente, o vigor em relação ao trabalho. A despersonalização ou cinismo, dimensão do contexto interpessoal, é caracterizada pela instabilidade emocional do profissional, que passa a se relacionar com pacientes e colegas de maneira fria e impessoal, é uma reação imediata à exaustão. A ineficácia ou diminuição da realização pessoal, dimensão da autoavaliação, traduz o sentimento de incompetência, decepção e frustração, demonstra uma autoavaliação negativa, relacionada à insatisfação e infelicidade com o trabalho^(2,9,23). Não há consenso para definição diagnóstica da SB. Alguns autores só consideram o *burnout* com a presença de níveis altos nas três dimensões que a caracterizam, seguindo o critério de Ramirez et al.⁽¹⁶⁾; para outros, a presença de nível alto em apenas umas das dimensões já é suficiente para defini-lo, de acordo com o critério de Grunfeld et al.⁽¹⁶⁾.

Em relação aos fatores que contribuem para o desencadeamento da SB, seis áreas da vida profissional têm relação central com o *burnout*: *carga de trabalho* (desajuste por sobrecarga excessiva de trabalho), *controle* (falta de controle sobre recursos para

desempenhar sua tarefa ou falta de autoridade para decisão), *recompensa* (falta de recompensa financeira, social ou reconhecimento), *comunidade* (falta de conexão com a equipe de trabalho, falta de apoio social), *justiça* (não percepção de equidade no local de trabalho, falta de imparcialidade) e *valores* (conflito entre valores pessoais e organizacionais). Quanto maior o desajuste entre o indivíduo e essas áreas do seu ambiente de trabalho, maior o risco de *burnout*⁽⁹⁾.

Os sintomas associados ao *burnout* são muitos e categorizados de diferentes formas: físicos (fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, cefaleias, distúrbios do sono, perturbações gastrointestinais, transtornos cardiovasculares etc.), psíquicos (falta de atenção e concentração, impaciência, alterações de memória, baixa autoestima, astenia, depressão etc.), comportamentais (irritabilidade, incapacidade para relaxar, negligência ou excesso de escrúpulos, perda de iniciativa etc.) e defensivos (absenteísmo, sentimentos de onipotência, perda de interesse pelo trabalho ou lazer etc.). A presença e a intensidade dos sintomas variam de acordo com fatores individuais, ambientais e do nível de comprometimento do processo⁽²⁵⁾.

3.3 A enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva: atuação e responsabilidades

A UTI ou Unidade de Tratamento Intensivo é o setor destinado a atender pacientes graves, clinicamente instáveis, com potencial risco de morte, que necessitam de monitoramento contínuo e vigilância direta de uma equipe multiprofissional qualificada^(26,27).

A enfermeira Florence Nightingale pode ser considerada precursora do conceito de Terapia Intensiva, quando, na Guerra da Criméia, agrupou soldados gravemente feridos em diferentes áreas, adotando medidas preventivas de infecção e epidemias, com resultado significativo na mortalidade. Desde essa época, com a necessidade de organização dos hospitais militares, a gestão dos serviços esteve presente no cotidiano das enfermeiras^(27,28).

O processo de trabalho da enfermeira envolve muita interação com os demais componentes da equipe multiprofissional. Na UTI, a enfermeira pode assumir

atividade assistencial ou de gestão, cabendo-lhe responsabilidades específicas para cada função.

Atualmente, para assumir a gestão de uma UTI, a enfermeira precisa ter o título de especialista em Terapia Intensiva ou titulação similar que a capacite para os cuidados aos pacientes graves, atendendo, assim, à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva. Uma enfermeira pode assumir a coordenação de até duas UTI's⁽²⁹⁾.

Na função assistencial, são privativos da enfermeira os cuidados diretos de enfermagem aos pacientes graves com risco de vida, assim como os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, segundo a Lei do Exercício Profissional, Lei de nº 7.498/86, artigo 11^o⁽³⁰⁾.

A RDC nº 26, publicada em 11 de maio de 2012, estabelece a proporcionalidade de um enfermeiro assistencial para cada dez pacientes (1:10), alterando a RDC nº 7 que estabelecia 1:8. Na Europa, Estados Unidos, Canadá e Austrália/Nova Zelândia, a assistência de enfermagem em UTI é prestada, exclusivamente, por enfermeiras, na proporção 1:1 para pacientes em ventilação mecânica, e 1:2 para os outros pacientes. Para pacientes de baixa gravidade, na Europa, a relação pode chegar a 1:3. Sabe-se que a relação enfermeira-paciente está diretamente associada à qualidade da assistência prestada, e que, no Brasil, a assistência de enfermagem em UTI ainda é prestada também por técnicos de enfermagem, mesmo que seja para os cuidados de apoio^(31,32).

O avanço tecnológico na área da saúde tem sido crescente e em grande velocidade, com inovações em equipamentos e métodos diagnóstico-terapêuticos de alta tecnologia. Sendo a UTI o lugar que se destaca, dentro das instituições hospitalares, por reunir os maiores recursos tecnológicos que garantam monitorização adequada e segura aos pacientes críticos e de alta complexidade, faz com que esse contexto

laboral seja considerado pelos profissionais como complexo, desafiador e que requer deles atualização constante^(33,34).

A enfermeira de terapia intensiva assume cada vez mais procedimentos de maior complexidade, que envolvem tecnologias de última geração e que requerem aprendizado de novos conhecimentos e habilidades. Além disso, esse ambiente tecnológico, apesar de proporcionar maior acurácia na aferição de parâmetros vitais e de facilitar o controle e realização de vários procedimentos técnicos, também contribui para aumentar o estresse em virtude da poluição sonora causada pelos alarmes constantes^(33,35).

Esse ambiente que possui pacientes críticos e instáveis hemodinamicamente exige também dos profissionais enfermeiros que atuam na assistência direta, competência emocional e interpessoal para lidar com a dualidade da vida e da morte no seu cotidiano, conduzir situações de conflitos e dar apoio social às famílias, pacientes e equipe⁽³⁵⁾.

Em relação aos pacientes e familiares, é considerado como um ambiente frio, que provoca o medo da morte, causa estranhamento e amedronta pela quantidade de equipamentos que envolvem a assistência, sendo a hospitalização em UTI um fator gerador de estresse também para pacientes e familiares^(35,36).

No contraponto do aparato tecnológico, a falta de recursos materiais e humanos em algumas unidades de terapia intensiva é fator estressor para a enfermeira que reconhece a necessidade do material/equipamento para oferecer a assistência adequada, mas não tem como viabilizá-la. Assim como não possuir equipe com o dimensionamento necessário, de acordo com o perfil de complexidade, para oferecer os cuidados aos pacientes também é um fator de estresse^(10,37).

Essa realidade implica profissionais com duplos vínculos empregatícios para compor renda familiar, às vezes triplo vínculo, pois ainda é uma categoria eminentemente feminina que acumula a assistência à família. Como consequência, a jornada de trabalho semanal torna-se exaustiva, favorecendo ao adoecimento e absenteísmo no

emprego, além da não disponibilidade de tempo para atualização e capacitação profissional, comprometendo a qualidade da assistência prestada ao paciente^(10,37).

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo epidemiológico de corte transversal, utilizando-se de forma complementar a abordagem de análise qualitativa. Foi realizado a partir da análise do banco de dados da pesquisa “Trabalho e Saúde dos Intensivistas Brasileiros”, tratada aqui como “pesquisa inicial”, e realizada em Unidades de Terapias Intensivas de hospitais credenciados à Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O acesso ao banco de dados foi autorizado pelo coordenador e pesquisadores responsáveis pela pesquisa inicial, numa parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). (Apêndice A).

4.2 Amostra e população do estudo

Para o projeto da “pesquisa inicial”, foram sorteadas 60 UTI’s cadastradas na AMIB, representantes das cinco regiões do Brasil. A partir do contato com as unidades sorteadas, a amostra planejada, *a priori* como aleatória, tornou-se uma amostra de conveniência que utilizou dados de vinte e cinco UTI’s, dos dezoito hospitais que aceitaram participar do estudo. Os hospitais participantes foram quatro de Belém(PA), seis de Salvador(BA), dois de Goiânia(GO), dois de São Paulo(SP) e quatro de Porto Alegre(RS).

Inicialmente foi estimada uma amostra de quatro enfermeiras por unidade, totalizando 240 enfermeiras (representando 20% do número total de profissionais de saúde participantes). Na amostra final, foi efetivamente alcançado o número de 137 enfermeiras (pouco mais de cinco por unidade), correspondendo a 57% do número total de profissionais que aderiram à pesquisa e que consentiram participar do estudo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). A distribuição da amostra final por região encontra-se representada na Figura 02.

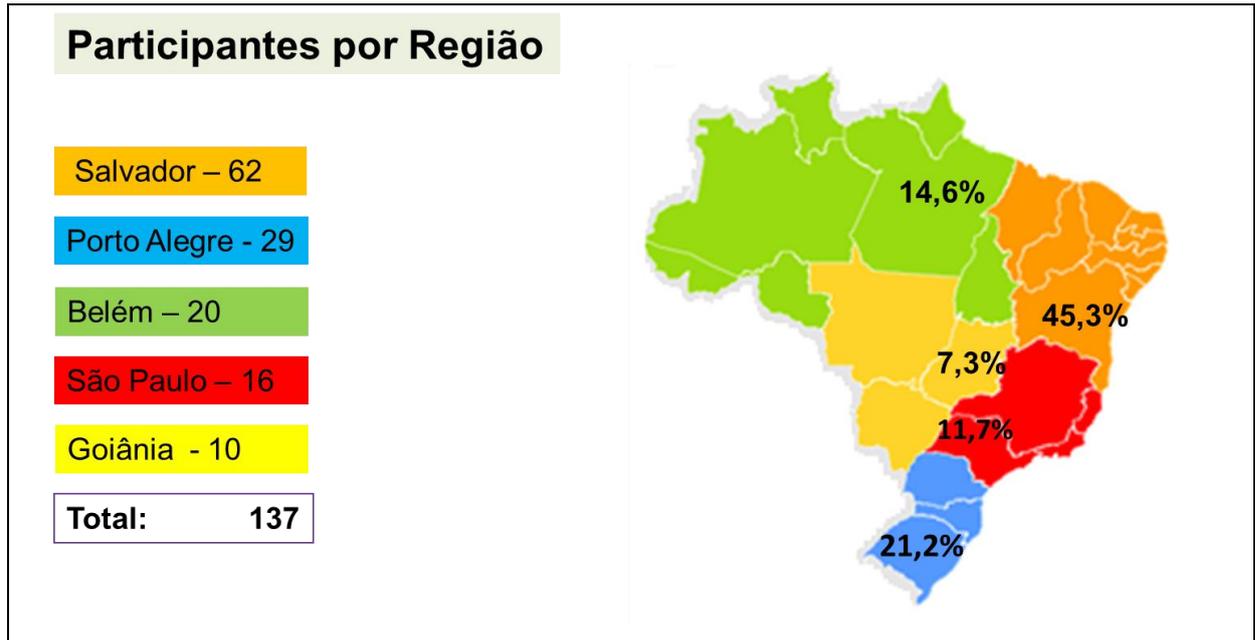


Figura 2 - Distribuição da amostra final por capitais representantes das cinco regiões do Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado pela autora

4.3 Variáveis do estudo

4.3.1 Variáveis independentes

- Características pessoais: sexo, faixa etária, estado civil, filhos, titulação, título de especialista, residência, renda líquida.
- Características funcionais: tempo de trabalho na UTI, carga horária semanal, vínculo institucional, cargo, quantidade de paciente por plantão.
- Fatores psicossociais: demanda (alta/baixa) e controle (alto/baixo). As percepções das enfermeiras sobre o quanto elas possuem controle do trabalho e a demanda psicológica gerada para o desempenho das atividades, sendo distribuídas nos quadrantes do modelo de Karasek em: trabalho ativo, trabalho passivo, alta exigência e baixa exigência.

4.3.2 Variável dependente: síndrome de *burnout*.

4.4 Aspectos Éticos

Este estudo obedeceu aos princípios éticos em pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), sob protocolo nº CAAE-21500313.4.0000.0053 (ANEXO B).

4.5 Coleta dos dados e instrumentos utilizados

Quanto à coleta de dados, os pesquisadores entregaram os questionários (ANEXO C), o TCLE e as cartas de apresentação com justificativa do trabalho para o diretor técnico da instituição, para os coordenadores e para os profissionais intensivistas (ANEXOS D, E e F). Os coordenadores das UTI's sorteadas foram os responsáveis pela entrega direta do material às enfermeiras selecionadas. Todos os questionários foram autoaplicáveis e respondidos conforme disponibilidade individual. A devolução dos questionários foi realizada diretamente à AMIB, por meio de correspondência com porte pago, garantindo sigilo e confidencialidade.

Na pesquisa inicial o questionário foi composto por 09 blocos de avaliação. Neste estudo foram utilizados apenas 05 blocos para análise, explicados a seguir:

Bloco I - identificação geral – bloco que reúne as informações sociodemográficas: sexo, idade, filhos, situação conjugal, formação acadêmica, ano de conclusão, titulação e cursos realizados.

Bloco II - informações gerais sobre o trabalho - contendo os dados profissionais: tempo de trabalho em UTI, cargo, tempo no cargo atual, vínculo de trabalho, função, número de vínculos, quantidade de paciente que cuida por plantão, carga horária, jornada de trabalho semanal, renda.

Bloco III - para investigação de características psicossociais do trabalho, foi utilizado o *Job Content Questionnaire* (JCQ), com 31 questões sobre: Controle (09); Demanda (13) e Suporte Social (09). Esse modelo Demanda-Controle analisa as

dimensões controle sobre o trabalho e a demanda psicológica, e como a combinação dessas dimensões identifica contextos de riscos à saúde do trabalhador⁽²⁰⁾.

Bloco IV – sobre aspectos de saúde e trabalho, para investigação de *burnout* foi utilizado o MBI – *Maslach burnout Inventory* que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões da síndrome, divididas em três subescalas de sete pontos, que variam de 0 a 6 (0 = nunca; 1 = algumas vezes por ano no máximo; 2 = no máximo uma vez por mês ou menos; 3 = algumas vezes ao mês; 4 = uma vez por semana; 5 = poucas vezes por semana e 6 = diariamente). Dessa maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam o *Burnout*. A Exaustão Emocional é avaliada por nove itens, a Despersonalização por cinco e a Ineficácia por oito. Foram utilizados os seguintes pontos de corte: Exaustão Emocional: Nível Baixo (< 16 pontos); Nível Médio (entre 17 e 26 pontos) e Nível Alto \geq 27 pontos); Despersonalização: Nível Baixo (< 06 pontos); Nível Médio (entre 07 e 12 pontos) e Nível Alto > 13 pontos); Ineficácia: Nível Baixo (\geq 39 pontos); Nível Médio (entre 32 e 38 pontos) e Nível Alto \leq 31 pontos⁽¹⁶⁾. Não existe consenso na literatura quanto aos critérios de definição do diagnóstico da síndrome. Grunfeld et al. associam à síndrome a presença de nível alto em umas das dimensões: Exaustão, Despersonalização ou Ineficácia (realização pessoal), já Ramirez et al. só consideram o diagnóstico da síndrome, quando há presença de níveis altos nas três dimensões⁽¹⁶⁾. Neste estudo, será considerado o critério de Grunfeld et al.

Bloco IX – fatores estressores na UTI, composto por uma listagem de 14 fatores que podem ocasionar estresse para o profissional da UTI, e duas questões abertas: “*Em sua opinião, o enfermeiro da UTI é visto como:*” e “*Em sua opinião, o paciente da UTI é visto como:*” com o objetivo de identificar a percepção dos profissionais sobre a imagem da sua categoria e dos pacientes da UTI.

4.6 Tratamento e análise dos dados

Para elaboração do banco de dados e condução das análises foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 14.0, de propriedade da EBMS. Para a apresentação das estatísticas descritivas, as variáveis categóricas

foram expressas em frequências e percentuais e as variáveis contínuas com distribuição normal expressas em médias e desvios padrão.

A significância estatística da distribuição do *burnout* pelas variáveis sociodemográficas, funcionais, assim como pelos fatores estressores e grupos previstos no Modelo Demanda-controle (MDC) foi analisada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (X^2).

As possíveis associações do *burnout* com as características sociodemográficas e funcionais, depois de transformadas em dicotômicas, e com os quatro grupos previstos no MDC foram analisadas por meio da medida de razão de prevalência (RP), sendo utilizado o intervalo de confiança de 95%. Para esses cálculos foi utilizada a calculadora OpenEpi, disponível em <https://www.openepi.com>.

Na análise final, as variáveis que apresentaram significância estatística foram submetidas à análise de regressão logística binária. Todas as análises adotaram $p \leq 0,05$ como medida de significância.

Com relação aos fatores de estressores, a intensidade com que estes fatores costumavam estressar os trabalhadores foi medida a partir de uma gradação de 0 a 3. O fator de estresse foi considerado de “pouca intensidade” para as respostas entre 0 ou 1 e com “muita intensidade” para as respostas entre 2 ou 3. O resultado foi apresentado em forma de frequência simples.

Para tratamento dos dados qualitativos, resultantes das duas perguntas abertas do questionário, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin apud Minayo⁽³⁹⁾ é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise temática de conteúdo foi realizada seguindo as cinco fases citadas por Yin⁽⁴⁰⁾: 1) Analítica (fase de compilação dos dados, na qual os dados são ordenados seguindo uma metódica organização); 2) Decomposição dos dados (fragmentar os dados, podendo ou não criar novos rótulos ou códigos); 3) Recomposição dos dados (criação de agrupamentos pela utilização de temas identificando padrões emergentes); 4) Interpretação dos dados (utilizar o material decomposto interpretando os dados, fase analítica. O pesquisador pode sentir necessidade de recompor ou decompor os dados, podendo criar tabelas e gráficos que auxiliem na interpretação) e 5) Conclusão (fase conclusiva das análises, deve se basear, principalmente, nas interpretações da fase anterior). As fases podem acontecer de forma não linear, podendo voltar à fase anterior para reavaliação.

Em relação à pergunta “*Em sua opinião o enfermeiro da UTI é visto como...*”, inicialmente foram lidas as falas de todos os respondentes e categorizadas em imagem positiva e imagem desfavorável. Posteriormente, na análise da categoria imagem desfavorável, identificou-se que algumas falas estavam relacionadas às áreas de desgaste ocupacional, citadas por Maslach e Leiter⁽⁹⁾. Foi então realizada nova leitura relacionando as respostas às respectivas áreas de desgaste, criando-se, então, seis subcategorias da categoria imagem desfavorável.

Dessa forma, obteve-se uma análise mais aprofundada, buscando, de forma complementar aos dados quantitativos, permitir uma maior compreensão dos resultados encontrados.

5 RESULTADOS

A maioria das enfermeiras participantes deste estudo trabalhava em UTI adulto (70%) e 30% em UTI infantil. Foi considerada a denominação UTI infantil para a junção das UTI's Pediátricas e Neonatais, visto que isoladamente, possuíam um número pequeno de respondentes. A cidade com maior adesão à participação no estudo foi Salvador (sede da pesquisa). Na distribuição da amostra houve representação de todas as regiões geográficas do país, representadas por cinco capitais: Salvador na região Nordeste (45,2% do total), Porto Alegre no Sul (21,2%), Belém no Norte (14,6%), São Paulo no Sudeste (11,7%) e Goiânia no Centro-Oeste (7,3%), conforme tabela 01.

Tabela 1 - Distribuição de uma amostra de enfermeiras por tipo de UTI de cinco capitais brasileiras, 2014.

CAPITAL	ENFERMEIRAS		N (%)	(%) POR CAPITAL
	TIPO DE TERAPIA INTENSIVA(UTI)	UNIDADE DE		
Salvador	Adulto		39 (63)	(45,2)
	Infantil		23 (37)	
Porto Alegre	Adulto		27 (93)	(21,2)
	Infantil		02 (07)	
Belém	Adulto		15 (75)	(14,6)
	Infantil		05 (25)	
São Paulo	Adulto		11 (69)	(11,7)
	Infantil		05 (31)	
Goiânia	Adulto		04 (40)	(7,3)
	Infantil		06 (60)	
Total Adulto			96 (70)	
Total Infantil			41 (30)	
Total Geral			137 (100)	(100,0)

Fonte: Dados da pesquisa

5.1 Caracterização da amostra

Em relação ao sexo, 89,0% da amostra estudada eram do sexo feminino, sendo que 58,0% estavam na faixa etária entre 31 – 39 anos, com idade média de 35±6,4 anos. As casadas ou em união consensual representaram 57,0% e 51,0% possuíam filhos. A grande maioria das enfermeiras possuía especialização como titulação máxima (73,0%), 51% com título de especialista em UTI e 64% possuíam renda líquida entre R\$3.001,00 – 6.000,00, conforme tabela 02.

Tabela 2 - Características pessoais de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
	N	(%)*
SEXO		
Feminino	122	(89,0)
Masculino	15	(11,0)
FAIXA ETÁRIA		
24 – 30	31	(23,0)
31 – 39	78	(58,0)
40 – 49	20	(15,0)
> 50	6	(4,0)
ESTADO CIVIL		
Solteiro/Divorciado	58	(43,0)
Casado/União Consensual	77	(57,0)
FILHOS		
Não	67	(49,0)
Sim	69	(51,0)
TITULAÇÃO MÁXIMA		
Graduação	27	(21,0)
Especialização	93	(73,0)
Mestrado	4	(3,0)
Doutorado	4	(3,0)
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM UTI		
Não	67	(49,0)
Sim	70	(51,0)
PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA		
Não	68	(69,0)
Sim	30	(31,0)
RENDA LÍQUIDA (R\$)		
0 – 3.000,00	17	(12,0)
3.001,00 – 6.000,00	87	(64,0)
6.001,00 – 10.000,00	31	(23,0)
10.001,00 – 20.000,00	1	(1,0)

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

Quanto ao tempo de trabalho em UTI, 74,1% possuíam até 10 anos, 63,7% tinham carga horária semanal maior que 37 horas, sendo 29,5% maior que 60 horas semanais. O vínculo de trabalho que prevaleceu foi o privado com 70,8%, sendo que 88,5% exerciam função assistencial, 57,5% atendiam mais de 05 pacientes por plantão, 81,2% trabalhavam em apenas 01 UTI e 69,1% não possuíam outra atividade de trabalho fora de UTI (tabela 03).

Tabela 3 - Características funcionais de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS		
	N	(%)*
TEMPO DE TRABALHO EM UTI		
0 – 5 Anos	50	(38,2)
6 – 10 Anos	47	(35,9)
11 – 15 Anos	16	(12,2)
> 16 Anos	18	(13,7)
CARGA HORÁRIA SEMANAL		
≤ 36 Horas	47	(36,4)
37 – 44 Horas	26	(20,2)
45 – 60 Horas	18	(14,0)
> 60 Horas	38	(29,5)
VÍNCULO INSTITUCIONAL		
Assalariado privado	95	(69,3)
Contrato temporário privado	2	(1,5)
Cooperativa	1	(0,7)
Assalariado público	35	(25,5)
Contrato temporário público	7	(5,1)
Prestador de serviço	4	(2,9)
CARGO QUE EXERCE NA UTI		
Coordenação	15	(11,5)
Plantonista/assistencial	116	(88,5)
QTDE MÁX. DE PACIENTE POR PLANTÃO		
≤ 5	54	(42,5)
6 – 8	34	(26,8)
9 – 12	26	(20,5)
13 – 15	8	(6,3)
≥ 16	5	(3,9)
EM QTOS HOSPITAIS TRABALHA EM UTI		
Um Hospital	108	(81,2)
Dois Hospitais	25	(18,8)
OUTRA ATIVIDADE DE TRABALHO FORA UTI		
Não	94	(69,1)
Sim	42	(30,9)

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

5.2 Prevalência de *burnout*

O estudo identificou prevalência de *burnout* em 45,3% das enfermeiras, considerando o critério de Grunfeld et al. (nível alto em uma das dimensões). A dimensão mais prevalente foi a Exaustão com 38%, seguida da Ineficácia com 13,9% e Despersonalização com 7,3%. As pontuações no nível médio das três dimensões foram significativas, conforme demonstrado na tabela 04.

Tabela 4 - Prevalência do *burnout*, por dimensão e nível, em uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

BURNOUT	Nº (%)*	NÍVEL ALTO Nº (%)*	NÍVEL MÉDIO Nº (%)*	NÍVEL BAIXO Nº (%)*
<i>BURNOUT</i> EM PELO MENOS 01 DIMENSÃO**	62 (45,3)			
DIMENSÃO EXAUSTÃO		52 (38,0)	50 (36,5)	35 (25,5)
DIMENSÃO INEFICÁCIA		19 (13,9)	42 (30,7)	76 (55,5)
DIMENSÃO DESPERSONALIZAÇÃO		10 (7,3)	27 (19,7)	100 (73,0)

Fonte: Dados da pesquisa
Respostas válidas.*
Critério de Grunfeld et al. **

5.3 Variáveis sociodemográficas e *burnout*

Analizamos as variáveis sociodemográficas, de características pessoais e funcionais, relacionando-as com os resultados de nível alto na dimensão Exaustão, por ter sido a dimensão com maior prevalência. Encontramos significância estatística para idade ($p=0,023$), ter filhos ($p=0,009$) e ter participado de programa de residência ($p=0,015$) (tabela 05).

Tabela 5 - Características Pessoais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	SEM EXAUSTÃO		NÍVEL ALTO EXAUSTÃO		TOTAL N	VALOR DE p
	N	(%)*	N	(%)*		
SEXO						
Feminino	76	(62,3)	46	(37,7)	122	0,863
Masculino	9	(60,0)	6	(40,0)	15	
FAIXA ETÁRIA						
24 – 30	12	(38,7)	19	(61,3)	31	0,023
31 – 39	52	(66,7)	26	(33,3)	78	
40 – 49	14	(70,0)	6	(30,0)	20	
> 50	5	(83,3)	1	(16,7)	6	
ESTADO CIVIL						
Solteiro/Divorciado	35	(60,3)	23	(39,7)	58	0,814
Casado/União Consensual	48	(62,3)	29	(37,7)	77	
FILHOS						
Não	34	(50,7)	33	(49,2)	67	0,009
Sim	50	(72,5)	19	(27,5)	69	

Tabela 5 – Características Pessoais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014. (Continuação)

TITULAÇÃO MÁXIMA						
Graduação	16	(59,3)	11	(40,7)	27	
Especialização	56	(60,2)	37	(39,8)	93	
Mestrado	3	(75,0)	1	(25,0)	4	0,869
Doutorado	3	(75,0)	1	(25,0)	4	
TÍTULO DE ESPECIALISTA						
Não	45	(67,2)	22	(32,8)	67	
Sim	40	(57,1)	30	(42,9)	70	0,227
PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						
Não	45	(66,2)	23	(33,8)	68	
Sim	12	(40,0)	18	(60,0)	30	0,015
RENDA LÍQUIDA (R\$)						
0 – 3.000,00	10	(55,8)	7	(41,2)	17	
3.001,00 – 6.000,00	55	(63,2)	32	(36,8)	87	
6.001,00 – 10.000,00	19	(61,3)	12	(38,7)	31	0,624
10.001,00 – 20.000,00	0	(0)	1	(100,0)	1	
TIPO DE UTI						
Adulto	61	(63,5)	35	(36,5)	96	
Infantil	24	(58,5)	17	(41,5)	41	0,580

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

Entre as variáveis funcionais, aquelas que apresentaram tendência à significância estatística ($p \leq 0,10$) com o nível alto em Exaustão foram o tempo de trabalho ($p=0,082$) e a carga horária ($p=0,064$) (tabela 06).

Tabela 6 - Características Funcionais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

	SEM EXAUSTÃO		NÍVEL ALTO EXAUSTÃO		TOTAL N	VALOR DE p
	N	(%)*	N	(%)*		
TEMPO DE TRABALHO EM UTI						
0 – 5 Anos	26	(52,0)	24	(48,0)	50	
6 – 10 Anos	29	(61,7)	18	(38,3)	47	
11 – 15 Anos	14	(87,5)	2	(12,5)	16	0,082
> 16 Anos	12	(66,7)	6	(33,3)	18	
CARGA HORÁRIA SEMANAL						
≤ 36 Horas	30	(63,8)	17	(36,2)	47	
37 – 44 Horas	18	(69,2)	8	(30,8)	26	
45 – 60 Horas	14	(77,8)	4	(22,2)	18	0,064
> 60 Horas	17	(44,7)	21	(55,3)	38	

Tabela 6 – Características Funcionais: Prevalência do nível alto na dimensão Exaustão de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014. (Continuação)

VÍNCULO INSTITUCIONAL						
Assalariado privado	55	(57,9)	40	(42,1)	95	0,132
Contrato temporário privado	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,267
Cooperativa	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,434
Assalariado público	23	(65,7)	12	(34,3)	35	0,621
Contrato temporário público	5	(71,4)	2	(28,6)	7	0,606
Prestador de serviço	3	(75,0)	1	(25,0)	4	0,593
CARGO QUE EXERCE NA UTI						
Coordenação	11	(73,3)	4	(26,7)	15	0,301
Plantonista/assistencial	69	(59,5)	47	(40,5)	116	
QTDE MÁX. DE PACIENTE POR PLANTAO						
< 5	33	(61,1)	21	(38,9)	54	
6 – 8	17	(50,0)	17	(50,0)	34	
9 – 12	15	(57,7)	11	(42,3)	26	0,555
13 – 15	6	(75,0)	2	(25,0)	8	
> 16	4	(80,0)	1	(20,0)	5	
EM QTOS HOSPITAIS TRABALHA EM UTI						
Um Hospital	69	(63,9)	39	(36,1)	108	0,271
Dois Hospitais	13	(52,0)	12	(48,0)	25	
ATIVIDADE DE TRABALHO FORA UTI						
Não	59	(62,8)	35	(37,2)	94	0,924
Sim	26	(61,9)	16	(38,1)	42	

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e funcionais e a Exaustão alta do *burnout*, as variáveis foram recodificadas em dicotômicas, e calculadas as razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança. Apresentaram associação significativa com o nível alto de *burnout* na dimensão exaustão as variáveis: filhos e participação em programa de residência. (tabelas 07 e 08).

Tabela 7 – Características pessoais: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% em relação à presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	PREVALÊNCIA		RP	IC 95%		
	TOTAL	EXAUSTÃO				
	N	%*	N	%*		
SEXO						
Feminino	122	(89,0)	46	(37,7)	0,94	0,487 – 1,824
Masculino	15	(11,0)	6	(40,0)		
IDADE						
≤ 35 anos	84	(61,8)	32	(38,1)	1,01	0,651– 1,566
> 36 anos	52	(38,2)	20	(38,5)		
ESTADO CIVIL						
Solteiro/Divorciado	58	(43,0)	23	(39,7)	1,05	0,686 – 1,616
Casado/União Consensual	77	(57,0)	29	(37,7)		
FILHOS						
Não	67	(49,0)	33	(49,2)	1,79	<u>1,137 – 2,815**</u>
Sim	69	(51,0)	19	(27,5)		
TITULAÇÃO						
Sem Pós	27	(21,0)	11	(40,7)	1,05	0,629 – 1,77
Com Pós	101	(79,0)	39	(38,6)		
TÍTULO DE ESPECIALISTA						
Não	67	(48,9)	22	(32,8)	1,30	0,844 – 2,019
Sim	70	(51,1)	30	(42,9)		
PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						
Não	68	(69,0)	23	(33,8)	1,77	<u>1,14 – 2,761**</u>
Sim	30	(31,0)	18	(60,0)		
RENDA LÍQUIDA (R\$)						
≤ 6.000,00	104	(75,9)	39	(37,5)	1,05	0,643 – 1,716
>6.000,00	33	(24,1)	13	(39,4)		

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

**Resultado estatisticamente significativo.

Tabela 8 – Características funcionais: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% em relação à presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS	TOTAL		PREVALÊNCIA EXAUSTÃO		RP	IC 95%
	N	%*	N	%*		
TEMPO DE TRABALHO EM UTI						
≤ 10 anos	97	(74,0)	42	(43,3)	1,84	0,963 – 3,516
>10 anos	34	(26,0)	8	(23,5)		
CARGA HORÁRIA SEMANAL						
≤ 36 Horas	47	(36,4)	17	(36,2)	1,11	0,700 – 1,767
> 36 Horas	82	(63,6)	33	(40,2)		
CARGO QUE EXERCE						
Coordenação	15	(11,5)	4	(26,7)	1,52	0,638 – 3,618
Plantonista/assistencial	116	(88,5)	47	(40,5)		
QTDE MÁX. DE PAC./PLANTÃO						
≤ 8	88	(69,3)	38	(43,2)	1,20	0,742 – 1,95
> 8	39	(30,7)	14	(35,9)		
EM QTOS HOSP. TRAB. EM UTI						
Um Hospital	108	(81,2)	39	(36,1)	1,33	0,823 – 2,146
Dois Hospitais	25	(18,8)	12	(48,0)		
OUTRA ATIV. DE TRAB. FORA UTI						
Não	94	(69,1)	35	(37,2)	1,02	0,642– 1,631
Sim	42	(30,9)	16	(38,1)		

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

**Resultado estatisticamente significante.

Para verificar fatores independentes associados à Exaustão alta do *burnout*, foi realizado o teste de regressão logística binária. No modelo de regressão entraram as variáveis com associação significativa: filhos e participação em programa de residência. No entanto, no modelo final, permaneceram associações independentes apenas as variáveis filhos ($p=0,042$) e participação em programa de residência em UTI ($p=0,044$).

5.4 Aspectos psicossociais do trabalho e *burnout*

Percebe-se que houve uma maior concentração de enfermeiras (36%) referindo o ambiente com baixa demanda de trabalho, ou demanda psicológica, e baixo controle sobre o trabalho, caracterizando o “Trabalho Passivo” (baixa demanda de trabalho, não sofre pressão do tempo para execução de tarefas e poucas possibilidades de tomada de decisão, de utilizar habilidades novas ou desenvolver suas competências).

A segunda maior concentração encontra-se no quadrante “Alta Exigência” (29%), caracterizada por alta demanda de trabalho ou demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho (muita demanda psicológica sob pressão do tempo para realização de tarefas e poucas possibilidades de tomada de decisão, de utilizar habilidades novas ou desenvolver suas competências).

As Enfermeiras em ambiente de trabalho de “Alta Exigência” exibiram maior prevalência de *burnout* do que aquelas em outro contexto. Quando analisado o nível alto de *burnout* em 01 das dimensões, a prevalência no grupo “Alta Exigência” foi de 70%, seguida de 58% no grupo “Trabalho Ativo”, sendo estes dois quadrantes os de maior prevalência de *burnout*. Quando se considera apenas o nível alto na dimensão Exaustão do *burnout* isoladamente, a prevalência em “Alta Exigência” foi de 65% e no “Trabalho Ativo” de 53%, permanecendo como os dois quadrantes de maior prevalência (tabela 9, figura 3).

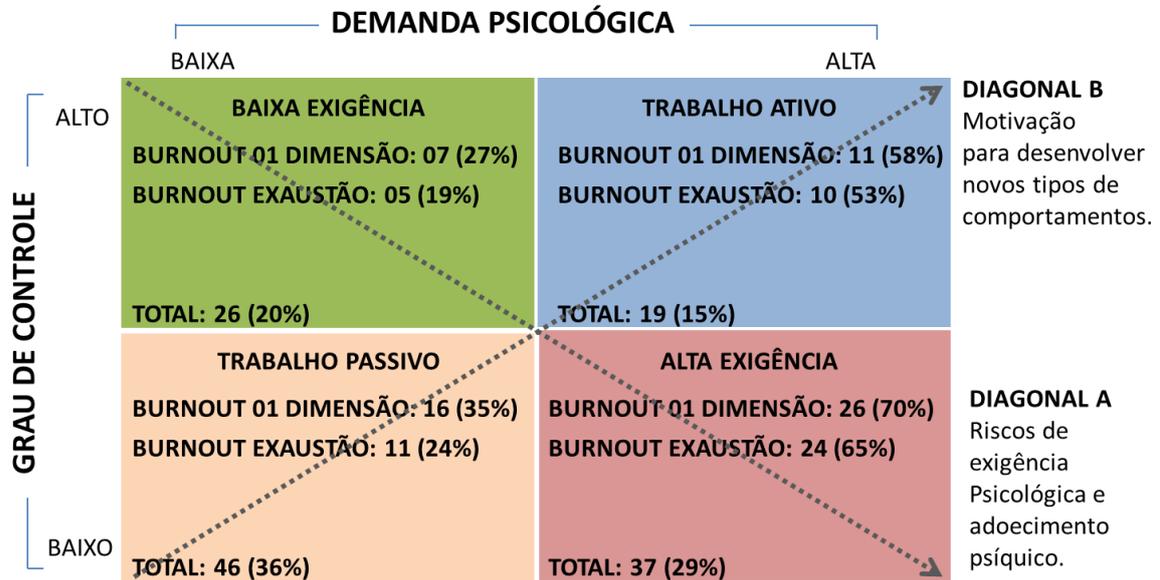
Tabela 9 – Prevalência de *burnout* entre os grupos do modelo Demanda-Controle, em uma das dimensões e na dimensão exaustão, de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014

GRUPOS MODELO DEMANDA-CONTROLE	<i>BURNOUT</i> (01 dimensão) Nº (%)	<i>BURNOUT</i> (Exaustão) Nº (%)	TOTAL (Com e sem <i>burnout</i>) Nº (%)*
BAIXA EXIGÊNCIA (↓ Demanda+ ↑ Controle)	7 (27)	5 (19)	26 (20)
TRABALHO PASSIVO (↓ Demanda+ ↓ Controle)	16 (35)	11 (24)	46 (36)
TRABALHO ATIVO (↑ Demanda+ ↑ Controle)	11 (58)	10 (53)	19 (15)
ALTA EXIGÊNCIA (↑ Demanda+ ↓ Controle)	26 (70)	24 (65)	37 (29)

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas.

Figura 3 - Prevalência de *burnout* entre os grupos do modelo Demanda-Controle de uma amostra de enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.



Fonte: Adaptado de Karasek apud Araújo et al.

Quando analisadas a prevalência e a razão de prevalência do *burnout* no nível alto de Exaustão em relação à comparação do quadrante “Alta Exigência” (alta demanda e baixo controle) e os demais quadrantes do modelo Demanda-Controle (JCQ), evidencia-se que os profissionais que se percebem no ambiente de “Alta Exigência” possuem 3,37 vezes maior probabilidade de desenvolver *burnout* do que os profissionais que estão em ambiente de baixa demanda e alto controle e 2,71 vezes do que os profissionais que estão no ambiente no ambiente de baixa demanda e baixo controle (tabela 10).

Tabela 10 - Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características resultado do JCQ (fatores psicossociais do trabalho) e presença de nível alto de exaustão em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

GRUPOS MODELO DEMANDA-CONTROLE			
	N	RP	IC 95%
ALTA EXIGÊNCIA/TRABALHO PASSIVO			
Alta Exigência	37		
Trabalho Passivo	46	2,71	<u>1,538 – 4,784*</u>
ALTA EXIGÊNCIA/BAIXA EXIGÊNCIA			
Alta Exigência	37		
Baixa Exigência	26	3,37	<u>1,482 – 7,678*</u>
ALTA EXIGÊNCIA/TRABALHO ATIVO			
Alta Exigência	37		
Trabalho Ativo	19	1,23	0,756 – 2,008

Fonte: Dados da pesquisa

*Resultado estatisticamente significativo.

5.5 Fatores estressores para as enfermeiras e *burnout*

Dentre os catorze fatores considerados estressores, nove apresentaram associação significativa com *burnout*. Quando considerado nível alto em uma das dimensões, sete fatores apresentaram associação significativa, e oito, quando considerado o nível alto na dimensão Exaustão. Os três fatores que apresentaram maior prevalência de *burnout* estavam relacionados às questões emocionais e/ou relacionais, conforme descritos na tabela 11.

Tabela 11 - Fatores estressores na UTI: Prevalência de *burnout* em uma das dimensões e em nível alto de exaustão, em enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras, 2014.

FATORES ESTRESSORES COM ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA COM <i>BURNOUT</i>	<i>BURNOUT</i> (1 dimensão)		<i>BURNOUT</i> (Exaustão)	
	N (%*)	p	N (%*)	p
Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes**	42 (60)	0,000	38 (54)	0,000
Lidar com o sofrimento e a morte**	38 (60)	0,001	33 (52)	0,001
Relacionamento com a equipe**	34 (60)	0,003	30 (53)	0,004
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	32 (56)	0,021		
Cuidar do paciente terminal**			24 (52)	0,023
Problemas administrativos	38 (56)	0,014	34 (50)	0,004
Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	40 (56)	0,008	35 (49)	0,007
Lidar com a angústia dos familiares**	46 (52)	0,025	40 (45)	0,021
Ritmo acelerado das atividades			37 (46)	0,027

Fonte: Dados da pesquisa

*Respostas válidas

**Questões relacionais e/ou emocionais

5.6 Percepção das enfermeiras de terapia intensiva sobre a imagem da sua profissão

Em relação à pergunta aberta: “*Em sua opinião o enfermeiro da UTI é visto como...*” tivemos a participação de 97 respondentes. Destes respondentes, 53% não apresentavam nível alto em nenhuma dimensão de *burnout*.

A partir da análise dos conteúdos das respostas, identificamos as categorias “Imagem positiva da profissão”, e “imagem desfavorável da profissão”.

Por considerar que as respostas com percepção de “imagem desfavorável” poderiam fornecer maiores subsídios para análise, buscamos identificar entre elas as seis áreas de desgaste profissional identificadas por Maslach e Leiter⁽¹¹⁾, que são: “carga de trabalho”, “recompensa”, “controle”, “valores”, “comunidade” e “justiça”. Decompomos, então, a categoria “imagem desfavorável” em subcategorias representadas pelas seis áreas de desgaste profissional.

Do total de 130 respostas categorizadas, 27% foram de “imagem positiva”, e destas, 63% foram de profissionais que não apresentavam *burnout*. Na categoria “imagem desfavorável”, algumas respostas possibilitaram a identificação de mais de uma subcategoria. Entre as respostas da categoria “imagem desfavorável”, 56% foram dos profissionais com *burnout*. As subcategorias mais prevalentes foram “recompensa” (39%), “carga de trabalho” (35%) e “controle” (12%) (tabela 12).

Tabela 12 - Categorização da percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem da sua profissão, 2014.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	SEM <i>BURNOUT</i>		COM <i>BURNOUT</i> (Respostas identificadas por dimensão de <i>burnout</i>)							TOTAL GERAL	
	Nº	%	EE*	EE+ DP*	EE+ DP + IN*	EE + IN	IN	Nº (TOTAL C/ <i>BURNOUT</i>)	%	Nº	%
IMAGEM POSITIVA	22	63,0	08	00	00	01	04	13	37,0	35	27,0
IMAGEM DESFAVORÁVEL											
Recompensa	12	32,0	12	06	00	04	03	25	68,0	37	39,0
Carga de trabalho	17	51,0	09	02	01	04	00	16	48,0	33	35,0
Controle	08	73,0	01	01	00	01	00	03	27,0	11	12,0
Justiça	-	-	04	01	-	01	-	06	100,0	06	6,0
Valores	01	33,0	02	00	00	00	01	03	67,0	04	4,0
Comunidade	04	100,0	-	-	-	-	-	-	-	04	4,0
	42	44,0	28	10	01	10	04	53	56,0	95	73,0
Nº TOTAL DE RESPOSTAS	64	49,0	36	10	01	11	08	66	51,0	130	100,0
Nº TOTAL DE RESPONDENTES**	51	53,0	25	06	01	07	07	46	47,0	97	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

* EE – Exaustão

IN – Ineficácia

DP – Despersonalização

** O número total de respondentes é menor do que o número de respostas categorizadas, pois em algumas respostas foram identificadas mais de uma subcategoria.

A percepção das enfermeiras intensivistas sobre a imagem da sua profissão foi exemplificada no Quadro 01, de acordo com as categorias/subcategorias identificadas e relacionadas à presença ou não do *burnout*.

Quadro 1 - Percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem da sua profissão, de acordo com as categorias/subcategorias identificadas e relacionadas à presença ou não do *burnout*, 2014.

CATEGORIA IMAGEM POSITIVA: O profissional percebe sua contribuição e importância para o serviço, equipe e paciente. Reconhecimento do seu valor profissional.	
Sem <i>burnout</i> (n=22)	<i>“Parte fundamental da equipe, profissional responsável por proporcionar assistência de qualidade visando bem-estar físico, psíquico não só dos pacientes, como também dos familiares. Lidera a equipe e gerencia o setor contribuindo para o bom funcionamento”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=13)	<i>“O enfermeiro é de extrema importância, pois é ele que supervisiona e está presente à beira do leito vinte e quatro horas, fator organizacional dentro da Unidade”.</i>
CATEGORIA IMAGEM DESFAVORÁVEL: Apresentada pelas seis subcategorias abaixo.	
SUBCATEGORIAS:	
RECOMPENSA: Falta de recompensas financeiras e sociais: falta de reconhecimento, pelas empresas e pelos colegas, do trabalho realizado. Falta de reconhecimento próprio sobre a importância e valorização do trabalho realizado.	
Sem <i>burnout</i> (n=12)	<i>“Infelizmente muito tarefairo, com necessidade de estudar mais, pouco valorizado por alguns membros da equipe, desrespeitado em diversas situações, salários baixos”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=25)	<i>“Como responsável pela resolução de todos os problemas; profissional mal remunerado, pouco reconhecido, sem direito a descanso”.</i>
CARGA DE TRABALHO: Excesso de trabalho, sobrecarga excessiva, ou falta de habilidades para desenvolver atividades.	
Sem <i>burnout</i> (n=17)	<i>“Faz tudo na UTI, resolve tudo e é responsável por tudo”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=16)	<i>“Apaga incêndio. Tem que saber de tudo e resolver tudo. Não tem tempo para alimentar-se”.</i>
CONTROLE: Falta de controle sobre os recursos para exercer seu trabalho ou falta de autoridade. Responsabilidade sem autonomia e poder.	
Sem <i>burnout</i> (n=8)	<i>“Um auxiliar dos demais profissionais”</i>
Com <i>burnout</i> (n=3)	<i>“Tarefairo, por vezes toma decisões”.</i>
JUSTIÇA: Falta de equidade no trabalho, presença de discriminação e favoritismo.	
Sem <i>burnout</i> (n=0)	Não identificada.
Com <i>burnout</i> (n=6)	<i>““Bode expiatório”. O processo quando não acontece em conformidade, normalmente buscam culpar enfermagem”</i>
VALORES: Existência de conflito pelo trabalho realizado, valores pessoais conflitantes com os organizacionais, conflitos éticos, tarefas sem sentido.	
Sem <i>burnout</i> (n=1)	<i>“Secretário de luxo da equipe multidisciplinar”</i>
Com <i>burnout</i> (n=3)	<i>“Gerenciador da unidade, muitas vezes exercendo funções que não são suas para que haja funcionamento adequado da unidade, o que gera mais estresse para o profissional”.</i>
COMUNIDADE: Isolamento, falta de apoio no grupo, presença de conflito e desrespeito, não há compartilhamento de valores. Ausência de apoio social.	
Sem <i>burnout</i> (n=4)	<i>“Funcionário frio e cumpridor de tarefas, algumas vezes aquele faz tudo, empregado pessoal de todo mundo (equipe multidisciplinar)”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=0)	Não identificada.

Fonte: Elaborado pela autora

5.7 Percepção das enfermeiras sobre a imagem do paciente da UTI

Em relação à pergunta aberta: “*Em sua opinião o paciente da UTI é visto como...*” tivemos a participação de 95 respondentes. Destes, 53,7% não apresentavam nível alto em nenhuma dimensão de *burnout*.

A partir da análise dos conteúdos das respostas, identificamos as categorias “Imagem positiva associada ao cuidado humanizado”, “Imagem técnica” e “Imagem negativa”.

A percepção da “imagem positiva” do paciente da UTI foi a mais frequente entre as enfermeiras (45,3%), seguida da “imagem técnica” (30,5%) e “Imagem negativa” (24,2%). A percepção da “imagem positiva” e “imagem técnica” foi mais presente entre as enfermeiras que não apresentavam *burnout* (53,5% e 62,1%, respectivamente), enquanto a percepção da “imagem negativa” esteve mais presente entre as que apresentavam *burnout* (56,5%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Categorização da percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem do paciente da UTI, 2014.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	SEM BURNOUT		COM BURNOUT (Respostas identificadas por dimensão de <i>burnout</i>)							TOTAL GERAL	
	Nº	%	EE*	EE+ DP*	EE+ DP + IN*	EE + IN	IN	Nº (TOTAL C/ BURNOUT)	%	Nº	%
IMAGEM POSITIVA ASSOCIADA AO CUIDADO HUMANIZADO	23	53,5	12	03	-	01	04	20	46,5	43	45,3
IMAGEM TÉCNICA	18	62,1	07	01	-	02	01	11	37,9	29	30,5
IMAGEM NEGATIVA	10	43,5	05	01	01	04	02	13	56,5	23	24,2
Nº TOTAL DE RESPONDENTES**	51	53,7	24	05	01	07	07	44	46,3	95	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

* EE – Exaustão

DP – Despersonalização

IN – Ineficácia

A percepção das enfermeiras sobre a imagem do paciente da UTI foi exemplificada no Quadro 02, de acordo com a categoria identificada, e relacionada à presença ou não de *burnout*.

Quadro 2 - Percepção das enfermeiras intensivistas de cinco capitais brasileiras sobre a imagem do paciente da UTI, de acordo com as categorias identificadas e relacionamos à presença ou não do *burnout*, 2014.

IMAGEM POSITIVA: O paciente é visto como um ser com necessidades biopsicossociais, que deve ser cuidado na sua integralidade e para o qual os profissionais devem considerar suas particularidades, medos e anseios, incluindo a atenção à sua família. Cuidado humanizado.	
Sem <i>burnout</i> (n=23)	<i>“Cliente que tem suas necessidades individualizadas e que necessita de profissional que seja capaz de tratar com respeito, competência, compromisso e excelência no atendimento”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=20)	<i>“O principal foco, principal objetivo, é por ele que estamos aí. Deve ser tratado com muito respeito, dignidade, empatia e competência. É a razão de existir nossa profissão”.</i>
IMAGEM TÉCNICA: O paciente é visto na sua complexidade e criticidade para o qual é associada uma assistência especializada. Não é explicitada a valorização da humanização do cuidado.	
Sem <i>burnout</i> (n=18)	<i>“Paciente crítico que necessita de cuidados qualificados”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=11)	<i>“Um “ser” que necessita de cuidados especiais, atenção, e observação constante. Porém não nos envolvemos muito com os mesmos para não sofreremos com seus possíveis prognósticos”.</i>
IMAGEM NEGATIVA: Paciente como objeto do cuidado, como um caso clínico para o qual o foco da atenção é a doença e não o paciente. Visto como sem expectativa de vida. Fonte de lucro para o hospital.	
Sem <i>burnout</i> (n=10)	<i>“Fonte de lucro para o hospital, para administração”.</i> <i>“Muitas vezes apenas como um corpo que está sendo cuidado, sendo por vezes esquecido do seu ser pessoa”.</i>
Com <i>burnout</i> (n=13)	<i>“Às vezes como uma máquina que deu problema e tem que corrigir o defeito”.</i> <i>“Hoje em dia, paciente mais esclarecido, mais exigente, mais solicitante, menos envolvido, mais carente”.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

6 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que a maior parte das enfermeiras que trabalham em UTI é do sexo feminino, com média de idade de 35 anos, casada ou em união estável, com filhos. A maioria com título de especialista, renda líquida de até 6.000,00 reais, trabalhando carga horária semanal maior que 36 horas (cerca de um terço trabalhava mais de 60 horas), com um máximo de 10 anos na atividade e cuidando de mais de 05 pacientes por plantão.

O presente estudo também revelou uma elevada prevalência de *burnout* entre as enfermeiras intensivistas. A taxa foi de 45,3% quando considerado o nível alto em pelo menos uma das dimensões (critério de Grunfeld et al.). Esse resultado é preocupante, visto que são profissionais que trabalham na assistência direta a pacientes graves e que, estando com a saúde comprometida, ficam mais suscetíveis a cometer incidentes clínicos, impactando diretamente na segurança do paciente^(5,37,38), e a sofrer acidentes de trabalho, comprometendo ainda mais a sua saúde⁽³⁷⁾. O nível alto de *burnout*, neste estudo, teve maior prevalência na dimensão de Exaustão Emocional (38,0%), seguido de Ineficácia (13,9%) e Despersonalização (7,3%). Apresentaram associação com *burnout* as variáveis filho e ter participado de programa de residência. Neste estudo ter filho atuou como fator protetor do *burnout*. As enfermeiras que participaram de programas de residência apresentaram aproximadamente duas vezes mais probabilidade de desenvolver *burnout*.

Alguns estudos apresentaram taxa de *burnout* levemente maior que a nossa, utilizando o critério de Grunfeld et al. Zanata e Lucca⁽⁴¹⁾ encontraram prevalência de 50,8% em enfermeiras de um Hospital especializado em Oncohematologia infantil, enquanto Ribeiro et al.⁽⁵⁾ revelaram taxa de 55,4% entre aquelas que trabalhavam na especialidade de clínica médica. Outros estudos que não separam as categorias da enfermagem (Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares) encontraram prevalência variando de 37,7%⁽⁶⁾ a 55,3%⁽⁴²⁾ em profissionais de enfermagem que trabalhavam em UTI. Esses dados parecem apontar para maior taxa de *burnout* nas Enfermeiras, possivelmente associada a uma maior responsabilidade nas funções de tomada de decisão. Apesar disso, estudo realizado na França, com enfermeiros e assistentes

de enfermagem de terapia intensiva, apresentou prevalência de 32,8% de *burnout* sem encontrar diferenças relevantes entre as categorias de enfermagem⁽⁸⁾.

Em relação às dimensões mais prevalentes na síndrome de *burnout*, Exaustão-Ineficácia-Despersonalização, nesta ordem, foram também encontradas em outros estudos com enfermeiras, sendo que as respectivas taxas variaram de 16,1% a 42,6% para Exaustão, de 6,1% a 35,6% para Ineficácia, e de 2,4% a 25% para Despersonalização^(5,24). Também nossos resultados confirmam a importância da dimensão Exaustão no trabalho da enfermagem em UTI.

Nossos achados apontaram para a associação entre *burnout* e os aspectos psicossociais do trabalho. Essa associação foi particularmente notada quando existia trabalho com alta demanda e baixo controle. Esses resultados são convergentes com outros estudos no que diz respeito à Alta Exigência ser o quadrante com maior prevalência de *burnout*, e estar relacionado à dimensão Exaustão^(20,42). A prevalência da dimensão Exaustão tem sido relacionada ao sexo feminino por Maslach et al.⁽⁹⁾ e talvez por isso encontrada nos estudos referentes às enfermeiras, tendo em vista ser profissão majoritariamente composta por mulheres^(9,17,42).

O segundo quadrante com maior prevalência de *burnout* foi o Trabalho Ativo, quando o trabalho apresenta alta demanda e alto controle. A alta demanda está presente nos dois quadrantes com maior prevalência de *burnout* neste estudo. Esses dados parecem indicar que a alta demanda de trabalho possui maior influência no estresse das enfermeiras intensivistas. O controle foi a terceira subcategoria mais frequente nas falas das enfermeiras participantes deste estudo, sendo mais presente entre as que não apresentavam *burnout*, no entanto, as falas representam a percepção da falta de autonomia para tomada de decisão e falta de oportunidade para o uso de habilidades intelectuais, percebendo-se como auxiliar dos demais membros da equipe multiprofissional. A falta de autonomia para tomada de decisão já foi evidenciada em vários estudos, como fator promotor do adoecimento dos profissionais^(6,15,43).

A responsabilidade na gestão do cuidado e a articulação com os demais profissionais da equipe multidisciplinar colocam a enfermeira como principal responsável por muitas tarefas e encaminhamentos. Além disso, frequentemente, condições adversas

desfavoráveis, tais como quadro de funcionários deficitário, *turnover*, absenteísmo, falta de condições adequadas para a assistência, cansaço físico e mental, duplo vínculo de trabalho, conflitos profissionais e falta de suporte pelos componentes da equipe multiprofissional contribuem para o adoecimento desses profissionais^(3,4,6,7,9,17). Assim, esse contexto de alta demanda e baixa autonomia atua sinergicamente para o surgimento de *burnout*, especialmente na dimensão Exaustão⁽¹⁹⁾.

A percepção das enfermeiras intensivistas deste estudo, sobre a imagem da sua profissão, evidencia o contexto citado, pois se sentem sobrecarregadas, desenvolvendo tarefas que não consideram de sua responsabilidade, sem autonomia para decisão, não se sentem reconhecidas e valorizadas pela equipe e pela organização.

Neste estudo, revelaram-se mais susceptíveis ao *burnout* as enfermeiras mais jovens, com residência, com carga horária maior que 60 horas e menor tempo de trabalho em terapia intensiva. Profissionais com essas características podem não ter maior estabilidade e experiência, além de possuírem menor maturidade para desenvolver estratégias de enfrentamento às situações desfavoráveis no trabalho. A presença de filhos como fator de proteção pode estar relacionada à oportunidade de vivenciarem relações afetivas de cuidado que exigem maior controle emocional na vida pessoal, com reflexos positivos na vida profissional e saúde psíquica^(9,38).

Os profissionais com residência apresentaram maior prevalência para *burnout*, sendo a razão de prevalência aproximadamente duas vezes maior em relação aos que não possuíam residência. Maslach et al.⁽⁹⁾, em suas pesquisas sobre *burnout*, relatam que alguns estudos associam altos níveis educacionais a altos níveis de *burnout*. A explicação poderia estar relacionada à alta qualificação que gera maiores expectativas em relação ao trabalho e maior frustração quando as expectativas não são atendidas.

Em relação aos fatores estressores, nossos achados revelaram que houve prevalência daqueles relacionados às questões emocionais e/ou relacionais, apontando para possíveis dificuldades nos momentos de conflitos, na relação com pacientes, famílias e equipes. Essa condição de estresse reitera a importância das

competências relacionais e de comunicação para as enfermeiras, não só pelo papel desempenhado frente às famílias e pacientes, como também com suas respectivas equipes de trabalho^(3,4,8,9,28,44,45).

O fato da maioria das enfermeiras deste estudo ser jovem pode influenciar nos fatores estressores estarem relacionados às questões emocionais ou relacionais, visto que a resiliência e as competências relacionais tendem a se desenvolverem com a experiência e a maturidade⁽²⁴⁾.

A resiliência e o *burnout* em enfermeiras intensivistas foram estudados por Rushton et al.⁽⁴⁾ em 114 enfermeiras de 06 Unidades de Terapia Intensiva. Os resultados do estudo revelaram que o *moral distress* é preditor significativo do *burnout* e a resiliência possui associação forte com *burnout*. As enfermeiras que conseguem desenvolver resiliência para lidar com situações de morte de paciente e de conflitos nas relações interpessoais ajudam na diminuição do seu próprio estresse.

Fumis et al.⁽¹⁷⁾ estudando o *moral distress* e sua associação com o *burnout* entre profissionais de terapia intensiva, identificou que as enfermeiras tinham alto nível de *burnout*, e o estresse gerado por comunicação falha com a equipe médica, percepção da inadequação do tratamento médico, dilemas e conflitos éticos e legais, contribuíram significativamente para o *burnout*. Em estudo multicêntrico realizado por Poncet et al.⁽⁸⁾, em Unidades de Terapia Intensiva da França, observou-se que 32,8% da equipe de enfermagem (enfermeiras e assistentes) apresentaram nível alto de *burnout*. Entre os fatores relatados como estressores, estavam os cuidados fúteis relacionados aos pacientes que estão morrendo, os conflitos com pacientes, familiares, ou mesmo, com membros da equipe. A necessidade de comunicação efetiva entre equipes de enfermagem e médica sobre tratamentos prescritos para suporte à vida pode também representar estratégia importante para ajudar a enfermagem no enfrentamento desse fator estressor.

A percepção das enfermeiras intensivistas quanto à imagem positiva do paciente da UTI relacionada ao cuidado humanizado, mesmo entre as que estavam com *burnout*, parece apontar para a identificação dessas profissionais com a profissão. Profissionais que gostam do que fazem e que atuam eticamente pautados nos

princípios da bioética, na perspectiva de assistir o paciente com dignidade e respeito, reconhecem a necessidade de assistir o paciente na sua integralidade⁽⁴⁶⁾. Em estudo realizado com enfermeiras em hospitais sobre os fatores que influenciam na satisfação com o trabalho, Simonil⁽⁴⁷⁾ encontrou “identificação com a tarefa” (questões que envolviam o cuidar e a relação com o outro) como um dos fatores de maior satisfação profissional. Apesar disso, neste estudo, quando somados os percentuais de percepção da imagem técnica e da imagem negativa do paciente, e se analisarmos também a presença das três dimensões do *burnout* em nível médio, desenha-se um cenário preocupante, pois o contato continuado dessas profissionais com os fatores estressores é propício ao adoecimento.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações quanto ao método, pois não permite inferir causalidade nas associações das variáveis estudadas e *burnout*, quanto à representação das regiões demográficas, por terem sido representadas por apenas uma capital e quanto ao pequeno número de respondentes por tipo de UTI pediátrica e neonatal, que não permitiram medir a prevalência de *burnout* nessas UTI's separadamente.

Apesar dessas limitações, acreditamos que ele contribui para uma maior compreensão das condições de trabalho das enfermeiras intensivistas, visto que retrata a realidade vivida em muitas unidades de terapia intensiva, e trata da categoria dessas enfermeiras separadamente das demais categorias de enfermagem, permitindo a comparação com outros estudos sobre a prevalência de *burnout* em enfermeiras.

Permitiu conhecer a percepção das enfermeiras sobre a sua imagem profissional e a imagem do paciente da terapia intensiva, possibilitando que sejam estudadas estratégias futuras para apoiar a ressignificação da imagem profissional, percebida, muitas vezes, como “sem reconhecimento”, “sobrecarregada” e “sem autonomia”, assim como, estratégias de enfrentamento pela enfermeira para lidar com os pacientes graves, com os que têm baixa perspectiva de sobrevida e com as questões emocionais de pacientes e suas famílias.

Novos estudos com grupos focais, favorecendo uma maior interação com as profissionais, com maior aprofundamento das questões geradoras de angústia e estresse, e com intervenções que promovam reflexão e autoconhecimento para o desenvolvimento de estratégias de *cooping* para melhorar a administração e resolução de conflitos pode ser uma grande contribuição para as enfermeiras intensivistas.

A despeito das limitações, nossos dados podem, principalmente, servir de referência para o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar as condições de trabalho

dessas profissionais, visando eliminar ou minimizar os estressores que geram os desajustes entre as enfermeiras e o trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o construto do *burnout* como uma resposta prolongada a estressores interpessoais no ambiente de trabalho traz à luz a reflexão sobre a necessidade de pensar ações que modifiquem o contexto de trabalho, ações de prevenção e não apenas ações com foco no indivíduo já adoecido, ações de cunho individual, que têm como pano de fundo responsabilizar apenas as pessoas pelo seu problema de saúde mental.

Para a autora, que tem acompanhado como gestora e educadora a evolução na complexidade do papel da enfermeira, há fatores que, pelo seu desenvolvimento, comprometem a qualidade de vida dessas profissionais. Podemos citar a agregação de novas e complexas responsabilidades, a mudança no perfil dos pacientes e na relação desses com a equipe, a inclusão da assistência à saúde em uma lógica mercadológica, o aumento da tecnologia nas unidades hospitalares, o aumento do estresse advindo das questões sócio-político-econômicas, além da falta de regulamentação da jornada de trabalho e piso salarial das enfermeiras.

O contexto hospitalar, em especial as UTI's, por sua característica de criticidade da assistência prestada, oferece grande número de riscos à segurança do paciente e, aliado a isso, profissionais que estejam sob forte estresse, sentindo-se não reconhecidos, sobrecarregados e sem autonomia, vulnerabilizam a assistência com maiores chances de cometer incidentes com os pacientes e também de serem vítimas de acidentes de trabalho.

Esse cenário se revela prioritário para que gestores, educadores, profissionais e entidades de classe se debruçam sobre a necessidade de rever as condições de trabalho dessas profissionais, que precisam ser cuidadas para se manterem saudáveis e poder cuidar do outro.

9 CONCLUSÕES

A prevalência de *burnout* em enfermeiras intensivistas encontrada neste estudo é elevada, 45,3%, considerando o nível alto em uma das dimensões da síndrome. Esse distúrbio está diretamente associado às condições psicossociais do trabalho, especialmente quando há exercício da função sob alta demanda e baixo controle, ambiente de alta exigência. Nessas condições, há favorecimento para o surgimento do *burnout*, especialmente na dimensão Exaustão.

Entre as variáveis independentes que apresentaram associação com o *burnout*, encontraram-se ter filhos e ter participado de programa de residência em UTI.

Em relação aos fatores estressores, aqueles que estavam relacionados às questões emocionais foram os mais referidos pelas enfermeiras, seguidos dos que são associados à carga de trabalho.

Assim, enfermeiras sem filhos, com participação em programa de residência e com dificuldades para lidar com questões emocionais estão particularmente susceptíveis ao adoecimento.

Em relação à percepção da enfermeira quanto à imagem da sua profissão, um número importante de enfermeiras possui uma imagem desfavorável, percebem-se sobrecarregadas com atividades que não são específicas de sua função e não se sentem reconhecidas.

Quanto à imagem do paciente da UTI, percebida pelas enfermeiras, estão mais presentes aquelas que associam às pessoas com necessidade de ter um cuidado integral, que envolvam os aspectos biopsicossociais e as que ainda percebem o paciente apenas de forma técnica, mecanicista.

Diante dos resultados encontrados e do contexto estressante da terapia intensiva, ações gerenciais que revisitem as condições de trabalho, visando diminuir os fatores precursores do desgaste físico e psíquico se fazem urgentes e relevantes. Além disso, programas que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida no

trabalho, que promovam engajamento, comunicação efetiva entre as equipes e fortalecimento das competências relacionais e emocionais podem ajudar esses profissionais para um melhor enfrentamento aos fatores estressores.

REFERÊNCIAS

1. Fogaça M de C, Carvalho WB de, Nogueira-Martins LA. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2010 Sep [cited 2016 July 12]; 44(3): 708-712. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300022>.
2. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros Dde S, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2009 [cited 2016 July 12] ; 55(6): 656-662. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000600009>.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20, 2001, 43–53.
4. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings Published online <http://ajcc.aacnjournals.org/>©2015 American Association of Critical-Care Nurses
5. Ribeiro VF, Filho CF, Valenti VE, Ferreira M, de Abreu LC, de Carvalho TD, Ferreira C. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. 2014. <http://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>
6. Moreira D de S, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 July [cited 2016 July 13] ; 25(7): 1559-1568. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>.
7. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *PsicolEstud* 2002; 7:3-10. Disponível em: https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2002_Psicologia_em_Estudo.pdf. Acesso em 11/11/2017.
8. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:698–704. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.200606-806OC>

9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann. Rev. Psychol.* [Internet]. 2001. [cited 2016 Mar 19]; 52: 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em 12/11/2017.
10. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2016 July 12]; 20(3): 305-310. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300010>.
11. Limongi-França AC. Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2th ed. São Paulo: Atlas, 2012.
12. Zanelli JC. (Coord.) Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 13-17.
13. Zanelli JC (Coord.) Trabalho, saúde e construção de qualidade de vida. In: Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-30.
14. Limongi-França AC, Rodrigues AL. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2014. p.29-55.
15. Reis AL, Fernandes SR, Gomes AF. Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia Ciência Profissão.* [Internet]. 2010. [citado 2018 Fev 18]; 30 (4): 712-25. DOI: 10.15 90/S1414-98932010000400004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a04.pdf>.
16. Tucunduva LT, Garcia AP, Prudente FV, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):108-12.
17. Fumis RRL, Amarante GAJA, Nascimento AF, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann. IntensiveCare* (2017) 7:71 DOI 10.1186/s13613-017-0293-2. Disponível em: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-017-0293-2>.
18. Schmidt DRC. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Out [citado 2018 Abr 29]; 66(5): 779-788. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500020>.

19. Araújo TM de, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciênc. Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123203000400021&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>.
20. Tironi MOS. Burnout em médicos intensivistas: o diagnóstico individual e organizacional [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2016.
21. Nações Unidas no Brasil. 23 de fevereiro de 2017. <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/> (acesso em 23 de março de 2018).
22. Secretaria da Previdência-Ministério da Fazenda. 25 de maio de 2017. <http://www.previdencia.gov.br/2017/05/cnp-conselho-de-previdencia-discute-saude-e-seguranca-no-trabalho> (acesso em 22 de março de 2018).
23. Borges KMK. Burnout e estresse adaptativo, In *Gestão, qualidade e segurança em UTI*. Souza PCP, Knibel MF. São Paulo. Atheneu; 2014. p. 183-190.
24. Afecto MCP, Teixeira MB. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursng*, vol. 8, n. 1.2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printeFriendly/j.1676-4285.2009.2107/453>
25. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, (org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 33-45.
26. Neto GV. “Serviços de assistência direta ao paciente,” em *Gestão em saúde*, 2ª edição ed., Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2016, p. 227-247.
27. Fernandes HS, Silva E, Neto AC e Knobel E, “Gestão em Terapia Intensiva,” em *Gestão, Qualidade e Segurança em UTI*, vol. 21, São Paulo, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 17-29.
28. Felli VEA, Peduzzi M, “O Trabalho Gerencial em Enfermagem,” em *Gerenciamento em Enfermagem*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1-13.
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, “Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010,” Ministério da Saúde, 24 fevereiro 2010. [Online]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.htm. Acesso em 12 fevereiro 2018.

30. Conselho Federal de Enfermagem, “Conselho Federal de Enfermagem”, [Online]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 12 fevereiro 2018.
31. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, “Resolução Nº 26 de 11 de maio de 2012,” Ministério da Saúde, 11 maio 2012. [Online]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html Acesso em 03 março 2018.
32. Dias CA. A importância da RDC7 para a segurança do paciente e a qualidade da assistência na prática da medicina intensiva. In: Souza PCP e Knibel MF, editores. Gestão, qualidade e segurança em UTI. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 191-198.
33. Santos FE, Alves, JA, Rodrigues, AB. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma unidade de terapia intensiva. Einstein, 2009.
34. Akamine N, Maluf JCM. Incorporação de tecnologia em terapia intensiva “tecnologia de ponta no ponto”. In: Souza PCP e Knibel MF, editores. Gestão, qualidade e segurança em UTI. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 57-69.
35. Santos KMAB dos, Silva MJP da. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2006 Feb; 59(1): 61-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100012>. Acesso em: 03 de março de 2018.
36. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2002 June; 10(3): 345-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300009>. Acesso em: 03 de março de 2018.
37. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Out; 70(5): 1083-1088. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.
38. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B, STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184(10):1140–6. doi:10.1164/rccm.201101-0068OC. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201101-0068OC>
39. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

40. Robert K. YIN. Pesquisa Qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016. 313 p.
41. Zanatta AB, Lucca SR de. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 253-258, apr. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103194/101597>>. Acesso em: 17 dec. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>.
42. Silva JLL da, Soares R da S, Costa F dos S, Ramos D de S, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2015 June; 27(2): 125-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000200125&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>. Acesso em: 03 de março de 2017.
43. Sá AMS, Martins-Silva PO, Funchal B. (2014). Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(3): 664-674. DOI: 10.1590/S0102-71822014000300015.
44. Skorek J, Souza R, Bezerra R. (2013). Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem UFPE online - ISSN: 1981-8963*, 7(10), 6174-6183. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12254>
45. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13(3):202–8. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/202.long>
46. Puggina ACG, Silva MJP da. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. *Reme : Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2009 Dic; 13(4): 599-605. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622009000400018&lng=es. Acesso em: 22 de maio de 2018.
47. Simoni EM. A organização hospitalar: um estudo sobre os fatores que influenciam na satisfação das enfermeiras no trabalho. (Dissertação). Salvador: Universidade Salvador, Bahia, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de autorização de acesso ao banco de dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Carlito Lopes Nascimento Sobrinho*, coordenador do Projeto de Pesquisa “*Trabalho e Saúde dos Intensivistas Brasileiros*”, desenvolvido com apoio da AMIB e participação das instituições de ensino: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), autorizo a doutoranda *Eliane Maria Simoni* a utilizar o banco de dados do referido projeto de pesquisa para o desenvolvimento da sua Tese de Doutorado, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Atenciosamente,

Feira de Santana, 08 de fevereiro de 2017.

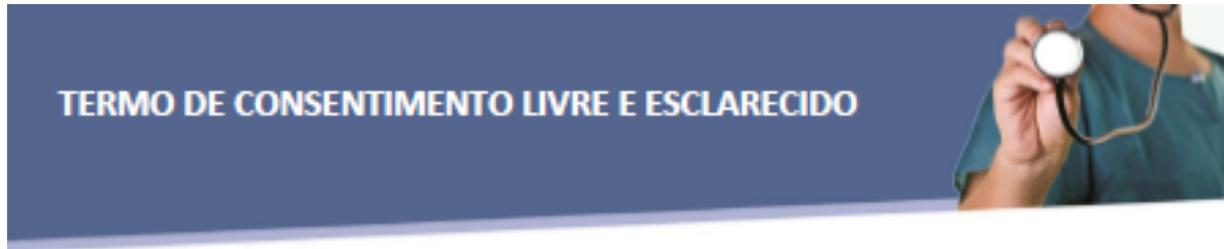
A assinatura manuscrita de Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, escrita em azul, está sobre uma linha horizontal preta.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Coordenador do Projeto

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezado Profissional,

Venho por meio deste, solicitar a sua colaboração e participação no estudo, "TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS", no sentido de responder a um questionário elaborado especialmente para o trabalho.

A carência de informações sobre as condições de trabalho e saúde dos intensivistas coloca-nos diante dos seguintes objetivos: 1) Conhecer as características de trabalho dos intensivistas e quais os problemas de saúde desses profissionais; 2) Relacionar as condições específicas de trabalho e os respectivos processos de adoecimento dos intensivistas.

Propõem-se desenvolver um estudo epidemiológico de corte transversal, coletando-se dados de uma amostra aleatória de profissionais intensivistas brasileiros cadastrados na Associação de Medicina Intensiva Brasileira, que consentirem em participar do estudo.

A coleta será realizada a partir do envio do instrumento de pesquisa no local de trabalho dos intensivistas que participarem do estudo (selecionados por sorteio). Você receberá em um envelope o questionário e duas cópias do TCLE. Após responder o questionário e assinar uma das cópias do TCLE devolverá o envelope lacrado ao coordenador da sua UTI. Este o enviará à AMIB sem a sua identificação, por meio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – EBCT (porte pago), logo sem ônus para você.

O questionário é composto de nove blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado; 2º bloco: informações gerais sobre o seu trabalho; 3º bloco: sobre as características psicossociais do trabalho; 4º bloco: aspectos sobre saúde e trabalho; 5º bloco: sobre sua qualidade de vida; 6º bloco: sobre sua capacidade para o trabalho; 7º bloco: aspectos sobre saúde; 8º bloco: questões sobre hábitos de vida; 9º bloco: sobre os fatores de estresse na UTI.

Aproveitamos a oportunidade para esclarecer que as informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade e serão analisadas eletronicamente de maneira agregada, impossibilitando dessa forma a sua identificação. Os questionários serão armazenados por cinco (05) anos na Sala de Situação e Análises Epidemiológicas do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, com responsabilidade da AMIB. Você pode se negar a responder totalmente ou parcialmente o questionário, sem nenhum prejuízo.

Esta pesquisa é patrocinada e apoiada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira e pelos Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. É executada pela Sala de Situação e Análises Epidemiológicas do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Os resultados serão amplamente divulgados e discutidos dentro das associações representativas das categorias envolvidas, AMIB, CFM, COREN, COFFITO e CFP.

Dessa forma, gostaria de contar com o seu consentimento e apoio, ao mesmo tempo em que fico a disposição para eventuais esclarecimentos.

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Coordenador _____
Médico – CRM 10.836 – Tel. (UEFS) 75 3161 8409 / 71 99778188
BR 116, Km 03, Campus Universitário, Feira de Santana, Bahia.

Eu _____ concordo em participar do estudo "TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS".

Apoio



Realização



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS INTENSIVISTAS, BRASILEIROS.

Pesquisador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21500313.4.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

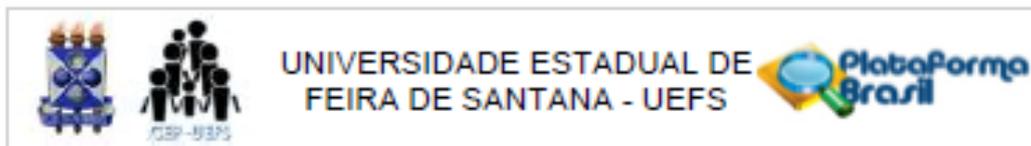
Número do Parecer: 454.780

Data da Relatoria: 29/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal exploratório que investigará a associação entre aspectos psicossociais do trabalho, qualidade de vida, distúrbios psíquicos menores e a Síndrome do esgotamento profissional (Síndrome de Burnout) em uma amostra aleatória, por conglomerado, de trabalhadores (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos) de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cadastrados à Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). "As UTI's sorteadas foram distribuídas da seguinte forma: São Paulo com 38% (38 UTI's), Rio de Janeiro 27% (27 UTI's), Salvador 18% (18 UTI's), Porto Alegre 7% (7 UTI's), Belém 6% (6 UTI's) e Goiânia 4% (4 UTI's). Serão sorteados 20 trabalhadores cadastrados no banco de dados da AMIB (10 médicos, 4 enfermeiros, 4 fisioterapeutas e 2 psicólogos) por UTI, totalizando 2.000 trabalhadores (20 trabalhadores X 100 UTI's = 2.000 trabalhadores)." Os pesquisadores utilizarão um questionário auto-aplicável aos profissionais cadastrados na AMIB. Os trabalhadores serão selecionados aleatoriamente e receberão o questionário acompanhado de carta de apresentação, justificativa do trabalho e TCLE através de Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, com retorno previamente pago. O questionário é padronizado, consta de nove blocos de questões: "1- bloco: identificação geral do entrevistado; 2- bloco: informações gerais sobre o seu trabalho; 3- bloco: sobre as características psicossociais do trabalho; 4- bloco: aspectos sobre saúde e trabalho; 5- bloco: sobre sua qualidade de vida; 6- bloco: sobre sua capacidade para o trabalho;

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 454.700

7- bloco: aspectos sobre saúde; 8- bloco: questões sobre hábitos de vida; 9- bloco: sobre os fatores de estresse na UTI." O critério de inclusão é ser profissional de saúde das categorias de medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia e ser cadastrado na AMIB.

Apresenta cronograma detalhado e redefinido segundo nova proposta de execução da pesquisa. O Orçamento está estimado em R\$ 21.900,00, com contrapartida da UEFS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores e Síndrome de Estafa Profissional (Síndrome de Burnout), em trabalhadores de UTI cadastrados a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Objetivo Secundário:

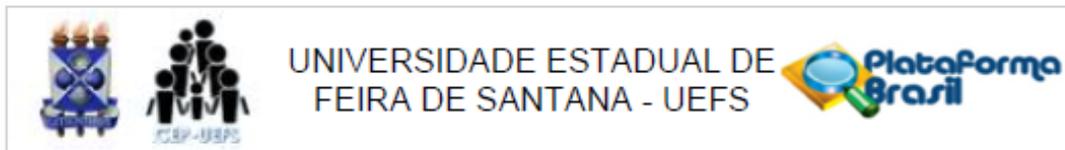
1. Descrever o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 2. Estimar a prevalência da Síndrome de Distúrbios Psíquicos Menores entre os trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 3. Estimar a prevalência da Síndrome de Estafa profissional (burnout) entre os trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 4. Descrever a possível associação entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física) e aspectos psicossociais do trabalho e a prevalência de DPM entre os trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 5. Descrever a possível associação entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física) e aspectos psicossociais do trabalho e a prevalência da Síndrome de Estafa profissional (burnout) entre os trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 6. Descrever a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) dos trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; 7. Descrever hábitos de vida relacionados à saúde (uso de bebida alcoólica, tabaco, realização de exames preventivos, prática de atividade física) dos trabalhadores de UTI cadastrados a AMIB; (Projeto Simplificado)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Os possíveis riscos podem ser potenciais como: 1. Identificação dos sujeitos da pesquisa (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos)." (Projeto Simplificado)

BENEFÍCIOS: "1. Melhoria das condições de trabalho, remuneração, saúde e qualidade de vida dos trabalhadores de UTI (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos) no Brasil; 2. Melhoria da

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 454.780

assistência prestada aos usuários dos serviços de terapia Intensiva (UTI) no Brasil." (Projeto Simplificado)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de Pesquisa está fundamentado teoricamente, e a metodologia está detalhada, portanto a pesquisa é exequível. O Currículo do Pesquisador revela aproximação e conhecimento com a temática proposta, revelando a importância de conhecer alguns aspectos referentes ao processo de trabalho dos profissionais intensivistas que possam contribuir para a instalação da Síndrome de Burnout.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Protocolo de Pesquisa apresenta-se completo conforme exige a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informá-lo que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 454.780

FEIRA DE SANTANA, 12 de Novembro de 2013

Assinador por:
ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

ANEXO C – Questionário (Blocos Utilizados nesta Pesquisa)

TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> feminino 0 <input type="checkbox"/> masculino		2. Idade: _____ anos		3. Tem filhos? 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim quantos? _____		
4. Situação Conjugal: 1 <input type="checkbox"/> solteiro(a) 3 <input type="checkbox"/> união consensual / união estável 5 <input type="checkbox"/> divorciado(a) / separado(a) / desquitado(a) 2 <input type="checkbox"/> casado(a) 4 <input type="checkbox"/> viúvo(a)						
5. Formação Acadêmica: GRADUAÇÃO: 1 <input type="checkbox"/> Enfermagem 2 <input type="checkbox"/> Fisioterapia 3 <input type="checkbox"/> Medicina 4 <input type="checkbox"/> Psicologia					Ano de Conclusão: _____	
PÓS-GRADUAÇÃO: (C) Completa (E) Em curso						
RESIDÊNCIA: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____			ESPECIALIZAÇÃO: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____			
MESTRADO: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____			DOUTORADO: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____			
POSSUI TÍTULO DE ESPECIALISTA: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> EM TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> EM OUTRA ÁREA. Qual? _____ Especialidade principal em que atua: _____						
CURSOS REALIZADOS						
ACLS 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	FCCS 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	ATLS 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	TENUTI 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	CITIN 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	Monitorização hemodinâmica 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim	Humanização em UTI 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Há quanto tempo você trabalha em UTI? _____ anos _____ meses				
2. Qual o cargo que você exerce? _____				
3. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? _____ anos _____ meses				
4. Seu vínculo de trabalho atual é (marque um ou mais):				
1 <input type="checkbox"/> sócio	4 <input type="checkbox"/> contrato temporário privado			
2 <input type="checkbox"/> pessoa jurídica	5 <input type="checkbox"/> cooperativado			
3 <input type="checkbox"/> assalariado privado	6 <input type="checkbox"/> assalariado público			
	7 <input type="checkbox"/> contrato temporário público			
	8 <input type="checkbox"/> prestador de serviços			
5. Você tem participação na produtividade de alguma UTI onde trabalha? 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim				
6. Você exerce algum papel de diarista, responsável técnico ou coordenador de UTI? 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim, carga horária semanal nesta função _____				
7. Você tem outra atividade de trabalho fora da UTI? 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim Qual? _____				
8. Em quantos hospitais você trabalha em UTI? 1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> >3				
9. Qual a quantidade máxima de pacientes que você cuida por plantão? _____				
10. Sobre os seus plantões em UTI:				
Carga Horária Total Semanal: _____ horas	Carga Horária Plantão Noturno: _____ horas			
Você costuma vir de outro trabalho antes do seu plantão em UTI?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Raramente 3 <input type="checkbox"/> Frequentemente 4 <input type="checkbox"/> Sempre				
Carga Horária Habitual de Plantão em UTI:				
1 <input type="checkbox"/> 6h 2 <input type="checkbox"/> 12h 3 <input type="checkbox"/> 18h 4 <input type="checkbox"/> 24h Outros 5 _____ h				
11. Sobre a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda:				
Carga Horária Total Semanal: _____ horas				
Quantidade de horas ininterruptas de trabalho por semana: _____ horas				
12. Sua renda líquida mensal gira em torno de (R\$):				
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
0 a 3.000,00	3001,00 a 6.000,00	6001,00 a 10.000,00	10.001,00 a 20.000,00	>20.000,00

BLOCO III - SOBRE CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Meu trabalho envolve muita negociação / conversa / entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 8 <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Meu supervisor me trata com respeito. 8 <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. 8 <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

BLOCO IV - SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE E TRABALHO

Nesta parte, você encontrará frases sobre seus sentimentos relacionados ao trabalho na UTI. Leia cada frase cuidadosamente e decida se alguma vez você se sentiu assim no seu trabalho. Se nunca assim marque (0). Se já se sentiu assim, marque o número de 1 a 6 que melhor descreva a frequência de seu sentimento.

0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	Algumas vezes por ano no máximo	No máximo uma vez por mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Diariamente	
1. Sinto-me emocionalmente sugado(a) pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me exausto no final do dia	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me muito cansado(a) quando acordo de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
4. Consigo facilmente entender como os pacientes se sentem sobre as coisas	0	1	2	3	4	5	6
5. Percebo que trato alguns dos pacientes como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é um grande esforço para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Consigo lidar de forma eficiente com os problemas dos pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me completamente esgotado(a) pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que influencio de forma positiva as vidas das pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais indiferente com relação às pessoas desde que assumi este trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11. Sinto que este trabalho está me deixando menos emocional	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me cheio(a) de energia	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou trabalhando muito duro neste trabalho	0	1	2	3	4	5	6
15. Na verdade, não me importo com o que acontece a alguns pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar diretamente com pessoas coloca muita pressão sobre mim	0	1	2	3	4	5	6
17. Consigo criar uma atmosfera relaxada com meus pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me entusiasmado(a) após trabalhar diretamente com os pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. Consegui fazer várias coisas importantes neste trabalho	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que não tenho mais um pinga de criatividade ou imaginação	0	1	2	3	4	5	6
21. Em meu trabalho, lido com problemas emocionais de forma muito calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os pacientes às vezes me culpam por seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

BLOCO IX - SOBRE OS FATORES DE ESTRESSE NA UTI

Sobre os fatores que costumam lhe estressar na UTI, assinale de acordo com a intensidade de 0 a 3:

1. Lidar com o sofrimento e a morte	0	1	2	3
2. Lidar com a angústia dos familiares	0	1	2	3
3. Ruídos excessivos	0	1	2	3
4. Relacionamento com a equipe	0	1	2	3
5. Problemas administrativos	0	1	2	3
6. Falta de recursos materiais	0	1	2	3
7. Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	0	1	2	3
8. Pressão para dar alta aos pacientes	0	1	2	3
9. Ritmo acelerado das atividades	0	1	2	3
10. Quantidade de pacientes por profissional de saúde	0	1	2	3
11. Comprometimento da equipe	0	1	2	3
12. Cuidar do paciente terminal	0	1	2	3
13. Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	0	1	2	3
14. Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e familiares	0	1	2	3
Outros? [ANOTAR] _____				

15. Em sua opinião, o enfermeiro fisioterapeuta médico psicólogo da UTI é visto como:

16. Em sua opinião, o paciente da UTI é visto como: _____

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO D - Carta aos Diretores Técnicos dos hospitais que tiveram as UTI's selecionadas

TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS



Prezado Diretor Técnico,

Você está sendo informado por meio deste comunicado sobre a pesquisa: **TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**, que tem por objetivo descrever criticamente as características do trabalho, a capacidade para o trabalho, as queixas e problemas de saúde física e mental, hábitos de vida e a qualidade de vida dos trabalhadores de Unidades de terapia Intensiva no Brasil. Esse estudo busca subsidiar as entidades que representam os trabalhadores de UTI na reformulação e reordenamento das políticas que sustentam em defesa desses trabalhadores.

Esta pesquisa foi APROVADA em 02 de dezembro de 2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS) cadastrado ao CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e recebeu o protocolo nº CAAE-0112.0.059.000-10 (<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/>) e, após modificações na estratégia de coleta de dados, foi novamente APROVADO pelo mesmo CEP-UEFS, conforme parecer em anexo.

Esta pesquisa é patrocinada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e está sendo apoiada pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Médica Brasileira (AMB) e pelos Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia (CFM, COFEN, COFITO, CFP). É executada pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, núcleo de pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cadastrado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq e coordenada pelo Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho (<http://lattes.cnpq.br/4427495754189995>).

Aproximadamente 2.000 trabalhadores de UTI no Brasil irão receber o questionário dessa pesquisa. Esperamos estar, aqui, iniciando a descoberta de caminhos técnicos e políticos para encaminhar os principais problemas dos trabalhadores de UTI.

Certo de contar com a colaboração dessa conceituada instituição à nossa pesquisa agradeço antecipadamente.

Desde já me coloco a disposição para qualquer novo esclarecimento.

José Mário Meira Teles
Presidente da AMIB

Apoio



Realização



ANEXO E - Carta aos Coordenadores das UTI'S seccionadas

TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS



Prezado Colega,

Você está recebendo o convite para participar como colaborador da pesquisa **TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**, que tem por objetivo descrever criticamente as características do trabalho, a capacidade para o trabalho, as queixas e problemas de saúde física e mental, hábitos de vida e a qualidade de vida dos trabalhadores de Unidades de terapia Intensiva no Brasil. Esse estudo busca subsidiar as entidades que representam os trabalhadores de UTI na reformulação e reordenamento das políticas que sustentam em defesa desses trabalhadores.

Em meio às dificuldades enfrentadas pelo setor saúde no Brasil, seus resultados servirão ainda, para que o governo possa identificar e aferir com precisão os problemas e, afinal, propor e implementar soluções eficazes, que satisfaçam as diversas categorias de trabalhadores que atuam em UTI. Seguramente seu depoimento será imprescindível.

Esta pesquisa é patrocinada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e apoiado pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Médica Brasileira (AMB) e pelos Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia (CFM, COFEN, COFFITO). É executada pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, núcleo de pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/Bahia, cadastrado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq.

Aproximadamente 1.200 trabalhadores de UTI no Brasil irão receber o questionário dessa pesquisa e você será o nosso mediador. Dessa forma, estamos convidando você para participar de uma reunião que ocorrerá no dia ___/___/___ às 19:00 hs na Sociedade _____ de Terapia Intensiva filiada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Pedimos a sua participação e o seu apoio entusiasmado a esta iniciativa. Esperamos estar, aqui, iniciando a descoberta de caminhos técnicos e políticos para encaminhar os principais problemas dos trabalhadores de UTI.

José Mário Meira Teles
Presidente da AMIB

Apoio



Realização



ANEXO F - Carta aos Profissionais Intensivistas

TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS

Aos Intensivistas Brasileiros



Prezado Colega,

Você está recebendo o questionário da pesquisa **TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**, que tem por objetivo descrever criticamente as características do trabalho, buscando subsidiar as entidades que representam os profissionais de UTI na reformulação e reordenamento das políticas que sustentam em defesa desses trabalhadores.

Esta pesquisa é patrocinada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e apoiado pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Médica Brasileira (AMB) e pelos Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia e Psicologia (CFM, COFEN, COFFITO, CFP). É executada pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, núcleo de pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/Bahia, cadastrado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq.

Aproximadamente 2.000 trabalhadores de UTI no Brasil estão recebendo este questionário. Depois de respondidas as questões, o questionário deverá ser colocado dentro do envelope lacrado e encaminhado para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) pelo coordenador da UTI onde você trabalha.

Este questionário é sigiloso. Não acrescente nenhum dado que possa identifica-lo, para preservar sua própria privacidade.

Pedimos o seu apoio entusiasmado a esta iniciativa. Esperamos estar, aqui, iniciando a descoberta de caminhos técnicos e políticos para encaminhar os principais problemas dos trabalhadores de UTI.

Seguramente seu desempenho será imprescindível.

José Mário Meira Teles
Presidente da AMIB

Apoio



Realização

