



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

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

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI

***BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS:
O DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL E ORGANIZACIONAL**

TESE DE DOUTORADO

Salvador
2016

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI

***BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS:
O DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL E ORGANIZACIONAL**

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

Coorientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

**Salvador
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Cabula da EBMSP

T596 Tironi, Marcia Oliveira Staffa
Burnout em inéditos intensivistas: o diagnóstico individual e
organizacional. / Marcia Oliveira Staffa Tironi. – Salvador: Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública. 2016.

109 f.

Tese (doutorado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
Requisito para obtenção de título de Doutor em Medicina e Saúde
Humana, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos
Coorientação: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

1. Síndrome de Burnout. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Médico
intensivista I. Matos, Marcos Antônio Almeida. II. Nascimento
Sobrinho, Carlito Lopes III. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. IV.
Título.

CDU: 61

Tironi MOS. *Burnout* em médicos intensivistas: o diagnóstico individual e organizacional. Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para a obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Aprovada em: 13/09/2016

Banca Examinadora

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

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

Prof.^a Dr.^a: Mônica de Andrade Nascimento
Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela UFBA
Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dr.^a: Sônia Regina Pereira Fernandes
Titulação: Doutora em Saúde Pública pela UFBA
Instituição: Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dr.^a: Vania Maria Bitencourt Powell
Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela UFBA
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Aos meus filhos, *Lara e Igor*, e a *Gabriel Dalla*, a quem considero como um filho, por terem me incentivado, acreditado no meu potencial e me inspirado neste desafio.

Ao grande amor da minha vida, *Ernesto Tironi*, com quem tenho compartilhado a vida, pela sua cumplicidade e incentivo.

A *Rita Tironi*, que, com sua imensa generosidade e amor, nos deu uma grande alegria com o seu gesto de genuína doação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores *Carlito Nascimento Sobrinho* e *Marcos Almeida*, que confiaram no meu trabalho e me deram todo o apoio necessário para a construção desta tese, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A *Sônia Regina Fernandes*, grande amiga e referência pessoal e profissional, pelo incentivo e acolhimento de sempre.

A *Sônia Vicente*, que com a sua escuta atenta e qualificada, me ajudou a elaborar e vivenciar com mais tranquilidade os momentos difíceis do processo de construção desta tese.

A *Luciana Rodrigues Silva*, pelo incentivo e por ter me despertado o interesse pela vida acadêmica.

As professoras *Débora Feijó*, *Iêda Aleluia*, *Mônica Nascimento*, *Sônia Regina Fernandes* e *Vania Powell*, pela disponibilidade em contribuir com este momento tão importante da minha vida acadêmica e profissional.

Aos professores do Doutorado, pelo excelente trabalho que realizam, em especial a *Constança Cruz*, *Luís Cláudio Correia* e *Mário Rocha*, pela segurança e disponibilidade com que conduziram as disciplinas iniciais.

Ao professor *Carlos Marcílio*, de quem tive a honra de ser aluna, por ter compartilhado o seu conhecimento e a sua experiência e, principalmente, pela grande vocação para ensinar.

Aos meus colegas do Doutorado, pelos momentos que compartilhamos e por terem tornado esta jornada mais leve.

As grandes amigas *Eliana Edington* e *Carolina Aguiar*, pelo apoio constante e pelos inúmeros momentos em que, pela interlocução sobre o meu trabalho, me possibilitaram dar saltos qualitativos e significativos.

A *Sylvia Barreto*, amiga e coordenadora, pelo apoio, incentivo e compreensão.

Aos *Hospitais/UTIs* que colaboraram com esse estudo e permitiram o acesso aos médicos.

Aos *médicos intensivistas* que, mesmo com toda a carga de trabalho, aceitaram o convite para refletir sobre as repercussões do seu trabalho na sua saúde.

A *Associação de Medicina Intensiva do Brasil*, pelo apoio na realização desta pesquisa.

Aos amigos *Dalton Barros* e *José Mário Teles*, pelo apoio, incentivo e confiança no meu trabalho.

Aos queridos bolsistas de iniciação científica da UEFS, *Gabriel Rocha*, *Jamile Prado*, *Karole Brito* e *Roan Sampaio*, que me ajudaram, tanto na organização dos dados quantitativos, quanto na categorização dos dados qualitativos.

Aos pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística da UEFS, em especial a *Davi Martins Júnior*, *Colbert Martins Filho* e *Gabriella Bené*, pelo acolhimento e disponibilidade em ajudar nos aspectos teóricos e práticos da realização de pesquisas em epidemiologia.

Aos colegas e amigos da *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*, pela convivência acolhedora e divertida, importantes nesses difíceis momentos de construção de um texto acadêmico.

As amigas *Ana Lúcia Góes*, *Angélica Mendes*, *Cândida Tavares*, *Eliane Simoni*, *Isabella Queiroz*, *Lêda Lessa*, *Myla Arouca*, *Olivia Bustani*, *Rosenir Alcântara* e *Walkyria Camarotti*, pelo incentivo e torcida.

A *Cici Cabral*, que tem nos contagiado com a sua alegria e disponibilidade, por ter tornado mais leves alguns momentos mais exigentes desse meu percurso acadêmico.

A *Clarice Oliveira*, enfermeira, professora doutora e tia, pela competência e dedicação que sempre marcou tudo o que fez, por ter sido um exemplo para mim tanto na vida familiar quanto na trajetória acadêmica.

Aos meus pais, *Nelson* e *Mary*, pessoas muito importantes na minha vida, pelo suporte que sempre me deram e pela presença constante.

Aos meus *familiares*, pelo grande incentivo e pela compreensão dos momentos importantes da vida familiar em que não pude estar presente.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas.

Mário Quintana

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

AMIB – Associação de Medicina Intensiva do Brasil

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

FONTES DE FINANCIAMENTO

FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

RESUMO

BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTAS: O DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL E ORGANIZACIONAL

Introdução: Estudos apontam a relação entre estresse no trabalho em UTI e a síndrome de *burnout* em médicos intensivistas. **Objetivos:** Estimar a prevalência de *burnout* em médicos intensivistas, avaliar a possível associação com variáveis sociodemográficas e aspectos psicossociais do trabalho e discutir o diagnóstico de *burnout*, na perspectiva tanto quantitativa quanto qualitativa, para que possa subsidiar uma análise organizacional. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, tendo incorporado, de forma complementar, uma abordagem qualitativa, com uma amostra de 180 médicos intensivistas de cinco capitais, representando as regiões geográficas brasileiras. Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos e o nível de *burnout* utilizando o Inventário de *Burnout* de *Maslach* (*MBI*). Utilizou-se a razão de prevalência como medida de associação e o *Chi-Square* como medida de significância estatística com nível crítico de 5%. **Resultados:** Dos 180 médicos 54,4% eram do sexo feminino, com média de idade de $39 \pm 8,1$ anos, 63,4% com a especialização como a maior titulação, 55,7% com até 10 anos de trabalho em UTI. A metade dos intensivistas referiu ter carga horária semanal de trabalho entre 49 e 72 horas. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 50,6%, 26,1% e 15,0%, respectivamente. A prevalência de *burnout*, quando considerado o nível alto em pelo menos uma dimensão foi de 61,7% e de 5% nas três dimensões simultaneamente. A exaustão emocional esteve associada à carga horária semanal de trabalho e ao trabalho de alta exigência; a despersonalização associou-se ao sexo masculino, a não ter título de especialista em TI, a ter renda mensal menor do que R\$10.000,00 e ao trabalho passivo; a ineficácia se associou ao sexo masculino e ao trabalho passivo. **Conclusão:** Observou-se elevada prevalência da síndrome *burnout* entre os médicos intensivistas estudados e a prevalência de nível alto em pelo menos uma dimensão do *burnout* foi mais elevada em situação de trabalho de alta exigência. Assim, aponta-se para a necessidade de serem discutidas e implementadas nos hospitais, estratégias para promoção e proteção à saúde desses trabalhadores.

Palavras-chave: Síndrome de *burnout*. Médicos intensivistas. Unidades de Terapia Intensiva. Condições de trabalho. Processo de trabalho.

ABSTRACT

BURNOUT IN INTENSIVIST PHYSICIANS: THE INDIVIDUAL DIAGNOSIS AND ORGANIZATIONAL

Introduction: Studies indicate a relationship between stress at work in the ICU and burnout syndrome in intensive care physicians. **Objectives:** To estimate the prevalence of burnout in intensivists physicians, to evaluate the possible association with sociodemographic variables and psychosocial aspects of the work, and to discuss the diagnosis of burnout, both quantitatively and qualitatively, to support an organizational analysis. **Methods:** A descriptive epidemiological study, having incorporated in a complementary way, a qualitative approach, with a sample of 180 medical intensivists from five capitals, representing Brazilian's geographic regions. A self-administered questionnaire assessed sociodemographic data and the level of burnout, using the Maslach Burnout Inventory (MBI). We used the prevalence ratio as a measure of association and the Chi - Square as a measure of statistical significance with critical level of 5 %. **Results:** Among the 180 medical professionals, 54.4% were females, with an average age of 39 ± 8.1 years, 63.4% with a specialization as the greatest degree, 55.7% with up to 10 years of work in ICU. Half of them have between 49 and 72 hours of work weekly. High levels of emotional exhaustion, depersonalization, and inefficiency were identified in 50.6%, 26.1%, and 15.0%, respectively. The Prevalence of burnout, when considered the highest level in at least one dimension was 61.7% and 5% in all three dimensions simultaneously. Emotional exhaustion was associated with weekly working hours and high work requirement; depersonalization was associated with male gender, not having title IT expert, having monthly income lower than R\$ 10,000.00 and passive job; the inefficiency was associated with male and passive job. **Conclusion:** There was a high prevalence of burnout syndrome among critical care physicians studied and the prevalence of high level in at least one dimension of burnout was higher in high- demand work situation. Thus, it is pointed out to the need to be discussed and implemented in hospitals, strategies to promote and protect the health of these workers.

Keywords: Burnout syndrome. Intensivists doctors. Intensive Care Units. Work conditions. Work Process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação entre modelos teóricos de desenvolvimento de <i>burnout</i>	25
Figura 2 – Diagrama do Modelo demanda-controle de Karasek (1979).....	28
Figura 3 – Estrutura conceitual proposta por Kompier e Kristensen (2003).....	30
Figura 4 – Diagrama do Estudo.....	32
Figura 5 – Plano da amostra, considerando o estimado e o alcançado na pesquisa mais ampla e a amostra final deste estudo com médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	33
Figura 6 – Distribuição dos trabalhadores nas dimensões do <i>burnout</i> em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	51
Figura 7 – Categorização das ideias presentes nas dimensões do <i>burnout</i> em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	57
Figura 8 – Dimensionamento das ideias presentes nas imagens do profissional e do paciente de UTI em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos participantes (n/%) entre os grupos do modelo Demanda-Controle e o nível alto nas dimensões do <i>burnout</i> em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	55
Quadro 2 – Frequência de ideias positivas, neutras e negativas na imagem do profissional de UTI (exaustão emocional) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	58
Quadro 3 – Frequência de ideias positivas, neutras e negativas na imagem do paciente de UTI (despersonalização) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	59
Quadro 4 – Frequência de ideias positivas, neutras e negativas na imagem do profissional de UTI (ineficácia) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por tipo de UTI e capital brasileira de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	42
Tabela 2 – Características pessoais de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	43
Tabela 3 – Características funcionais de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	45
Tabela 4 – Fatores estressores na UTI para uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	46
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores nos grupos do modelo Demanda-Controle de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas a AMIB, Brasil, 2014.....	47
Tabela 6 – Níveis de <i>burnout</i> , por dimensão, em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	48
Tabela 7 – Associação entre os dados sociodemográficos e o nível alto nas dimensões do <i>burnout</i> , de uma amostra de médicos intensivistas de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.....	53
Tabela 8 – Associação entre os resultados do modelo demanda - controle e o nível alto nas dimensões do <i>burnout</i> , de uma amostra de médicos intensivistas de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva do Brasil
DSAU	Departamento de Saúde
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
EE	Exaustão Emocional
DP	Despersonalização
IN	Ineficácia
SSAEE	Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI PED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivos primários	18
2.2 Objetivo secundário	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 O contexto de trabalho na UTI: um cotidiano marcado pela cultura da tecnologia ..	19
3.2 A síndrome de <i>burnout</i> e suas repercussões na saúde dos intensivistas	22
3.3 Do diagnóstico do <i>burnout</i> ao planejamento da intervenção	26
4 MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1 Delineamento do estudo	32
4.2 Plano de amostra e população do estudo	33
4.3 Variáveis do estudo	34
4.3.1 Variáveis Independentes	34
4.3.2 Variável Dependente	35
4.4 Hipóteses principais do estudo	35
4.5 Coleta de dados	35
4.6 Instrumento para coleta de dados	36
4.6.1 Estudo piloto	37
4.7 Análise de dados	38
4.8 Considerações Éticas	40
5 RESULTADOS	42
5.1 Dados sociodemográficos dos participantes do estudo	42
5.1.1 Características Pessoais	42
5.1.2 Características Funcionais	44
5.2 Fatores estressores ocupacionais da UTI	46
5.3 Aspectos psicossociais do trabalho em UTI	47
5.4 Síndrome de <i>burnout</i>	48
5.5 Associação entre as dimensões do <i>burnout</i> e variáveis independentes	52
5.5.1 Associação com dados sociodemográficos	52
5.5.2 Associação com Aspectos Psicossociais do Trabalho	54
5.6 Percepções sobre as imagens do profissional de UTI e do paciente de UTI	56
6 DISCUSSÃO	63
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	68

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
9 CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	79
ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se insere no campo da Epidemiologia em Saúde do Trabalhador e adota como temática central a síndrome de *burnout* (esgotamento profissional), buscando identificar possíveis associações entre o contexto de trabalho das unidades de terapia intensiva (UTI) e a saúde dos profissionais que nelas trabalham. Estudos brasileiros¹⁻⁴ sobre *burnout* em profissionais que trabalham em UTI aumentaram na última década, a exemplo do que já acontecia a nível mundial⁵⁻¹⁹, mas ainda se percebe uma carência de discussão sobre ações mais efetivas para prevenir a sua ocorrência. Esta constatação sugere que a produção do conhecimento está mais voltada para o diagnóstico do que para propostas de intervenção na saúde dos intensivistas.

A síndrome de *burnout* está relacionada à prestação de serviços, e a vulnerabilidade ao seu desenvolvimento aumenta quando esta interação envolve responsabilidade, proteção e cuidado com o usuário, mediado pela afetividade, o que pode ser percebido no trabalho do intensivista^{20,21}. Outra questão importante é que o *burnout* deve ser entendido como um processo, no qual o contexto de trabalho em que o serviço é prestado, funciona como moldura deste fenômeno. Muitos autores²²⁻²⁴, ressaltam, inclusive, que o trabalhador adoece mais por questões vinculadas ao contexto de trabalho, do que por características individuais.

O cotidiano de trabalho em ambientes de cuidados intensivos exige dos intensivistas o desenvolvimento de habilidades que os capacitem a equacionar demandas inerentes a dois polos de atuação: o técnico/científico e o relacional. O primeiro, mais objetivo, impõe uma atualização científica contínua para dar conta do avanço do conhecimento nesta área, enquanto o segundo, mais subjetivo, demanda o desenvolvimento da sensibilidade que permita reconhecer as necessidades do ser humano que está por trás dos sinais sonoros dos equipamentos. Disto deriva a necessidade de se ter um distanciamento psicológico, que seja apenas suficiente para garantir a objetividade na tomada de decisões técnicas, sem comprometer o relacionamento com o paciente/família ou até outros âmbitos da vida do próprio trabalhador.

Duas premissas dão suporte à importância da investigação da percepção do trabalhador sobre o seu contexto de trabalho. A primeira, a constatação de que as UTIs funcionam, necessariamente dentro de um hospital, fazendo com que os trabalhadores fiquem submetidos

não só ao contexto mais imediato destas unidades, mas também aos valores, normas e cultura vigentes no hospital como um todo, muitas vezes regido pela lógica da produtividade²⁵. A segunda, a de que, para dar conta da composição de uma remuneração compatível com suas necessidades, o profissional pode precisar se vincular a mais de uma UTI, atuando em cenários diversos e, por vezes, contraditórios. Neste sentido, cabem os questionamentos: em que contexto o trabalhador adoece? Como desenvolver ações de promoção de saúde que sejam eficazes?

A escolha deste tema surgiu da trajetória profissional da autora que acumulou experiência tanto profissional, em sua prática de 15 anos na área de gestão de pessoas de um grande hospital, quanto acadêmica, em que desenvolveu diversos estudos sobre *burnout*, alguns como pesquisadora principal, como o que investigou a saúde psíquica de médicos pediatras²⁶, outros como participante de grupos de pesquisa, destacando o estudo com médicos intensivistas¹, ou ainda como orientadora de trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação.

O presente estudo é um recorte da pesquisa “Trabalho e Saúde dos Intensivistas Brasileiros” realizada por pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS) e coordenada pelo Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho da qual a autora participou de todas as etapas. A ideia deste estudo surgiu pela necessidade de ampliação dos dados identificados na pesquisa com médicos intensivistas de Salvador, aumentando o número de capitais participantes e contemplando outras categorias profissionais que também atuam em UTI.

Considerando a importância dos intensivistas para o cuidado de pessoas criticamente doentes e que as repercussões do *burnout* podem levar à incapacidade para o trabalho, a prevenção, principalmente quando inclui a revisão de processos de trabalho, torna-se imperativa. Este trabalho se justifica pela necessidade de identificar fatores associados à saúde dos intensivistas, considerando a sua atuação neste contexto, com vistas a subsidiar programas de prevenção e intervenção nesta área.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos primários

Estimar a prevalência da síndrome de *burnout* em médicos intensivistas.

Avaliar a possível associação entre as variáveis sociodemográficas pessoais e funcionais (idade, sexo, estado civil, tipo de vínculo, carga horária de trabalho, etc.) e a prevalência da síndrome de *burnout* entre os médicos intensivistas.

Avaliar a possível associação entre os aspectos psicossociais do trabalho (baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo, alta exigência) e a prevalência da síndrome de *burnout* entre os médicos intensivistas.

2.2 Objetivo secundário

Discutir o diagnóstico de *burnout*, na perspectiva tanto quantitativa quanto qualitativa, para que possa subsidiar uma análise organizacional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este segmento apresenta a revisão de literatura sobre o contexto de trabalho em UTI, as demandas atuais para o desempenho dos intensivistas e as repercussões na saúde dos profissionais que atuam nesta área e discute os diferentes focos de análise dos estudos.

Além disso, indica algumas bases teóricas que possibilitem uma melhor compreensão e abordagem da síndrome de *burnout* e possam subsidiar programas de prevenção e promoção de saúde para estes trabalhadores.

3.1 O contexto de trabalho na UTI: um cotidiano marcado pela cultura da tecnologia

A unidade de terapia intensiva é uma área do hospital considerada muito estressante por pacientes e familiares, tanto pela sua estrutura e procedimentos, que priorizam o monitoramento e o controle de parâmetros vitais, quanto pela inevitável associação com a gravidade da doença e o risco de morte²⁷⁻²⁹. Entretanto, alguns estudos²⁷ mostram que, a experiência de ser ou de acompanhar alguém internado na UTI, pode modificar uma visão prévia e negativa, em uma visão mais positiva pelo reconhecimento do potencial de tratamento e recuperação disponível nesta unidade, principalmente pelo aparato tecnológico e preparo especializado da equipe de trabalho.

O funcionamento de uma UTI envolve especificidades marcantes e que são percebidas através de perspectivas singulares e situacionais, seja pelos pacientes/familiares, como consumidores dos serviços especializados que lá são prestados, seja pelos intensivistas, como trabalhadores que prestam serviços neste local. Esta diferença de ponto de vista, influenciada pela necessidade pela qual estes atores sociais convivem com este espaço, produz relatos distintos e, muitas vezes, contraditórios. Este enfoque é reforçado por Baggio et al.³⁰ quando referem que o que pode ser uma experiência nova e desgastante para o paciente, para o profissional pode ser naturalizado por ser a sua rotina de trabalho.

Muitos estudos^{31,28,32,33,34,30,27} têm buscado compreender como pacientes e familiares vivenciam a experiência da internação em UTI, buscando eliminar ou ao menos minimizar os efeitos estressantes do cuidado em situação crítica, proporcionando mais subsídios para enfrentar este período.

Para o paciente crítico, sujeito-objeto de atenção e razão da existência das UTIs o internamento pode gerar sentimentos ambíguos que vão desde o medo, marcado pelo novo da situação e pela gravidade de seu quadro, até a segurança no tratamento, pautado pelo avanço tecnológico e competência técnica dos profissionais de cuidados intensivos. Em um estudo que analisou estressores para o paciente de UTI na visão de pacientes, familiares e profissionais, Bitencourt et al.²⁸ encontraram aspectos ligados: ao desconforto pelo uso de sondas e tubos; às diversas privações, como de autonomia, de comunicação, etc.; ao isolamento social e distância da família.

Para a família que acompanha um familiar internado numa UTI, resta, muitas vezes, a sala de espera e o horário de visita para que possa se apropriar do que está acontecendo com o seu parente. Este (não) lugar para a família, numa estrutura hospitalar toda voltada para o paciente, faz com que o familiar se sinta fragilizado e vulnerável e experimente sentimentos difíceis de serem enfrentados. Em seu estudo sobre os sentimentos da família de pacientes internados em UTI, Frizon et al.³⁵ destacaram a angústia, o medo, a impotência e a tristeza, principalmente nos momentos que antecediam a visita.

Desta forma, ter um familiar internado numa UTI, além de todas as questões envolvidas com a doença, outra que se impõe que é a separação, que obriga o familiar a deixar o paciente num ambiente que, apesar de dar confiança, também parece ser frio, impessoal e pouco afetivo. Os familiares se sentem desassistidos e demandam acolhimento e solidariedade, um espaço para que sejam ouvidos e considerados e, principalmente, que a vinculação afetiva que têm com o paciente seja preservada³⁵.

A convivência num ambiente de UTI, que para o paciente e seus familiares é eventual e dura o tempo de restrição de saúde, para o intensivista significa sua realidade de trabalho, para a qual teve que se preparar e tem que dar conta. Em estudo sobre as dificuldades de trabalhar em terapia intensiva, Leite e Vila³⁶ levantaram questões como: lidar com o risco de morte, lidar com a família, número insuficiente tanto de profissionais quanto de recursos materiais, dificuldades de se trabalhar em equipe, entre outros. Este último aspecto sinaliza também para outras dependências, como: dos protocolos de atendimento; de outras áreas do hospital; das normas e cultura da UTI/hospital, fazendo com que o resultado do trabalho dos médicos intensivistas seja interdependente ao de outros profissionais e circunstâncias.

Ainda na perspectiva do cotidiano de trabalho destes profissionais, cabe considerar: a especialidade da UTI, o número de leitos e as características dos pacientes atendidos, já que estes aspectos diferenciam as unidades e requerem dos trabalhadores uma preparação específica para cada situação. Outro aspecto que sinaliza a necessidade de preparação do profissional é, segundo Faquinello e Dióz³², a dicotomia entre a busca pela essência humana e pela tecnologia. Os pacientes que participaram do estudo destes autores, consideraram a UTI como agressiva e traumatizante, tanto por aspectos mais estruturais como ruídos, falta de privacidade e possibilidade de ver o sofrimento dos outros internados, quanto por aspectos mais relacionais como isolamento, desvinculação com o ambiente externo, dependência de outras pessoas e falta de atenção individualizada.

As UTIs, assim como outras áreas de prestação de serviços de saúde, integram o setor terciário da economia, cujo resultado não é tangível, embora seja recompensado como qualquer outro tipo de atividade produtiva³⁷. Para que esta prestação de serviços ocorra é necessário que, de um lado exista um usuário que tenha a necessidade e o demande e de outro, que tenha um trabalhador que possua os conhecimentos e técnicas para que ele seja realizado e esteja disposto a fazer a interface com estes consumidores/usuários, o que exige muito do profissional em termos de inteligência prática, competência e motivação para desenvolver o seu trabalho³⁷. A carga relacional, desta forma, é a condição para que a prestação de serviço possa ser realizada, fazendo com que os consumidores/usuários não possam ser apenas expectadores e precisem atuar ativamente do processo produtivo. Trata-se de um trabalho intangível, difícil de ser mensurado e impossível de ser estocado.

Em estudo sobre a saúde do trabalhador que atua na área de serviços, Pena e Minayo-Gomez³⁸ sinalizam que, identificar as particularidades do setor de serviços pode ajudar na prevenção de adoecimento destes trabalhadores, já que estes atuam em condições diversas aos de outros setores da atividade produtiva, como o setor agrícola (primário) e o setor industrial (secundário). Para os médicos intensivistas, por cuidarem de pessoas criticamente doentes, outros elementos ainda são acrescentados como a intensa carga afetiva e emocional, invariavelmente presentes no relacionamento com pacientes e familiares. Tudo isto pode sobrecarregar o profissional e aumentar a sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse e *burnout*.

3.2 A síndrome de *burnout* e suas repercussões na saúde dos intensivistas

Quando avaliamos o trabalho do intensivista e seus reflexos na saúde, não podemos deixar de abordar a síndrome *burnout*, já que os profissionais de saúde estão entre as três categorias profissionais mais vulneráveis ao seu desenvolvimento, juntamente com os professores e policiais³⁹. O *burnout* é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, que é desenvolvida como resposta à sobrecarga emocional crônica no trabalho que envolve relacionamento interpessoal de grande responsabilidade e apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia^{20,22-24,40}.

O trabalhador que apresenta níveis altos de *burnout* experimenta diversos sentimentos a depender da dimensão afetada. Com nível alto em exaustão emocional, que representa o componente individual do *burnout*, o trabalhador se sente esgotado tanto física quanto mentalmente, com sentimentos de estar exigido para além dos seus recursos. Na despersonalização, que se refere ao componente interpessoal, o nível alto pode dar uma impressão inicial de defesa e proteção, mas com risco de cronificação do distanciamento. Na ineficácia, que representa o componente de auto avaliação, o trabalhador tem sentimentos de incompetência e baixa produtividade^{22,39}.

A partir do modelo tridimensional de *burnout*, alguns aspectos merecem ser considerados: primeiro, que a exaustão emocional é a dimensão mais divulgada, mais facilmente identificada e reflete a tensão do *burnout*, embora seja a dimensão de despersonalização que dê conta das questões relacionais; segundo, que existe uma forte relação entre estas duas primeiras dimensões, sendo consideradas, inclusive, como as dimensões principais do *burnout*; terceiro, que a dimensão de ineficácia adquire uma condição de estar, por vezes diretamente relacionada às outras dimensões e por outras, com uma certa independência²¹.

Com relação à manifestação do *burnout*, existe uma lista enorme de sintomas, assim como diversas formas de classificá-los ou organizá-los. No entanto, mais importante do que a forma é a constatação de que, primeiro, nem todos os sintomas estarão presentes em todos os trabalhadores acometidos pelo *burnout* e, segundo, existe uma variação de grau, tipo e número de manifestações entre os trabalhadores, já que são influenciados por fatores individuais, características do trabalho e aspectos organizacionais^{24,39}.

Alguns autores dividem os sintomas em: físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, etc.); psíquicos (falta de atenção, baixa autoestima, labilidade emocional, depressão, etc.); comportamentais (negligência ou excesso de escrúpulo, irritabilidade, aumento do consumo de substâncias, suicídio, etc.); defensivos (tendência ao isolamento, absenteísmo, ironia, cinismo, etc.)³⁹. Outros acrescentam ainda, manifestações: cognitivas (dificuldade de concentração e para tomar decisões, etc.); sociais (evitação de contatos sociais no trabalho, interferências na vida familiar, etc.); atitudinais (frieza, distanciamento, etc.); organizacionais e do trabalho (intenção de abandonar o emprego, diminuição do envolvimento com clientes)²⁴.

Quando considerados os fatores que potencializam o desenvolvimento do *burnout*, pode-se enumerar variáveis nas seguintes dimensões: individuais (idade, gênero, nível educacional, lócus de controle, tipo de personalidade, etc.); organizacionais (burocracia, normas, mudanças, comunicação, etc.); de trabalho (sobrecarga, tipo de ocupação, tempo de profissão, suporte organizacional, etc.); sociais (suporte social e familiar, cultura, etc.)^{39,40}. A grande motivação das pesquisas que buscam identificar variáveis associadas ao *burnout* está no seu potencial de predição, que pode viabilizar ações no sentido de evitar a sua ocorrência ou agravamento.

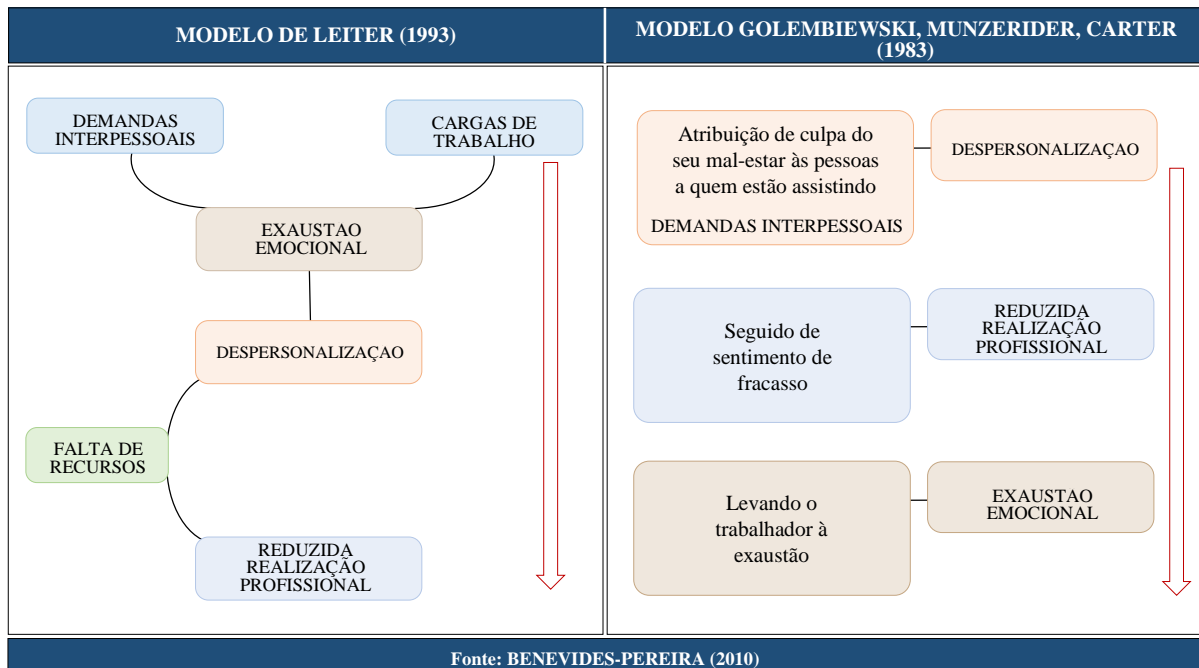
Apesar de muitos avanços, alguns resultados ainda precisam de mais sustentação teórica e empírica. Muitos autores^{22,21,24,41} discutem se existe um tipo de pessoa mais suscetível a experimentar o *burnout* e, apesar de não ter consenso, indicam trabalhadores mais comprometidos, trabalhadores mais empenhados. Outro aspecto sinalizado por Maslach e Schaufeli citados por Maslach e Leiter²¹ diz respeito a um maior predomínio de sintomas: disfóricos; mentais e comportamentais ao invés de físicos; relacionados com o trabalho; com manifestação em pessoas que não sofreram psicopatologia prévia.

Com relação ao diagnóstico do *burnout*, algumas concepções teóricas dão suporte à sua avaliação, sendo organizados a partir do foco de análise, da mais individual, como é o caso da concepção clínica, até a mais ampla, que aborda o papel da sociedade, como é a concepção sócio histórica. Entre uma e outra estão as concepções sócio-psicológica, que associa aspectos individuais às condições e relações de trabalho; e a organizacional, que explica o *burnout* pelo desajuste entre necessidades do trabalhador e interesses da organização^{39,40}.

Com relação ao processo de desenvolvimento do *burnout*, existe uma grande quantidade de modelos teóricos que pretendem ser explicativos. Estes modelos, ancorados em estudos longitudinais, têm como propósito final subsidiar ações preventivas por meio da elucidação da sequência de manifestação das dimensões do *burnout*. Esta, porém, não tem sido uma tarefa fácil dada a complexidade do *burnout*, o que faz com que, segundo Tamayo²⁴, qualquer abordagem só dê conta de explicar este fenômeno parcialmente. O mesmo autor ressalta cinco aspectos-chave que podem ser identificados nos modelos: expectativas e motivações do indivíduo; relacionamento interpessoal com os usuários; características do ambiente de trabalho; estratégias de enfrentamento; desajuste com o trabalho ou engajamento do indivíduo no trabalho.

Dois modelos merecem destaque, o primeiro desenvolvido por Leiter citado por Benevides-Pereira³⁹, que atribui à dimensão de exaustão emocional o início do desenvolvimento do *burnout*, e o segundo desenvolvido por Golebiewsky, Munzenrider e Carter citados por Benevides-Pereira³⁹, que atribui este início à dimensão de despersonalização. Estes modelos estão apresentados, de forma comparativa, na Figura 1.

Na comparação entre os dois modelos, percebe-se que as demandas interpessoais aparecem em ambos como disparadores do processo de adoecimento. No primeiro modelo estas demandas, somadas à sobrecarga de trabalho, levam o trabalhador a altos níveis de exaustão emocional e na sequência também de despersonalização. No segundo modelo levam a níveis altos de despersonalização. Considerando a grande demanda relacional do trabalho em UTI, estes seriam, certamente, modelos que poderiam ser considerados no acompanhamento do desenvolvimento de *burnout* nestes trabalhadores.

Figura 1 – Comparação entre modelos teóricos de desenvolvimento de *burnout*

Fonte: Benevides-Pereira³⁹

Com relação à prevalência de *burnout*, apesar do avanço das pesquisas, ainda existe uma carência de estudos que abordem categorias profissionais e contextos específicos, como é o caso dos médicos que trabalham em UTI. Dada a complexidade destas unidades, torna-se necessário somar esforços para descrever de que forma alguns aspectos do trabalho em UTI estão associados à saúde dos médicos. Muitos autores, tanto estrangeiros quanto brasileiros, aceitaram este desafio, desbravaram o contexto de trabalho dos médicos nestas unidades e realizaram estudos que podem ser considerados referências, seja pela originalidade, abrangência, ou até pelas estratégias metodológicas e instrumentos utilizados.

Muitos estudos compõem a literatura sobre *burnout* em médicos intensivistas como: um estudo francês⁶ avaliou 978 médicos intensivistas; um estudo italiano⁷ que avaliou 25 intensivistas; um estudo brasileiro¹ que avaliou 297 intensivistas; um estudo suíço¹⁰ que avaliou 465 intensivistas; um estudo argentino¹² que avaliou 162 intensivistas pediátricos; um outro estudo brasileiro² que avaliou 67 intensivistas; um estudo português⁴² que avaliou 82 intensivistas; um outro estudo francês¹⁸ que avaliou 330 intensivistas; um estudo alemão¹⁹ que avaliou 88 intensivistas.

A maioria destes estudos, entretanto, não abrangeu toda complexidade do trabalho em UTI. Seja pelo tamanho da amostra, ou por considerarem um único hospital/cidade, ou ainda

por estudarem apenas um tipo de UTI (adulto, pediátrica ou neonatal), ainda resta uma lacuna no conhecimento sobre este tema.

3.3 Do diagnóstico do *burnout* ao planejamento da intervenção

As discussões no campo de saúde do trabalhador incorporam muitas divergências, motivadas principalmente pela complexidade do seu objeto de estudo e pela quantidade de aspectos que devem ser analisados para a sua compreensão e para a formulação de propostas técnico-científicas⁴³. Desta forma, muitas vezes, torna-se necessário aliar ações que dão uma sustentação mais ampla, como as políticas públicas que preveem a operacionalização das normas regulamentadoras (NR) de proteção à saúde do trabalhador, com ações mais específicas, como as políticas organizacionais ou de categorias profissionais, que cuidam da saúde do trabalhador no seu contexto mais imediato ou até mesmo questões mais individuais do próprio trabalhador.

O grande desafio que está posto, no entanto, diz respeito à escolha da abordagem que será adotada para promoção da saúde do trabalhador, uma vez que, ao se eleger um foco de análise, se incorpora também a limitação de todo o resto que ficou desfocado, já que não é possível conseguir a mesma resolução de foco em perspectivas distintas. Diversos autores^{44,45,43} empreendem esforços no sentido de apresentar comparativamente os diversos focos de abordagem, destacando limites e possibilidades de cada um. Este foco pode contemplar tanto as características do próprio trabalhador e suas formas de enfrentamento, quanto as características psicossociais do trabalho.

Sampaio e Galasso⁴⁴ advertem quanto ao risco de, no momento de se atribuir peso (foco) nos fatores de ordem individual ou nos aspectos psicossociais ambientais, poder estar tanto “culpabilizando” o trabalhador e conseqüentemente isentando a organização, quanto desconsiderando as diferenças individuais. Reis, Fernandes e Gomes⁴⁵ também sinalizam que as diversas abordagens, quando comparadas sequencialmente, assumem um caráter complementar quando vão incorporando outros aspectos que ampliam a análise da anterior.

Outro aspecto importante discutido por Borges, Guimarães e Silva⁴³ quando se referem ao que denominaram de abordagens psicossociológicas, é a adoção de uma perspectiva epidemiológica, que permite focar níveis de análises mais amplos, como as ocupações, as

organizações ou o trabalho. Esta abordagem se contrapõe a outras que focam no nível de análise mais específico, privilegiando questões e características dos indivíduos.

Qualquer que seja o foco de escolha, no entanto, deve estar sustentado por um referencial teórico-metodológico que dê a ancoragem e o suporte necessários para o desenvolvimento de intervenções consistentes e efetivas. No seu estudo sobre manejo do estresse e avaliação de programas, Murta, Laros e Tróccoli⁴⁶ referem que a identificação de uma base teórica vem logo após à avaliação de necessidades e deve estar congruente com elas. A teoria, os dados da literatura e os dados coletados empiricamente, irão contribuir para o planejamento de intervenções, que envolvem ainda outras etapas, como: formulação dos objetivos; identificação de variáveis; seleção de instrumentos; delineamento de pesquisa; seleção dos participantes.

Na perspectiva do diagnóstico no campo de saúde e trabalho, Borges, Guimarães e Silva⁴³ sinalizam a complexidade envolvida nesta atividade, pois precisa envolver tanto a compreensão do sofrimento do trabalhador quanto a avaliação da situação de trabalho e comparação com um quadro nosológico de transtornos psíquicos. O reconhecimento desta complexidade tem, inclusive, justificado a articulação de mais de um método/técnica e a realização do diagnóstico através da análise do transtorno ou da prevalência do transtorno em diversos níveis: no individual, em relação à categoria ocupacional; no organizacional, em relação à organização como um todo ou setores; no ocupacional, em relação à determinada ocupação.

Muitos autores^{47,46,48} atribuem ao diagnóstico o ponto de partida que subsidia qualquer ação de intervenção na saúde psíquica do trabalhador, seja de prevenção, assistência ou reabilitação, o que confere ao diagnóstico um elevado grau de importância e sinaliza para a necessidade de um planejamento criterioso, que considere: a adequação de instrumentos; a adesão dos trabalhadores; a análise e discussão dos resultados; as recomendações e orientações de possíveis desdobramentos.

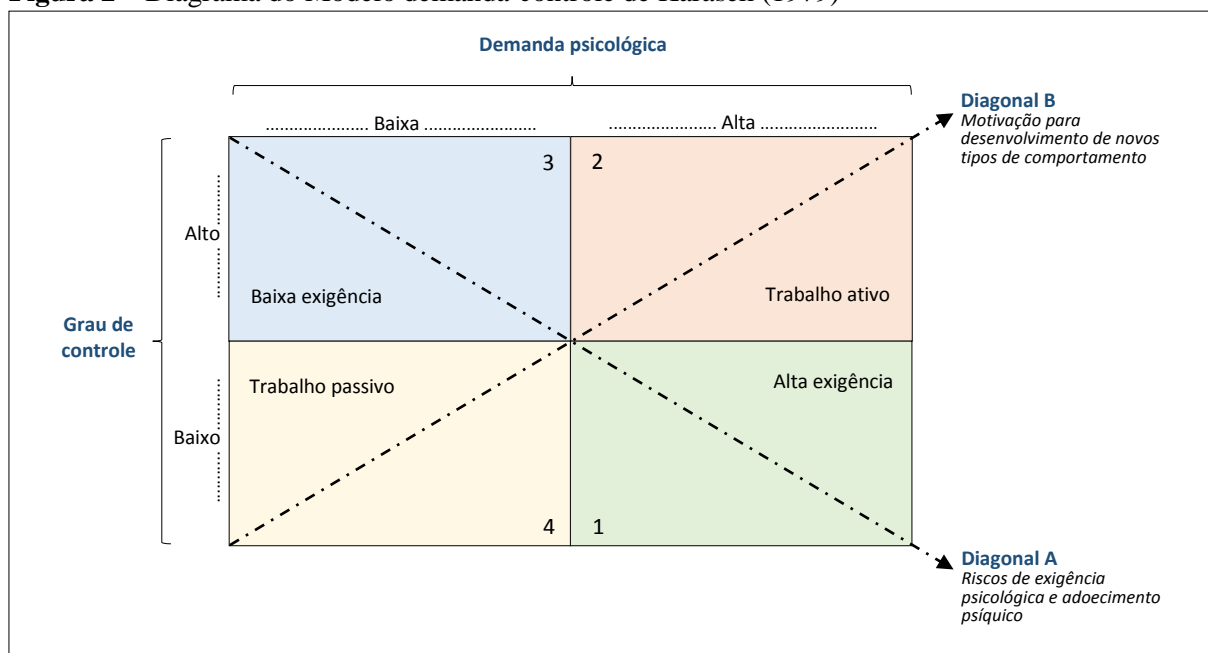
Alguns modelos de análise, que propõem estratégias de diagnóstico em saúde do trabalhador, foram desenvolvidos a partir de dados teóricos e empíricos e pela identificação de fatores que interferem no processo de estresse/*burnout* dos trabalhadores. Apesar das diferenças no momento de elencar estes fatores, estes modelos se aproximam quando consideram que o

adoecimento tem origem na incongruência entre o que é esperado do trabalhador e o que ele efetivamente consegue entregar, seja por características do trabalhador ou do contexto de trabalho.

Considerando a influência do contexto para o desenvolvimento do *burnout* e com vistas a subsidiar análises organizacionais, alguns modelos privilegiam aspectos do trabalho, como o de ‘Demanda-controle’, que avalia as características psicossociais do trabalho, percebidas pelos trabalhadores como nocivas à sua saúde. Este modelo foi proposto por Karasek citado por Reis, Fernandes e Gomes⁴⁵ e identifica dois importantes aspectos da situação de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador, através de um instrumento desenvolvido pelo mesmo autor e traduzido e validado para a realidade brasileira.

A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas a que o trabalhador está submetido para realizar a sua atividade, incluindo pressão de tempo, volume de tarefas e dependência ou relação com outros trabalhadores para realizá-las. O controle sobre a tarefa envolve tanto o uso de habilidades, incluindo a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades individuais, quanto a autoridade de decisão, envolvendo a habilidade na tomada de decisões e a possibilidade de influenciá-las⁴⁹. A combinação entre estes aspectos possibilita a construção de um modelo explicativo, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Diagrama do Modelo demanda-controle de Karasek (1979)



Fonte: Araújo⁴⁹

Neste modelo, a combinação entre os eixos possibilita a composição de quatro situações de trabalho, que podem ser analisadas em duas diagonais: a diagonal A, que apresenta o nível de tensão do trabalhador, composta, de um lado, pela baixa demanda e alto controle (baixa exigência) e de outro pela alta demanda e baixo controle (alta exigência); e a diagonal B, que apresenta o nível de atividade e aprendizagem do trabalhador, composta pelos dois aspectos no nível alto (trabalho ativo) ou os dois aspectos no nível baixo (trabalho passivo). Segundo Araújo⁴⁹, o modelo demanda-controle tem grande suporte na literatura e pode ser utilizado para avaliar a associação com diversos aspectos da saúde e da vida do trabalhador.

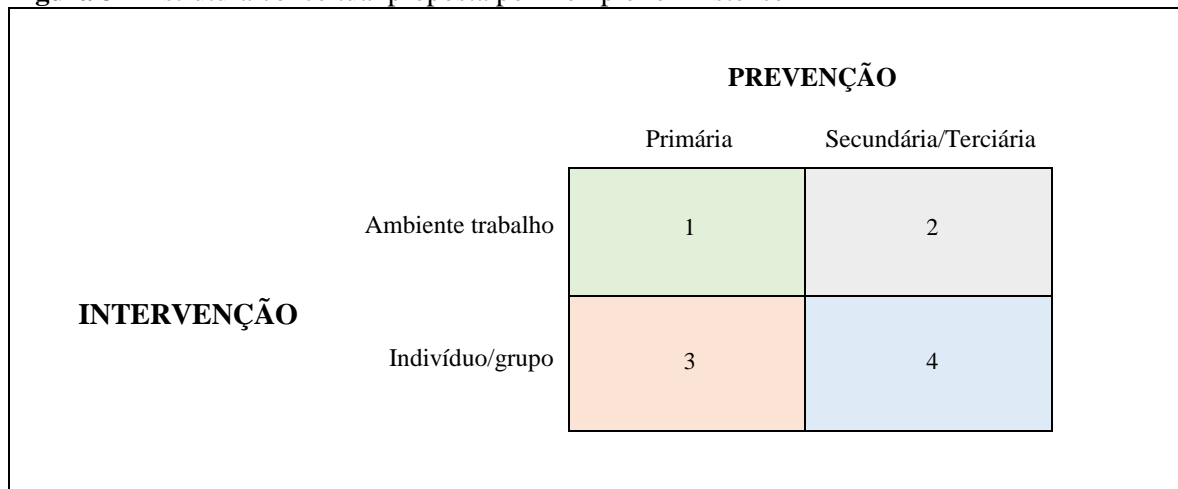
Outro modelo que privilegia a perspectiva organizacional é o de mediação do *burnout* e engajamento, desenvolvido por Leiter e Maslach citados por Maslach²². Este modelo propõe a análise de aspectos-chave do ambiente organizacional, que envolve seis áreas: sobrecarga de trabalho, desequilíbrio entre exigências do trabalho e a capacidade do indivíduo de atender a essas exigências; falta de controle sobre o trabalho, falta de autonomia e gerenciamento do seu trabalho; recompensas insuficientes, sentimento de não estar sendo apropriadamente recompensados pelo seu desempenho; ruptura na comunidade, falta de apoio e confiança e conflitos não resolvidos; falta de justiça, percepção de que não há justiça e igualdade no local de trabalho; conflitos de valores, desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os princípios pessoais dos trabalhadores.

Segundo os autores, a incongruência ou congruência entre as expectativas do trabalhador e as efetivas condições de trabalho, causam experiências de *burnout* ou de engajamento, que atuam como mediadores, gerando consequências para o trabalhador e para a organização. Maslach⁵⁰ defende três pontos que merecem ser considerados sobre intervenções: primeiro, prevenir *burnout* é uma estratégia melhor do que agir no problema já instalado; o segundo, construir o engajamento é a melhor abordagem para prevenir o *burnout*; o terceiro, intervenções organizacionais podem ser mais produtivas do que as individuais e podem ter um efeito maior.

Neste sentido, Garrosa-Hernández et al.⁴⁸ sinalizam que programas organizacionais podem ser preventivos ou interventivos, em função da fase de atuação sobre o problema: primária, age na natureza do estressor antes que este seja percebido como tal; secundária, atua sobre a resposta da pessoa e no contexto ocupacional, quando já existe percepção do estresse; terciária, quando já existem sintomas e perda de bem-estar e saúde da pessoa.

A partir de uma leitura sobre modelos de programas de prevenção e intervenção, Kompier e Kristensen⁴⁷ identificam dois eixos: o primeiro, indicando o alvo para onde a ação será dirigida; o segundo, indicando o momento em que esta ação ocorrerá. No primeiro eixo, o da intervenção, as possibilidades são: mudar a situação de trabalho *versus* mudar a pessoa (o trabalhador). No segundo eixo, o da prevenção, as possibilidades são: eliminar riscos *versus* evitar que as reações piorem. Os autores propõem a combinação destes eixos, formando quatro quadrantes, conforme Figura 3.

Figura 3 – Estrutura conceitual proposta por Kompier e Kristensen⁴⁷



Fonte: Kompier e Kristensen⁴⁷

Para cada quadrante existem várias possibilidades de ações, assim como as ações podem estar em vários quadrantes, a depender da situação. Na perspectiva do ambiente de trabalho, as ações preventivas (quadrante 1) evitam que o adoecimento aconteça e as interventivas (quadrante 2) são mais reativas, ocorrem à posteriori, depois que o adoecimento já deu sinais iniciais ou esteja instalado. De um modo geral, as ações nas organizações têm se concentrado mais neste segundo quadrante. Já as ações voltadas para o indivíduo, presentes nos quadrantes 3 e 4 (Figura 3), buscam melhorar a habilidade do trabalhador para lidar com, resistir ou reduzir o estresse.

Kompier e Kristensen⁴⁷ sinalizam a escassez de estudos sobre intervenções em nível organizacional e levantam alguns possíveis motivos para a preferência das empresas por intervenções secundárias ou terciárias, direcionadas ao indivíduo: a tendência dos dirigentes de explicar sucessos e fracassos organizacionais através de características das pessoas envolvidas; muitos pesquisadores de estresse se interessam principalmente pelo estresse como um fenômeno individual e subjetivo; estressores podem ser inerentes ao trabalho; a dificuldade de

conduzir intervenções em contexto organizacional dinâmico e de difícil controle; a dificuldade de demonstrar os benefícios de programas preventivos e interventivos nesta área.

Esta é uma discussão que precisa ser realizada, tanto no âmbito acadêmico, através do fomento à produção científica de pesquisas empíricas sobre intervenções em estresse nas organizações, quanto no âmbito profissional, através da sistematização de indicadores que possam ser utilizados para comprovar a importância de intervenções com esta amplitude. Os benefícios irão melhorar a saúde do trabalhador ou prevenir o seu adoecimento e, conseqüentemente, aumentar a produtividade e a qualidade dos produtos ou serviços prestados pela organização. Mas, para que estas intervenções possam ser realizadas, torna-se fundamental identificar a percepção do trabalhador sobre o seu trabalho, as condições para realizá-lo e as conseqüências para a sua saúde. Somente por meio do protagonismo do trabalhador, a organização poderá, de um lado fazer um diagnóstico e de outro planejar intervenções consistentes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este capítulo tem como finalidade apresentar o delineamento do estudo, hipóteses, variáveis e como foi realizado o seu desenvolvimento.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, tendo incorporado, de forma complementar, uma abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo se caracteriza como uma pesquisa em que a relação exposição-doença é investigada em uma determinada população ou amostra na qual causa e efeito são observados num mesmo momento. É considerado um ótimo método para detectar a ocorrência de um determinado agravo à saúde e de fatores associados⁵¹.

Contemplou dois níveis: o individual por meio da análise e discussão dos dados empíricos; e o organizacional, por meio da proposição de uma análise destes dados como se fosse uma leitura organizacional do diagnóstico (Figura 4).

Figura 4 – Diagrama do estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Plano de amostra e população do estudo

A pesquisa mais ampla, que deu origem ao recorte do estudo desta tese, pretendeu ter uma amostra aleatória, que contemplasse profissionais que trabalhavam em UTI (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e psicólogos) de cinco capitais brasileiras, representantes das regiões geográficas brasileiras (Norte, Centro Oeste, Sul, Nordeste e Sudeste). A Figura 5 apresenta a sequência com que esta amostra foi composta, considerando a definição das capitais, a quantidade de UTIs, a expectativa de UTI selecionadas e de participantes de cada uma delas, o que foi efetivamente alcançado e o recorte realizado para este estudo.

Figura 5 – Plano da amostra, considerando o estimado e o alcançado na pesquisa mais ampla e a amostra final deste estudo com médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

1	Regiões Capitais	NORTE BELÉM	CENTRO OESTE GOIÂNIA	SUL PORTO ALEGRE	NORDESTE SALVADOR	SUDESTE SÃO PAULO	TOTAL	
2	UTIs* AMIB / AMOSTRA	32 / 6	41 / 6	52 / 10	65 / 12	285 / 26	475 / 60	
3	Amostra Estimada	Profissionais						
		ENFERMEIROS	24	24	40	48	104	240
		FISIOTERAPEUTAS	24	24	40	48	104	240
		MÉDICOS	60	60	100	120	260	600
		PSICÓLOGOS	12	12	20	24	52	120
TOTAL	120	120	200	240	520	1200		
4	Amostra Alcançada	Profissionais						
		ENFERMEIROS	20	10	29	62	16	137
		FISIOTERAPEUTAS	14	4	16	45	9	88
		MÉDICOS	24	18	28	65	45	180
		PSICÓLOGOS	2	1	0	11	2	16
TOTAL – n (%)	60 (50,0)	34 (27,5)	73 (36,5)	183 (76,3)	72 (13,8)	421 (35,0)		
5	Estudo	MÉDICOS	24	18	28	65	45	180

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: *Foram consideradas as UTIs cadastradas na AMIB no momento da seleção da amostra. Para cada UTI foram sorteados 10 médicos, 4 enfermeiros, 4 fisioterapeutas e 2 psicólogos.

Na primeira etapa, foram definidas as seguintes capitais que participariam da pesquisa: Belém, Goiânia, Porto Alegre, Salvador e São Paulo. Na segunda, foi levantado, no cadastro de UTIs da Associação de Medicina Intensiva do Brasil (AMIB), a quantidade de unidades destas capitais, que totalizou 475. O tamanho da amostra necessária à pesquisa tomou como referência estudos de base populacional, realizados por pesquisadores da SSAEE/DSAU/UEFS^{52,1}, nos quais a prevalência de síndrome de *burnout* foi de 63,5%. Considerou-se, então, como

adequada, uma amostra de 1.200 trabalhadores e para compor esta amostra, seriam necessárias 60 UTIs, já que de cada uma seriam sorteados 10 médicos, quatro enfermeiros, quatro fisioterapeutas e dois psicólogos.

A partir desta definição, foi realizada uma amostragem aleatória estratificada por conglomerado, para o sorteio das UTIs (unidades populacionais), considerando como critérios: a proporção de UTIs existentes nas cidades selecionadas; o número de leitos, em grandes (com mais de 21 leitos), médias (com 11 a 20 leitos) e pequenas (com até 10 leitos); e a população atendida (adulto, pediátrica e neonatal).

A amostra estimada está descrita na terceira etapa da Figura 5, com o detalhamento sobre a quantidade de profissionais de cada capital, totalizando os 1.200 trabalhadores previstos. Na quarta etapa, identificou-se o que efetivamente foi alcançado: 137 enfermeiros, 88 fisioterapeutas, 180 médicos e 16 psicólogos. Com relação às capitais, o percentual alcançado foi: 50,0% em Belém, 27,5% em Goiânia, 36,5% em Porto Alegre, 76,3% em Salvador e 13,8% em São Paulo. Esta amostra alcançada representou 35,0% (421) do estimado. Na quinta etapa, apresenta-se o recorte feito neste estudo, que considerou apenas a categoria profissional de médicos e ficou composta por 180 trabalhadores.

4.3 Variáveis do estudo

4.3.1 Variáveis Independentes

A) **CARACTERÍSTICAS PESSOAIS:** idade, sexo, estado civil, categoria profissional, maior titulação e renda líquida mensal.

B) **CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS:** tempo de trabalho em UTI, carga horária semanal de plantão, carga horária semanal de trabalho (incluindo todos os vínculos), tipo de vínculo empregatício com a UTI, cargo que exerce e atividades desenvolvidas fora da UTI.

C) **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO:** percepção dos trabalhadores sobre a demanda psicológica e o controle sobre o seu trabalho. Como resultado da combinação entre estes dois aspectos, encontra-se como possibilidades: o trabalho ativo e passivo, considerados como intermediários; e, o trabalho de alta e baixa exigência, foco de interesse deste estudo.

4.3.2 Variável Dependente

D) **SÍNDROME DE *BURNOUT***: percepção dos trabalhadores sobre a saúde psíquica, que avalia as três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia, em três níveis de gravidade, baixo, moderado e alto. Como possibilidade de resultados: positivo = presença de nível alto em pelo menos uma das dimensões; negativo = ausência de nível alto nas três dimensões.

4.4 Hipóteses principais do estudo

H_0 = Prevalência de síndrome de *burnout* entre profissionais com alta exigência = Prevalência de síndrome de *burnout* entre profissionais com baixa exigência.

H_1 = Prevalência de síndrome de *burnout* entre profissionais com alta exigência \neq Prevalência de síndrome de *burnout* entre profissionais com baixa exigência.

4.5 Coleta de dados

O trabalho foi inicialmente divulgado pela AMIB por meio da página eletrônica e congresso científico nacional realizado no Rio de Janeiro, em novembro de 2013. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2013 a agosto de 2014.

Depois da seleção aleatória das UTIs, os coordenadores foram contatados e convidados para uma reunião nas sedes das Sociedades Regionais da AMIB de cada capital, para que o projeto fosse apresentado e discutido. Foi solicitada a colaboração no sentido de intermediar o acesso aos trabalhadores, explicando o propósito da pesquisa, formalizado por meio de uma carta aos coordenadores (Anexo A) e outra dirigida aos diretores técnicos dos hospitais (Anexo B).

Após este contato, cada coordenador recebeu 20 *kits* de coleta de dados para serem entregues aos trabalhadores sorteados da UTI sob sua responsabilidade. Cada *kit* continha: um questionário (Apêndice A), duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice B e uma carta de apresentação e justificativa do trabalho, referendada pela AMIB (Anexo C) e um cartaz de divulgação (Apêndice C). A devolução do questionário

foi realizada diretamente para a AMIB, em envelopes lacrados, através de correspondência com porte pago à Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), garantindo-se o sigilo e confidencialidade dos dados e sem ônus para os participantes.

Foram registrados dois tipos de perdas, o primeiro por não ter acesso ao trabalhador pela não aceitação da UTI em colaborar com o estudo. Das 60 UTIs sorteadas, somente 25 (41,7%) deram retorno positivo e intermediaram o acesso ao trabalhador. A justificativa para a recusa repousava, principalmente, na demanda dos Comitês de Ética dos hospitais de serem coparticipantes do estudo, o que o inviabilizaria por uma questão temporal.

O segundo tipo de perda foi pela não adesão dos trabalhadores previstos para as 25 UTIs que aceitaram intermediar o acesso aos trabalhadores, neste caso, 250 médicos, tendo sido alcançado 180 (72,0%). Esta perda pode ter ocorrido tanto pelo número insuficiente de médicos na UTI no momento da coleta, quanto pela recusa direta, não tendo sido possível o controle deste dado pelos pesquisadores.

4.6 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável, sem identificação do respondente, com questões fechadas e abertas, composto por nove blocos de questões: o primeiro, *identificação geral*; o segundo, *informações gerais sobre o seu trabalho*; o terceiro, sobre as *características psicossociais do trabalho*; o quarto, *aspectos sobre saúde e trabalho*; o quinto, sobre a qualidade de vida; o sexto, sobre a capacidade para o trabalho; o sétimo, aspectos relacionados à saúde; o oitavo, questões sobre hábitos de vida; e, o nono, sobre *fatores de estresse na UTI* (Apêndice A). Para este estudo foi realizado um recorte da pesquisa mais ampla e foram utilizados somente cinco blocos, sinalizados acima em itálico e detalhados a seguir.

Na parte de identificação, buscou-se caracterizar os trabalhadores segundo sexo, idade, estado civil, filhos, questões voltadas para a graduação e pós-graduação, a residência, o título de especialista e demais cursos de atualização profissional. Com relação ao trabalho foram questionados aspectos ligados ao tempo de trabalho em UTI, tipo de vínculo, atividades laborais fora da UTI, turnos de trabalho, carga horária de trabalho total e em UTI, renda líquida mensal, etc.

O terceiro bloco utilizado foi o que abordou as características psicossociais do trabalho e foi utilizado o *Job Content Questionnaire (JCQ)*⁴⁹ que identifica dois importantes aspectos das situações de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador. Neste estudo, foram utilizadas 31 questões da versão do JCQ em português: 9 a respeito de controle sobre o trabalho (6 sobre habilidades e 3 sobre autoridade decisória), 13 perguntas sobre demanda (8 sobre demanda psicológica e 5 sobre demanda física) e 9 perguntas sobre suporte social. As questões foram medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo e 4 = concordo fortemente).

O bloco sobre aspectos de saúde e trabalho, teve como objetivo medir o nível de *burnout* dos trabalhadores, por meio do *Maslach Burnout Inventory (MBI)*²⁰ 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). Desta 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.

O último bloco utilizado neste estudo, listava alguns fatores que podem estressar o trabalhador no exercício da sua atividade na UTI e solicitava que fizesse uma avaliação sobre a intensidade com que isto acontecia, variando de 0 a 3, sendo 3 o ponto máximo. Este bloco continha também duas questões abertas, buscando levantar como os intensivistas acreditam ser a imagem que os outros têm sobre os profissionais e os pacientes de UTI.

4.6.1 Estudo piloto

Um estudo piloto, de corte transversal e base populacional foi realizado no mês de março de 2013, em duas UTIs de um hospital de grande porte na cidade de São Paulo, com a finalidade de verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de dados. Foram estudados 40 trabalhadores (20 médicos, nove enfermeiros, nove fisioterapeutas e dois psicólogos).

As sugestões foram incorporadas, tendo gerado algumas modificações no instrumento original, principalmente no que dizia respeito às especificidades de cada categoria profissional contemplada no estudo, que poderiam não se reconhecer na maneira como algumas questões tinham sido formuladas.

4.7 Análise de dados

Com relação à identificação da síndrome de *burnout*, foi realizada a somatória das variáveis referentes a cada uma das dimensões e os resultados foram classificados a partir dos pontos de corte definidos pela autora da escala⁵³ em níveis ‘baixo, moderado ou alto’. Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica nível alto; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, uma pontuação igual ou maior que 13 indica nível alto; de 7 a 12 moderado; e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras, uma vez que uma pontuação até 31 indica nível alto; de 32 a 38 nível moderado; e maior ou igual a 39, nível baixo.

Por não haver consenso na literatura para a interpretação da escala MBI, descrevemos os resultados segundo dois critérios: o primeiro, de Ramirez et al. citados por Tucanduva et al.⁵⁴, que definiram *burnout* pela presença das três dimensões em nível alto; e o segundo, definido por Grunfeld et al. citados por Tucanduva et al.⁵⁴, que aceitam a presença de apenas um nível alto, independente de qual seja, para o diagnóstico da síndrome.

Para a construção dos indicadores de demanda e de controle do JCQ, foi realizada a somatória das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) foi definida a mediana como ponto de corte. Com base nos pressupostos assumidos no modelo, o trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle (alta exigência) foi considerado como a situação de maior exposição. No outro extremo, encontrar-se-á o trabalho de menor exposição, ou seja, com baixa demanda e alto controle (baixa exigência). As demais combinações foram consideradas situações de trabalho de exposição intermediária⁴⁹.

Com relação aos fatores de estressores ocupacionais na UTI, foi solicitada a avaliação da intensidade com que estes fatores costumavam estressar os trabalhadores a partir de uma

gradação de 0 a 3. Estas respostas foram recodificadas e 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 e por categoria profissional.

Para os dados qualitativos, obtidos por meio das respostas às questões abertas, inicialmente foi realizada uma análise semântica para identificar a ideia central dos conteúdos evocados e possibilitar o agrupamento de ideias semelhantes e próximas, para a criação de categorias de análise. Esta etapa foi realizada pela autora e por quatro estudantes bolsistas de iniciação científica da SSAEE/UEFS que, de forma independente, analisaram as respostas e posteriormente, todos juntos, discutiram o que tinham identificado. Em uma primeira análise, foram identificados 11 blocos que reuniam conteúdos mais frequentes ou que traduziam, de forma mais expressiva, como os trabalhadores achavam que eles próprios e os pacientes de UTI eram vistos.

Com o aprofundamento da análise e, por meio da identificação de conteúdo muito próximo às dimensões do *burnout*, foi realizado um novo agrupamento. Nas respostas em relação aos profissionais, foram identificadas imagens referentes à exaustão emocional e à ineficácia, dimensões que representam o componente individual e de autoavaliação do profissional, respectivamente. Nas respostas em relação aos pacientes, identificou-se imagens referentes à dimensão de despersonalização, que representa o componente relacional do *burnout*. Desta etapa resultou a identificação de três grandes categorias, representando as dimensões do *burnout*, onde os conteúdos inicialmente identificados foram alocados.

Na etapa seguinte, cada dimensão foi analisada isoladamente buscando identificar e agrupar ideias negativas, neutras e positivas, criando, desta forma, nove subcategorias, três de cada dimensão. A partir daí, voltou-se ao arquivo original com a transcrição das respostas dos participantes do estudo e foi realizada uma nova classificação, através de uma medida quantitativa, da seguinte forma: (9) não respondeu a esta questão, considerado como ‘*missing*’; (0) respondeu, mas aquele conteúdo não estava presente; e, (1) respondeu e aquele conteúdo estava presente.

Para evitar ou minimizar distorções nesta interpretação, as respostas foram classificadas pelos avaliadores individualmente e depois discutidas pelo grupo de trabalho. Após esta

quantificação, estes dados foram inseridos no banco de dados do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) versão 9.0 e em seguida foram comparados com os resultados obtidos na mensuração de cada dimensão do *burnout*.

A análise se iniciou com a construção do banco de dados utilizando o programa *EpiData* 3.1, indicado para inserção dos dados por permitir a reprodução da máscara do questionário e possibilitar minimizar erros de digitação. Optou-se pela construção de dois bancos, digitados de forma independente, permitindo o confronto dos dados e identificação de divergências. Após a verificação e correção de erros e incongruências foi utilizado o programa SPSS® 9.0 *for Windows*, de propriedade da SSAEE/DSAU/UEFS, para realização da análise de dados.

Inicialmente foi realizada análise descritiva univariada dos dados, a partir do cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e do desvio padrão das variáveis numéricas, referentes às características sociodemográficas, às características do trabalho e da situação de saúde mental dos trabalhadores.

Posteriormente, realizou-se análise da associação entre algumas variáveis independentes, como faixa etária, sexo, carga horária de trabalho, tipo de vínculo e os quadrantes do modelo demanda-controle (JCQ) com o resultado do *burnout*, adotado como variável dependente. A razão de prevalência foi utilizada para medir a associação entre as variáveis estudadas e adotou-se para o cálculo da inferência estatística um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.8 Considerações Éticas

O trabalho foi previamente apresentado e discutido com a diretoria da AMIB, que autorizou formalmente o acesso dos pesquisadores ao cadastro da AMIB das UTIs das cinco cidades escolhidas para representar as regiões geográficas do Brasil (Anexo D).

Depois desta autorização, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS) cadastrado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Inicialmente, o projeto foi aprovado em 2010 pelo protocolo nº CAAE-0112.0.059.000-10 e, após ajustes nas estratégias metodológicas, foi submetido um

recurso e novamente aprovado em 2013, pelo protocolo nº. CAAE-21500313.4.0000.0053 (Anexo E).

O estudo contou com o apoio da AMIB; financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) sob o protocolo APP0032/2011 (Anexo F); e, participação das instituições de ensino: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

5 RESULTADOS

Este segmento tem como objetivo apresentar os principais resultados encontrados. Considerando o recorte específico que subsidia esta tese, dos médicos contatados através das UTIs sorteadas, 180 aceitaram participar do estudo e responderam ao questionário, 30% dos trabalhadores inicialmente elegíveis, sendo 127 de UTI Adulto, 22 de UTI Pediátrica e 31 de UTI Neonatal. Destes, 24 foram de Belém, 18 de Goiânia, 28 de Porto Alegre, 65 de Salvador, 45 de São Paulo.

Tabela 1 – Distribuição por tipo de UTI e capital brasileira de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

TIPO DE UTI	BÉLEM	GOIÂNIA	PORTO ALEGRE	SALVADOR	SÃO PAULO	TOTAL
	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*
Adulto	20 (83,3)	7 (38,9)	27 (96,3)	42 (64,6)	31 (68,9)	127 (70,6)
Pediátrica	0 (0,0)	11 (61,1)	1 (3,7)	10 (15,4)	0 (0,0)	22 (12,2)
Neonatal	4 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (20,0)	14 (31,1)	31 (17,2)
TOTAL	24 (100,0)	18 (100,0)	28 (100,0)	65 (100,0)	45 (100,0)	180 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Por não ter conseguido uma distribuição equitativa entre as capitais brasileiras, optou-se por realizar as análises considerando todos os médicos e fazendo apenas uma divisão entre os que trabalham em unidades que atendem pacientes adultos e juntando os que atendem pacientes pediátricos com os que atendem pacientes neonatais.

5.1 Dados sociodemográficos dos participantes do estudo

5.1.1 Características Pessoais

Entre os médicos estudados, 54,4% eram do sexo feminino, percentual que aumenta quando considerados os que trabalham em pediatria ou neonatologia (86,8%) e diminui para os que trabalham com adultos (40,9%). A maioria (40,2%) tem até 35 anos, com média de idade de $39 \pm 8,1$ e a maioria dos intensivistas de UTI adulto com tempo de formado entre 11 e 20 anos e até 10 anos para os pediatras e neonatologistas. Com relação à situação conjugal, 53,6% eram casados, percentual que aumenta quando considerados os que referem união consensual (12,3%). Dos médicos participantes deste estudo, 96 (53,6%) têm filhos (Tabela 2).

Tabela 2 - Características pessoais de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*
SEXO			
Feminino	52 (40,9)	46 (86,8)	98 (54,4)
Masculino	75 (59,1)	7 (13,2)	82 (45,5)
TOTAL	127 (100,0)	53 (100,0)	180 (100,0)
FAIXA ETÁRIA (anos)			
≤ 35	50 (39,4)	22 (42,3)	72 (40,2)
36 – 45	46 (36,2)	20 (38,5)	66 (36,9)
> 45	31 (24,4)	10 (19,2)	41 (22,9)
TOTAL	127 (100,0)	52 (100,0)	179 (100,0)
TEMPO DE FORMADO (anos)			
< 10	29 (23,4)	19 (37,3)	48 (27,4)
11 – 20	58 (46,7)	18 (35,3)	76 (43,4)
21 – 30	28 (22,6)	12 (23,5)	40 (22,9)
> 31	9 (7,3)	2 (3,9)	11 (6,3)
TOTAL	124 (100,0)	51 (100,0)	175 (100,0)
ESTADO CIVIL			
Solteiro	36 (28,6)	18 (34,0)	54 (30,2)
Casado	68 (53,9)	28 (52,8)	96 (53,6)
União Consensual	18 (14,3)	4 (7,5)	22 (12,3)
Viúvo/a	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (0,5)
Divorciado/separado	4 (3,2)	2 (3,8)	6 (3,4)
TOTAL	126 (100,0)	53 (100,0)	179 (100,0)
FILHOS			
Não	60 (47,2)	23 (44,2)	83 (46,4)
Sim	67 (52,8)	29 (55,8)	96 (53,6)
TOTAL	127 (100,0)	52 (100,0)	179 (100,0)
MAIOR TITULAÇÃO			
Especialização	44 (61,1)	15 (71,4)	59 (63,4)
Mestrado	14 (19,4)	4 (19,0)	18 (19,4)
Doutorado	14 (19,4)	2 (9,5)	16 (17,2)
TOTAL	72 (100,0)	21 (100,0)	93 (100,0)
TÍTULO DE ESPECIALISTA E RESIDÊNCIA			
Título Especialista	93 (71,0)	38 (29,0)	131 (100,0)
Em TI	43 (46,2)	6 (15,8)	49 (37,4)
Em outra área	24 (25,8)	24 (63,2)	48 (36,6)
Em ambas	26 (28,0)	8 (21,0)	34 (26,0)
Residência	111 (87,4)	50 (94,3)	161 (89,4)
RENDA LÍQUIDA MENSAL (R\$)			
< 10.000,00	16 (13,2)	18 (34,0)	34 (19,5)
10.001,00 – 20.000,00	68 (55,7)	29 (54,7)	97 (55,4)
> 20.001,00	38 (31,1)	6 (11,3)	44 (25,1)
TOTAL	122 (100,0)	53 (100,0)	175 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Com relação à formação acadêmica, há uma ênfase maior para os cursos *latu sensu* (especialização) em que 63,4% dos trabalhadores têm esta como sua maior titulação, tendo um percentual ainda maior para pediatras e neonatologistas (71,4%). O curso de mestrado foi a maior titulação para 19,4% dos médicos e o de doutorado para 17,2%. Considerando que os cursos *stricto sensu* (mestrado e doutorado) qualificam o profissional para atuar na área de

ensino, este menor percentual nesta formação pode significar uma procura maior por qualificação voltada para a atuação prática do que para a docência.

Com relação à formação profissional, 161 (89,4%) médicos têm residência e, quando somados os trabalhadores que referem ter título de especialista somente em Terapia Intensiva com os que aliam este com o de outra área da saúde, encontramos 83 (46,1%) médicos. Cabe ressaltar que este percentual aumenta quando considerados os médicos que atendem pacientes adultos (54,3%) e diminui quando considerados os pediatras e neonatologistas (32,0%).

No que se refere à renda líquida mensal, a maioria (55,4%) tem a sua renda na faixa de R\$10.001,00 a R\$20.000,00, mas cabe ressaltar que 34,0% dos médicos que atendem crianças e recém-nascidos referem renda na faixa inferior ($<$ R\$10.000,00) e os médicos que atendem adultos têm sua renda numa faixa superior (mais do que R\$20.001,00).

5.1.2 Características Funcionais

A maioria (55,7%) tinha até 10 anos, mas uma percentagem significativa (28,4%) tinha mais do que 16 anos de trabalho na UTI. Este dado pode indicar tanto a escolha precoce pela especialidade quanto a valorização pela experiência acumulada. Com relação à carga horária de trabalho na UTI, a maioria (39,8%) trabalha até 24 horas semanais, embora tenham muitos na faixa de 25 e 40 horas (20,4%) e 41 e 60 horas (26,9%). A maioria dos médicos (50,3%) tem carga horária semanal total de trabalho na faixa de 49 a 72 horas, contudo, 24,2% dos que atendem pacientes adultos trabalham mais do que 73 horas por semana.

Tabela 3 - Características funcionais de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*
TEMPO DE TRABALHO EM UTI (anos)			
0 – 5	27 (21,6)	18 (35,3)	45 (25,6)
6 – 10	40 (32,0)	13 (25,5)	53 (30,1)
11 – 15	21 (16,8)	7 (13,7)	28 (15,9)
> 16	37 (29,6)	13 (25,5)	50 (28,4)
TOTAL	125 (100,0)	51 (100,0)	176 (100,0)
CARGA HORÁRIA DE TRABALHO EM UTI			
< 24	44 (36,7)	24 (47,1)	68 (39,8)
25 – 40	24 (20,0)	11 (21,6)	35 (20,4)
41 – 60	38 (31,7)	8 (15,7)	46 (26,9)
> 61	14 (11,7)	8 (15,7)	22 (12,9)
TOTAL	120 (100,0)	51 (100,0)	171 (100,0)
CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL DE TRABALHO			
≤ 48	30 (24,2)	21 (39,6)	51 (28,8)
49 – 72	64 (51,6)	25 (47,2)	89 (50,3)
≥ 73	30 (24,2)	7 (13,2)	37 (20,9)
TOTAL	124 (100,0)	53 (100,0)	177 (100,0)
	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*
VÍNCULO INSTITUCIONAL			
Assalariado Privado	62 (34,1)	32 (42,7)	94 (36,6)
Assalariado Público	49 (26,9)	17 (22,7)	66 (25,7)
Contrato Temp. Privado	5 (2,8)	2 (2,7)	7 (2,7)
Contrato Temp. Público	4 (2,2)	4 (5,3)	8 (3,1)
Cooperativado	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,8)
Pessoa Jurídica	39 (21,4)	14 (18,6)	53 (20,6)
Prestador de Serviços	13 (7,1)	2 (2,7)	15 (5,8)
Sócio	8 (4,4)	4 (5,3)	12 (4,7)
TOTAL	182 (100,0)	75 (100,0)	257 (100,0)
CARGO QUE EXERCE NA UTI			
Coordenador	11 (8,7)	3 (5,7)	14 (7,8)
Diarista	8 (6,3)	5 (9,4)	13 (7,3)
Plantonista	107 (84,9)	45 (84,9)	152 (84,9)
TOTAL	126 (100,0)	53 (100,0)	179 (100,0)
ATIVIDADES PROFISSIONAIS FORA DA UTI			
Docência	6 (8,6)	1 (3,3)	7 (7,0)
Em outra área de saúde	64 (91,4)	28 (93,4)	92 (92,0)
Fora da área de saúde	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (1,0)
TOTAL	70 (100,0)	30 (100,0)	100 (100,0)
QUANTIDADE MÁXIMA DE PACIENTES QUE CUIDA NO PLANTÃO			
< 7	8 (6,6)	15 (28,8)	23 (13,3)
7 – 12	90 (74,4)	20 (38,5)	110 (63,6)
12 – 20	20 (16,5)	12 (23,0)	32 (18,5)
> 20	3 (2,5)	5 (9,6)	8 (4,6)
TOTAL	121 (100,0)	52 (100,0)	173 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

O tipo de vinculação mais frequente é como assalariado privado (36,6%), seguido de assalariado público (25,7%) e de pessoa jurídica (20,6%). Com relação ao cargo que exerce na UTI, a grande maioria (84,9%) exerce o cargo de plantonista. Como atividade fora da UTI, o

maior percentual (92,0%) está em atividades ligadas à área de saúde em outra especialidade. A maioria (63,6%) atende no máximo entre 7 e 12 pacientes, percentual ainda maior para os médicos que trabalham em UTI adulto e menor para os que trabalham em UTI pediátrica e neonatal (38,5%).

5.2 Fatores estressores ocupacionais da UTI

Os resultados dos fatores que mais estressavam os profissionais foram apresentados pela frequência simples na Tabela 4, organizados dos fatores que mais estressavam para os que menos estressavam. Alguns dos fatores mais frequentes dizem respeito ao relacionamento mais direto com os usuários dos serviços dos médicos, podendo ser destacado: lidar com a angústia dos familiares (67,8%); pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes (52,8%); possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes (51,4%); e quantidade de pacientes por profissional (48,6%).

Tabela 4 – Fatores estressores na UTI para uma amostra aleatória de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	N (%)*	N (%)*	N (%)*
Lidar com a angústia dos familiares	75 (60,0)	45 (86,5)	120 (67,8)
Ruídos excessivos	79 (63,2)	21 (40,4)	100 (56,5)
Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes	61 (48,8)	32 (62,7)	93 (52,8)
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	57 (45,6)	34 (65,4)	91 (51,4)
Problemas administrativos	64 (51,2)	24 (46,2)	88 (49,7)
Quantidade de pacientes por profissional	63 (50,4)	23 (44,2)	86 (48,6)
Falta de recursos materiais	55 (44,4)	28 (54,9)	83 (47,4)
Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	54 (43,2)	29 (56,9)	83 (47,2)
Comprometimento da equipe	57 (46,3)	19 (37,3)	76 (43,7)
Ritmo acelerado das atividades	53 (42,4)	23 (44,2)	76 (42,9)
Cuidar do paciente terminal	42 (33,6)	28 (53,8)	70 (39,5)
Pressão para dar alta aos pacientes	44 (35,2)	22 (42,3)	66 (37,3)
Relacionamento com a equipe	22 (17,6)	11 (21,2)	33 (18,3)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Outros se referem à estrutura e funcionamento das UTIs, como: ruídos excessivos (56,5%); problemas administrativos (49,7%); falta de recursos materiais (47,4%) e obrigação de lidar com questões simultâneas (47,2%). E na sequência, fatores que chamam a atenção para o trabalho em interdependência com outros profissionais como: comprometimento da equipe (43,7%).

5.3 Aspectos psicossociais do trabalho em UTI

A percepção dos trabalhadores sobre os aspectos psicossociais do seu trabalho, resultou em uma avaliação sobre a demanda (alta e baixa) e o controle sobre o trabalho (alto e baixo). O aspecto demanda psicológica, indica a percepção do trabalhador sobre as exigências psicológicas que precisa enfrentar no seu trabalho, tanto em relação ao tempo, volume, quanto à interdependência de atividades realizadas por outros trabalhadores. Neste estudo, apesar de ter uma diferença percentual pequena, a maioria dos médicos refere ter baixa demanda psicológica de trabalho (87-51,8%).

Já no aspecto controle sobre o trabalho, que se refere ao grau de autonomia, a possibilidade de aprendizado e desenvolvimento de habilidade, os intensivistas, diferente do que ocorreu com a demanda, referiram, em sua maioria, ter alto controle sobre o seu trabalho (93-55,4%).

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores nos grupos do modelo Demanda-Controle de uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas a AMIB, Brasil, 2014.

	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	Nº (%)*	Nº (%)*	Nº (%)*
BAIXA EXIGÊNCIA ↓ Demanda + ↑ Controle	35 (29,7)	16 (32,0)	51 (30,4)
TRABALHO PASSIVO ↓ Demanda + ↓ Controle	26 (22,0)	10 (20,0)	36 (21,4)
TRABALHO ATIVO ↑ Demanda + ↑ Controle	32 (27,1)	10 (20,0)	42 (25,0)
ALTA EXIGÊNCIA ↑ Demanda + ↓ Controle	25 (21,2)	14 (28,0)	39 (23,2)
TOTAL	118 (100,0)	50 (100,0)	168 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Em seguida, foram compostas as quatro possibilidades de trabalho, a partir da distribuição entre os quadrantes do modelo Demanda-Controle: baixa exigência (baixa demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); e, alta exigência (alta demanda e baixo controle). A maioria dos trabalhadores considerou ter um trabalho de baixa exigência (30,4%), seguido pelo trabalho ativo (25,0%), trabalho de alta exigência (23,2%) e o trabalho passivo (21,4%).

5.4 Síndrome de *burnout*

A análise das dimensões do *burnout* separadamente aponta que a principal dimensão afetada entre os médicos avaliados foi a exaustão emocional, com prevalência de nível alto de 50,6%, sendo ainda mais alta para os médicos que atendem adultos (51,9%) e um pouco mais baixa para pediatras e neonatologistas (47,2%). Para as outras dimensões, a prevalência de nível alto foi de 26,1% em despersonalização e 15,0% em ineficácia. Este resultado foi ainda mais alto para os médicos que atendem adultos (30,7% e 18,9%) e mais baixo para pediatras e neonatologistas (15,1% e 5,7%) para despersonalização e ineficácia, respectivamente (Tabela 6).

Outro aspecto analisado é que o nível moderado de *burnout* pode ser considerado como condição intermediária e anterior ao nível alto, de maior gravidade. Quando os percentuais de nível moderado são somados com os de nível alto encontramos gravidade de *burnout* em 80,6%, 44,4% e 42,2% dos médicos para as dimensões de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia, respectivamente.

Tabela 6 – Níveis de *Burnout*, por dimensão, em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

	UTI ADULTO	UTI PED/ NEO	TOTAL
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
EXAUSTÃO EMOCIONAL			
Baixo	27 (21,3)	8 (15,1)	35 (19,4)
Moderado	34 (26,8)	20 (37,7)	54 (30,0)
Alto	66 (51,9)	25 (47,2)	91 (50,6)
DESPERSONALIZAÇÃO			
Baixo	64 (50,4)	36 (67,9)	100 (55,6)
Moderado	24 (18,9)	9 (17,0)	33 (18,3)
Alto	39 (30,7)	8 (15,1)	47 (26,1)
INEFICÁCIA			
Baixo	70 (55,1)	34 (64,2)	104 (57,8)
Moderado	33 (26,0)	16 (30,1)	49 (27,2)
Alto	24 (18,9)	3 (5,7)	27 (15,0)
NÍVEL ALTO NAS DIMENSÕES DO BURNOUT			
Em nenhuma dimensão	46 (36,2)	23 (43,4)	69 (38,3)
Em uma dimensão	42 (33,1)	24 (45,3)	66 (36,7)
Exaustão emocional (EE)	30 (23,7)	20 (37,7)	50 (27,8)
Despersonalização (DP)	6 (4,7)	3 (5,7)	9 (5,0)
Ineficácia (IN)	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
Em duas dimensões	30 (23,6)	6 (11,3)	36 (20,0)
EE + DP	21 (16,5)	4 (7,5)	25 (13,9)
EE + IN	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
DP + IN	3 (2,4)	1 (1,9)	4 (2,2)
Em três dimensões	9 (7,1)	0 (0,0)	9 (5,0)
TOTAL	127 (100,0)	53 (100,0)	180 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

A síndrome de *burnout* foi observada em 61,7% dos médicos avaliados, quando considerado o critério de ter nível alto em pelo menos uma das dimensões, independente de qual fosse. Este percentual aumenta um pouco quando considerados os médicos que atuam em UTI para adultos (63,8%) e diminui um pouco quando considerados os médicos que atuam em UTI para crianças/recém-nascidos (56,6%). Quando considerado o critério de ter nível alto em todas as dimensões, o *burnout* foi observado em 7,1% dos médicos que atuam em UTI para adultos, não tendo sido identificado nos pediatras/neonatólogos.

Dos médicos que apresentam escore alto em apenas uma dimensão, 27,8% tiveram nível alto apenas em exaustão emocional, tendo sido ainda maior nos pediatras/neonatólogos (37,7%); 5,0% apenas em despersonalização e 3,9% apenas em ineficácia. Nas situações em que o escore alto aparece em duas dimensões simultaneamente, observou-se os maiores percentuais na combinação entre exaustão emocional e despersonalização, 16,5% e 7,5% em médicos intensivistas de adulto e criança/recém-nascidos, respectivamente.

A identificação sobre qual dimensão foi afetada, subsidiou uma importante motivação deste estudo: propor parâmetros de diagnóstico de *burnout* para subsidiar o planejamento de programa de promoção de saúde para os médicos intensivistas. Como as UTIs funcionam, necessariamente, dentro de um hospital, além de analisar os dados referentes ao trabalhador, torna-se imprescindível uma caracterização do perfil daquela UTI em análise, para que os programas possam identificar as necessidades específicas.

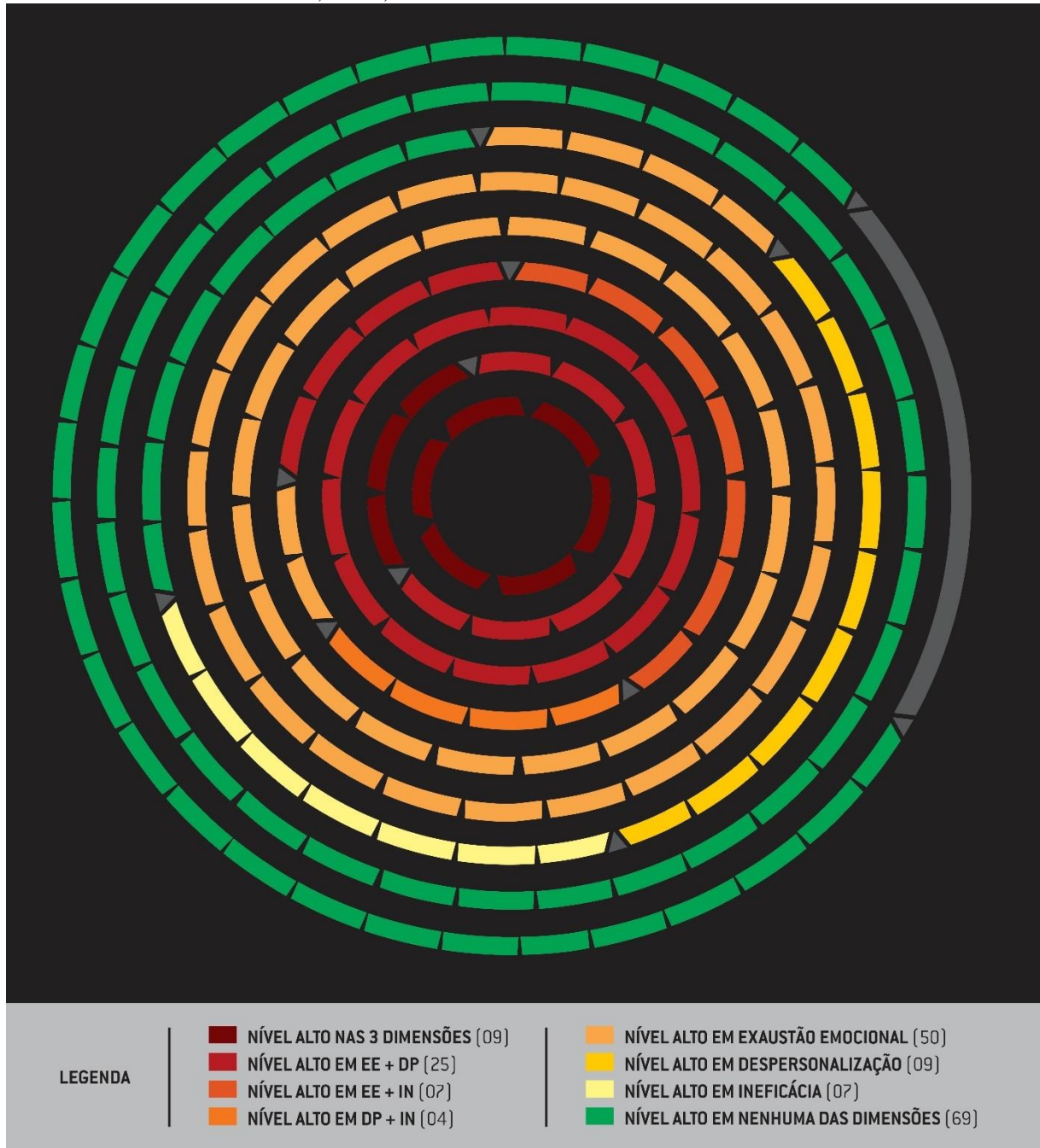
Desta abordagem surgiu a ideia de representar cada um dos 180 médicos desta amostra por um retângulo, atribuindo uma cor relativa à sua situação individual em relação ao nível alto nas dimensões do *burnout*, com gradação de vermelho, amarelo e verde, utilizando uma analogia com as cores do semáforo, conforme legenda na Figura 5. Depois, foi realizada uma ordenação circular que considerou a gravidade do *burnout*, colocando no centro os de maior gravidade (nível alto nas três dimensões) e na periferia os de menor gravidade (nível alto em nenhuma das dimensões). Esta forma de apresentação, permite a identificação da prioridade da intervenção que, como no jogo de dardos, tem como objetivo atingir o ponto central.

Desta forma, considerando que a Figura 5 retrata hipoteticamente o diagnóstico de saúde dos médicos de uma UTI específica, é possível, além de identificar cada médico intensivista em particular, também avaliar a saúde do coletivo de intensivistas daquela UTI ou daquele

hospital, contribuindo para uma análise organizacional do *burnout*. Esta representação subsidia a análise de que quanto maior for a área que compreende a graduação de cores entre o vermelho, situação mais grave, e o amarelo, situação intermediária, maior o impacto negativo na saúde dos intensivistas e no atendimento aos pacientes e familiares.

Analisando a Figura 5, é possível identificar vários sinais de alerta, que demandam respostas específicas para a situação de gravidade que representam: o alerta vermelho, que representa 25% da área localizada na parte central do círculo e é composto por 45 médicos que estão com nível alto nas três ou em duas dimensões simultaneamente; o alerta amarelo, que representa 36,7% da área localizada na parte intermediária do círculo e é composto por 66 médicos que estão com nível alto em apenas uma das dimensões; e, o alerta verde, que representa 38,3% da área localizada na periferia do círculo e é composto por 69 médicos que não apresentavam nível alto em nenhuma das dimensões. Para cada sinal de alerta identificado, um tipo diferente de intervenção deve ser proposto.

Figura 6 – Distribuição dos trabalhadores nas dimensões do *burnout* em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

A análise detalhada destes resultados, vai indicar a urgência com que mudanças precisam ser feitas e também subsidiar, tanto recomendações de profissionais que cuidem da saúde ocupacional dos trabalhadores, como por exemplo, psicólogos do trabalho, quanto decisões dos dirigentes dos hospitais sobre a aprovação de ações de prevenção e intervenção no *burnout*. Estas ações devem contemplar tanto intervenções no nível individual, que certamente serão necessárias e justifica o fato de que todos os médicos desta amostra tenham sido

representados na figura, quanto intervenções no nível organizacional, que garantam um ambiente de suporte necessário para que as mudanças ocorram.

Cabe ressaltar que, apesar desta representação gráfica ter sido construída a partir dos dados quantitativos do MBI, a sua proposta adotou uma perspectiva qualitativa, o que pode sugerir que, pela complexidade do *burnout*, se faz necessário avançar na sua abordagem e na tentativa de compreensão.

5.5 Associação entre as dimensões do *burnout* e variáveis independentes

Após a verificação de uma tendência, optou-se por realizar as análises conjuntamente, incluindo todos os médicos, tanto os que cuidam de pacientes adultos, quanto os que cuidam de crianças e recém-nascidos, ressaltando apenas os aspectos que fujam a esta tendência. As três dimensões do *burnout* foram associadas às variáveis sociodemográficas e aos grupos do modelo Demanda-Controle, buscando identificar a razão de prevalência.

5.5.1 Associação com dados sociodemográficos

A prevalência de exaustão emocional apresentou associação estatisticamente significativa com carga horária semanal de trabalho maior do que 60 horas (RP=1,57).

Tabela 7 - Associação entre os dados sociodemográficos e o nível alto nas dimensões do *burnout*, de uma amostra de médicos intensivistas de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

Variável Referente** n (Prevalência)	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	INEFICÁCIA
Sexo masculino	45 (25,0%)	30 (16,7%)	17 (9,4%)
RP	1,169	2,109	2,032
IC (95%)	0,877 – 1,559	1,257 – 3,539	0,985 – 4,190
p (0,05)	,181	,003**	,039*
Idade < 39 anos	51 (28,5%)	26 (14,5%)	17 (9,5%)
RP	,985	,956	1,313
IC (95%)	0,752 – 1,373	0,584 – 1,566	0,637 – 2,705
p (0,05)	,519	,496	,299
Situação conjugal – solteiro	27 (44,3%)	12 (19,7%)	6 (9,8%)
RP	,829	,663	,553
IC (95%)	0,597 - 1,151	0,372 - 1,182	0,236 - 1,297
p (0,05)	,159	,103	,115
Não ter filhos	41 (49,4%)	23 (27,7%)	12 (14,7%)
RP	,968	1,108	,925
IC (95%)	0,722 - 1,297	0,679 - 1,811	0,460 - 1,863
p (0,05)	,472	,404	,498
Renda líquida mensal < R\$ 10.000,00	17 (50,0%)	4 (11,8%)	8 (23,5%)
RP	1,007	,405	1,952
IC (95%)	0,692 - 1,465	0,156 - 1,052	0,920 - 4,141
p (0,05)	,561	,027*	,079
Título de especialista em TI	43 (51,8%)	28 (33,7%)	15 (18,1%)
RP	1,047	1,722	1,461
IC (95%)	0,784 - 1,398	1,041 – 2,849	0,725 - 2,942
p (0,05)	,333	,010*	,054
Tempo de trabalho em UTI <10	53 (54,1%)	30 (30,6%)	17 (17,3%)
RP	1,110	1,405	1,353
IC (95%)	0,829 - 1,486	0,839 - 2,352	0,657 - 2,786
p (0,05)	,289	,126	,270
CH semanal de trabalho em UTI >12	42 (57,5%)	21 (28,8%)	9 (12,3%)
RP	1,274	1,115	,637
IC (95%)	0,945 - 1,717	0,677 - 1,836	0,304 - 1,334
p (0,05)	,077	,400	,157
Pacientes atendidos por plantão >10	32 (57,1%)	11 (19,6%)	9 (16,1%)
RP	1,173	,676	1,175
IC (95%)	0,875 - 1,573	0,371 - 1,232	0,554 - 2,493
p (0,05)	,191	,127	,418
CH semanal de trabalho > 60	43 (64,2%)	19 (28,4%)	11 (16,4%)
RP	1,569	1,248	1,204
IC (95%)	1,177 - 2,091	0,747 - 2,085	0,588 - 2,464
p (0,05)	,002**	,253	,382

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

**Variável referente é o numerador

A prevalência de despersonalização apresentou associação estatisticamente significativa com sexo masculino (RP=2,11) e com ter título de especialista em TI (RP=1,72). A prevalência de ineficácia apresentou associação estatisticamente significativa com sexo masculino (RP=2,03) (Tabela 7).

5.5.2 Associação com Aspectos Psicossociais do Trabalho

A prevalência de nível alto nas dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e ineficácia) variou segundo os grupos do Modelo Demanda-Controle. Nas dimensões de exaustão emocional e ineficácia, as prevalências de *burnout* foram mais baixas na situação de baixa exigência (baixa demanda e alto controle), 25,5% e 10,0%, respectivamente, do que na situação de alta exigência (alta demanda e baixo controle), 69,2% e 20,5%, respectivamente. Isto significa que a situação de alta exigência apresentou 2,71 vezes mais exaustão emocional e 2,09 vezes mais ineficácia, conforme preconiza o modelo.

Tabela 8 - Associação entre os resultados do modelo demanda - controle e o nível alto nas dimensões do *burnout*, de uma amostra de médicos intensivistas de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

Variáveis Referência	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	INEFICÁCIA
BAIXA EXIGÊNCIA: ↓ Demanda + ↑ Controle (51)			
n	13	12	5
Prevalência	25,5%	23,5%	10,0%
<i>p</i> (0,05)	,000**	,469	,130
TRABALHO PASSIVO: ↓ Demanda + ↓ Controle (36)			
n	16	12	9
Prevalência	44,4%	33,3%	25,0%
<i>p</i> (0,05)	,026*	,160	,425
TRABALHO ATIVO: ↑ Demanda + ↑ Controle (42)			
n	27	10	5
Prevalência	64,3%	23,8%	11,9%
<i>p</i> (0,05)	,407	,465	,226
ALTA EXIGÊNCIA: ↑ Demanda + ↓ Controle (39) **			
n	27	8	8
Prevalência	69,2%	20,5%	20,5%

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

** Alta Exigência – variável referência.

O mesmo não foi identificado na dimensão de despersonalização em que a prevalência de *burnout* na situação de baixa exigência (23,5%) foi maior do que na situação de alta exigência (20,5%), indicando que os intensivistas estudados têm 1,23 vezes mais

despersonalização nas situações de baixa exigência. Com relação à diagonal que compara as situações de trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), as prevalências de *burnout* apresentam-se mais elevadas no trabalho ativo, somente na dimensão de exaustão emocional (64,3%) e no trabalho passivo para as dimensões de despersonalização (33,3%) e ineficácia (25,0%).

A distribuição dos intensivistas estudados pelos grupos do modelo Demanda-Controlle e dimensões do *burnout*, apresentada no Quadro 1, possibilita levantar, dentre os intensivistas que apresentaram nível alto em cada uma das dimensões, qual a localização nos grupos. Isto permite saber qual dos fatores do modelo (demanda psicológica ou controle sobre o trabalho) tem mais influência no resultado.

A maioria dos intensivistas que apresentaram nível alto em exaustão emocional está nos grupos trabalho ativo (32,5%) e alta exigência (32,5%), que têm em comum a demanda psicológica alta. Na despersonalização, a maioria está nos grupos baixa exigência (28,6%) e trabalho passivo (28,6%), que têm em comum a demanda psicológica baixa. Por fim, a maioria dos que apresentaram nível alto em ineficácia está nos grupos trabalho passivo (33,4%) e alta exigência (29,6%), que têm em comum o baixo controle sobre o trabalho.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes (n/%) entre os grupos do modelo demanda-controlle e o nível alto nas dimensões do *burnout* em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

GRUPOS DO MODELO DEMANDA-CONTROLE	Exaustão Emocional	Despersonalização	Ineficácia
BAIXA EXIGÊNCIA ↓ Demanda + ↑ Controle	13 (15,7)	12 (<u>28,6</u>)	5 (18,5)
TRABALHO PASSIVO ↓ Demanda + ↓ Controle	16 (19,3)	12 (<u>28,6</u>)	9 (<u>33,4</u>)
TRABALHO ATIVO ↑ Demanda + ↑ Controle	27 (<u>32,5</u>)	10 (23,8)	5 (18,5)
ALTA EXIGÊNCIA ↑ Demanda + ↓ Controle	27 (<u>32,5</u>)	8 (19,0)	8 (<u>29,6</u>)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

5.6 Percepções sobre as imagens do profissional de UTI e do paciente de UTI

As percepções dos intensivistas sobre como são vistos, tanto os profissionais quanto os pacientes de UTI, foram levantadas a partir das respostas à solicitação para que completassem as frases: “na sua opinião o profissional de UTI é visto como...” e “na sua opinião o paciente de UTI é visto como...”. Desta forma, estas imagens foram construídas, compostas por ideias positivas, neutras e negativas presentes nos conteúdos abordados. Após a análise destes conteúdos, foram identificadas macro categorias, apresentadas na Figura 7, que representam cada uma das dimensões do *burnout*: demandas e exigências dirigidas ao profissional, para a dimensão Exaustão Emocional; percepção sobre a relação com o paciente, para a dimensão Despersonalização; e, valorização e importância do trabalho do profissional, para a dimensão Ineficácia.

Posteriormente, micro categorias encontradas na análise foram agrupadas conforme o caráter avaliativo subjacente ao conteúdo identificado, também contempladas na Figura 6. Categorias com ideias negativas sugerem um conteúdo de sobrecarga, pouco envolvimento com o objeto de trabalho e pouco reconhecimento. No polo oposto, as categorias com ideias associadas a uma avaliação positiva tendem a trazer um conteúdo de qualificação e reconhecimento profissionais e dedicação exigida ao paciente, considerando-o como merecedor de atenção e cuidado. Por último, as categorias em que aparecem conteúdos menos avaliativos e mais descritivos sobre a atuação na área de UTI, valoradas como neutras, deixam clara a constatação de ser esta uma área muito exigente do ponto de vista de carga de trabalho, de necessidade de atualização e que atende à pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos.

Figura 7 – Categorização das ideias presentes nas imagens do profissional e do paciente de UTI em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

	EXAUSTÃO EMOCIONAL Demandas e exigências dirigidas ao profissional	DESPERSONALIZAÇÃO Percepção sobre a relação com o paciente	INEFICÁCIA Valorização e importância do trabalho do profissional
NEGATIVO	 <p>Ter que dar conta de tudo, estar sobrecarregado, desgastado, exigido além das suas responsabilidades.</p>	 <p>Objeto de trabalho, com o qual o profissional se envolve de forma distante.</p>	 <p>Profissional pouco valorizado, visto apenas pela sua contribuição técnica.</p>
NEUTRO	 <p>Profissional capaz de dar conta de suas atividades, reconhecendo suas limitações.</p>	 <p>Consciência da gravidade do prognóstico do paciente.</p>	 <p>Membro de uma equipe multidisciplinar.</p>
POSITIVO	 <p>Profissional com capacidade de resolução.</p>	 <p>O paciente merece cuidado, atenção e respeito a sua individualidade.</p>	 <p>Profissional essencial para o exercício da cura/tratamento do paciente.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir desta categorização, foi levantada, nas respostas dos intensivistas estudados, a frequência com que estas ideias apareceram e o que significou em termos percentuais, considerando as respostas válidas. Também foram apresentados alguns trechos das respostas dos intensivistas para ilustrar a discussão e diferenciar as percepções dos intensivistas que atuam em UTI Adulto e Ped/Neo. Apesar de não ser possível estabelecer uma relação direta entre as ideias identificadas e os resultados do *burnout* (baixo, moderado, alto), estes dados foram comparados com a expectativa de que as imagens negativas tivessem maior frequência nos níveis moderados e altos de avaliação do *burnout* e que as imagens positivas aparecessem mais nos níveis baixos, estando as imagens neutras em uma condição intermediária.

Com relação à dimensão Exaustão Emocional, foi possível identificar, a partir dos trechos exemplificados no Quadro 2, que a ideia negativa aparece para os intensivistas que atendem adultos como uma cobrança por produtividade e para os que atendem crianças/recém-nascidos como uma cobrança por responsabilidade técnica e de suporte emocional.

Quadro 2 – Frequência das ideias positivas, neutras e negativas na imagem do profissional de UTI (exaustão emocional) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

EXAUSTÃO EMOCIONAL	UTI ADULTO*	UTI PED/NEO*
Ter que dar conta de tudo, estar sobrecarregado, desgastado, exigido além das suas responsabilidades.	19 (19,2%)	13 (32,5%)
	<p>“Responsável por tudo, muitas vezes excessivamente por parte dos pacientes/familiares”.</p> <p>“Um profissional que recebe pouco, trabalha muito para gerar estatística e lucro para poucos”.</p> <p>“Empregado que deve fazer tudo ao mesmo tempo, não negar vaga, não deixar o paciente complicar ou morrer e estar sempre disposto, amigável e calmo”.</p> <p>“[...] muitos pensam que a UTI é lugar que o paciente terminal deve ir para morrer. Isso é bem cansativo”.</p> <p>“A direção acha [o médico] um mal necessário e tentam nos alijar da capacidade de pensar e decidir”.</p>	<p>“Alguém que não tem o direito de falhar e não precisa descansar, comer, ingerir água”.</p> <p>“O que tem a palavra final, muitas vezes ocasionando estresse em mim”.</p> <p>“Um cara estressado que não se cuida”.</p> <p>“Organizador das funções e processos da UTI e elo entre os membros da equipe”.</p> <p>“Sobrecarregado por falta de especialista”.</p> <p>“Mais estressados que os demais médicos, que tem carga de trabalho excessiva”.</p> <p>“Muito cobrado, além de tecnicamente, emocionalmente. Mesmo que a unidade te dê condições para tal cobrança”.</p>
Profissional capaz de dar conta de suas atividades, reconhecendo suas limitações.	5 (5,0%)	8 (20,0%)
	<p>“O chefe das decisões diagnósticos e terapêuticas”.</p> <p>“Responsável pelos resultados bons e ruins”.</p> <p>“Um médico especializado em doenças graves, mas com pouca sensibilidade em relação ao sofrimento das pessoas, o que às vezes é necessário para manter o equilíbrio emocional de quem vive diariamente na UTI”.</p>	<p>“Profissional que tem que realizar bem o seu trabalho e errar o mínimo possível”.</p> <p>“Profissional que deve estar preparado para resolver prontamente as intercorrências com os pacientes”.</p> <p>“Responsável por definir e se responsabilizar por tudo que acontecerá ao paciente e ter que resolver todos os problemas da UTI, não só médicos (administrativos, burocráticos, etc.)”.</p>
Profissional com capacidade de resolução.	13 (13,1%)	7 (17,5%)
	<p>“Alguém com alto poder resolutivo, com 100% de disponibilidade [...]”.</p> <p>“Profissional qualificado, com capacidade técnica e equilíbrio emocional, que o permite cuidar do outro, em situações de maior gravidade e sofrimento”.</p> <p>“Médico competente/ comprometido e eficiente”.</p> <p>“Uma referência”.</p>	<p>“Domina melhor o conhecimento em saúde de recém-nascido”.</p> <p>“Uma pessoa com grande responsabilidade e importância”.</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: * Quantidade de respostas válidas: UTI ADULTO (n=99) e UTI PED/NEO (n=40) e percentual da presença da ideia.

A ideia neutra destaca, para ambos, que sabem do que precisam dar conta na sua atuação, mas que são atravessados por demandas fora deste escopo. Na ideia positiva, qualificam o conhecimento que possuem como condição que os habilita a atuar como intensivistas. Para os intensivistas em que a imagem negativa estava presente, a maioria (73,7%) dos que atuavam em UTI Adulto e todos de UTI Ped/Neo, tinham uma avaliação moderada ou alta de exaustão emocional. Já em relação à imagem positiva, não foi identificada uma relação entre presença da imagem e o nível baixo de exaustão emocional, o que pode significar que os profissionais, apesar de se sentirem sobrecarregados, reconhecem o investimento que fizeram na sua preparação para atuar em UTI.

Para a dimensão Despersonalização, foi possível identificar nos trechos exemplificados no Quadro 3, que a ideia negativa destaca o distanciamento emocional como uma forma de proteção ao profissional, a ideia positiva mostra um reconhecimento do ser humano que está como paciente.

Quadro 3 – Frequência de ideias positivas, neutras e negativas na imagem do paciente de UTI (despersonalização) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

DESPERSONALIZAÇÃO	UTI ADULTO*	UTI PED/NEO*
Objeto de trabalho, com o qual o profissional se envolve de forma distante.	37 (37,0%)	5 (12,2%)
	<p><i>“Muitas vezes como mercadoria”.</i></p> <p><i>“Quase terminal”.</i></p> <p><i>“Apenas um caso clínico”.</i></p> <p><i>“Um número de leito”.</i></p> <p><i>“Um corpo deitado em uma cama”.</i></p> <p><i>“Um paciente sem prognóstico, que vai para a unidade quando praticamente não há expectativa de melhora”.</i></p> <p><i>“Uma pessoa frágil, mas que muitas vezes é levada, por nós médicos, a limites sobre-humanos. Acreditamos que o paciente não pode morrer, no entanto, às vezes, prolongamos o sofrimento destes”.</i></p>	<p><i>“Um órgão vital avariado, cuja função precisa ser melhorada. Às vezes, a dimensão humana é menosprezada”.</i></p>
Consciência da gravidade do prognóstico do paciente.	75 (75,0%)	35 (85,4%)
	<p><i>“Alta complexidade e risco”.</i></p> <p><i>“Ser humano fragilizado e totalmente dependente das ações dos profissionais que ali trabalham”.</i></p> <p><i>“Uma pessoa em alto risco de complicação, porém com alto potencial de melhora se for dado o tratamento ideal”.</i></p> <p><i>“Um ser humano extremamente fragilizado, vulnerável”.</i></p>	<p><i>“Paciente criticamente enfermo com chance alta de evoluir com complicações graves, risco de vida e famílias extremamente sensibilizadas/vulneráveis”.</i></p> <p><i>“Paciente extremamente crítico que necessita de cuidados altamente especializados, de alto impacto para monitorização e de ser seguido a cada hora e prestado suporte avançado de vida”.</i></p> <p><i>“Um paciente frágil e extremamente grave, cuja chance de sobreviver depende dos cuidados”.</i></p>
O paciente merece cuidado, atenção e respeito a sua individualidade.	18 (18,0%)	13 (31,7%)
	<p><i>“Uma pessoa que está temporariamente afastada de seu núcleo familiar e que necessita voltar para cumprir seu papel, seja ele qual for - de pai, filho, irmão, provedor. É um ser que precisa de cuidados e de amor”.</i></p> <p><i>“Um ser humano que precisa de cuidado com atenção e carinho e uma boa dose de competência”.</i></p> <p><i>“Uma pessoa que deve ser atendida em todas as suas necessidades, tanto físicas quanto emocionais”.</i></p>	<p><i>“Um grande desafio. No caso da criança/bebê, um ser que merece uma atenção diferenciada até mesmo substitutiva na ausência da mãe e/ou familiares”.</i></p> <p><i>“Alguém que necessita de ser cuidado, respeitado e tratado com dignidade”.</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: * Quantidade de respostas válidas: UTI ADULTO (n=100) e UTI PED/NEO (n=41) e percentual da presença da ideia

Neste sentido, merece destaque a referência ao papel que ele (o paciente) desempenha na sua vida e a sua condição de afastamento (UTI Adulto) e o significado de estar longe da família (UTI Ped/Neo) e até a necessidade de atenção substitutiva. Mas, é na ideia neutra que

se percebe o quanto de preparação e investimento o intensivista tem que fazer para atuar em UTI, tendo sido a categoria com maior frequência percentual, o que pode demonstrar uma preparação para cuidar do paciente criticamente enfermo. Outro aspecto que merece destaque é que a maioria (70,9%) dos intensivistas que se refere ao paciente como merecedor de atenção e cuidado tem nível baixo de despersonalização.

Quanto à dimensão Ineficácia, foi possível identificar que a ideia negativa destaca o não reconhecimento pelo papel que desempenham na UTI (Quadro 4).

Quadro 4 – Frequência de ideias positivas, neutras e negativas na imagem do profissional de UTI (ineficácia) em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.

INEFICÁCIA	UTI ADULTO*	UTI PED/NEO*
Profissional pouco valorizado, visto apenas pela sua contribuição técnica.	17 (17,2%)	3 (7,5%)
	<p><i>“Empregado do paciente com obrigação de salvar sua vida sob pena de processo”.</i></p> <p><i>“Um médico ainda de importância secundária na assistência ao paciente crítico. Apesar de exigir habilidades específicas e de uma grande complexidade no lidar com pacientes gravemente enfermos, ainda não recebe o respeito de uma especialidade médica”.</i></p> <p><i>“Meros números sem se levar em conta a qualificação e o preparo dos mesmos”.</i></p> <p><i>“Um médico qualquer. O intensivista não é visto como essencial numa UTI. Basta ter um médico na UTI não necessariamente intensivista formado!!”</i></p>	<p><i>“Para as instituições: mão de obra cada vez menos valorizada e frequentemente explorada”.</i></p> <p><i>“Menos respeitado que em outras épocas”.</i></p>
Membro de uma equipe multidisciplinar.	11 (11,1%)	5 (12,5%)
	<p><i>“Membro da equipe multidisciplinar de saúde”.</i></p> <p><i>“Equipe multidisciplinar com objetivos comuns”.</i></p> <p><i>“O líder de uma equipe no tratamento do paciente grave”.</i></p>	<p><i>“Membro de uma equipe, porém com mais destaque”.</i></p> <p><i>“Uma pessoa capaz de orientar e manter o equilíbrio da equipe”.</i></p>
Profissional essencial para o tratamento/melhora do paciente.	9 (9,1%)	9 (22,5%)
	<p><i>“O profissional tecnicamente habilitado e importante para promover atendimento adequado ao paciente grave”.</i></p> <p><i>“Um profissional que pode ajudar a entender melhor o processo de doença e ajudar a definir melhor as perspectivas para o paciente”.</i></p> <p><i>“Destinatário das esperanças dos familiares, com capacidade técnica”.</i></p>	<p><i>“Extremamente essencial para liderar o bom funcionamento da UTI”.</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: * Quantidade de respostas válidas: UTI ADULTO (n=99) e UTI PED/NEO (n=40) e percentual da presença da ideia

A ideia neutra coloca o médico intensivista, não só como membro da equipe, mas com papel de destaque frente aos outros. A ideia positiva retrata um intensivista que acredita que faz

a diferença no tratamento do paciente crítico (Quadro 4). Com relação aos níveis de *burnout*, para os trabalhadores em que a ideia positiva e a neutra estavam presentes, a maioria tinha o nível baixo de ineficácia. Com relação à presença da ideia negativa, houve uma distribuição equivalente entre os níveis do *burnout*. De um modo geral, pode-se pensar que existe uma demanda por reconhecimento.

A Figura 8 foi elaborada com uma perspectiva qualitativa e pretende ilustrar a proporção com que cada ideia aparece nas respostas dos intensivistas estudados. A análise destes dados possibilita tecer algumas considerações sobre aspectos que possam estar associados às dimensões do *burnout*.

Figura 8 – Dimensionamento das ideias presentes nas imagens do profissional e do paciente de UTI em uma amostra de médicos de 25 UTIs cadastradas na AMIB, Brasil, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para a construção e análise desta figura, utilizou-se como referências: as dimensões do *burnout*, ordenadas verticalmente; as ideias negativas, neutras e positivas, apresentadas horizontalmente; a frequência com que as ideias apareceram, aliando o tamanho da forma geométrica com o tamanho da fonte utilizada nos textos.

Das 302 ideias que apareceram nas respostas dos intensivistas, 183 (60,6%) foram na dimensão de despersonalização que tem a característica relacional na sua base. Esta frequência foi alta, principalmente pela ideia neutra '*consciência da gravidade do prognóstico do paciente*' (110-36,4%), o que pode indicar que a centralidade de esforços em preparação e especialização para atuar nesta área deve-se à gravidade e criticidade do paciente atendido. A ideia negativa (42-13,9%) desta mesma dimensão, apesar de um pouco menos frequente, sugere um certo distanciamento emocional deste paciente e a ideia positiva (31-10,3%) indica que este paciente é merecedor de cuidado e atenção. Das outras dimensões o que chama a atenção é a frequência da ideia negativa (32 – 10,6%) de exaustão emocional.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam um perfil de médicos intensivistas em sua maioria jovens, do sexo feminino, casados, com filhos, com tempo de formado de até 20 anos, com até 10 anos de trabalho em UTI, carga de trabalho semanal em UTI de até 24 horas, elevada carga horária de trabalho semanal, e que recebiam renda mensal de até R\$ 20.000,00. O tipo de vínculo mais frequente foi como assalariado (privado/público). Constatou-se que a maioria dos médicos possuía residência médica e apresentava a especialização como sua maior titulação, sendo as formas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) menos realizadas. A maioria atuava como plantonista e cuidava de até 12 pacientes por plantão. Menos da metade dos médicos possuía título de especialista em Terapia Intensiva. Este perfil muda um pouco quando considerado o tipo de UTI em que atuam. Os que atuam em UTI Adulto são predominantemente do sexo masculino, a maioria com título de especialista em Terapia Intensiva.

Dos quatro fatores estressores referidos por mais da metade dos médicos intensivistas, três diziam respeito ao relacionamento com os usuários dos serviços destes profissionais: lidar com a angústia dos familiares, pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes, possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes. A maioria dos médicos intensivistas referiu baixa demanda de trabalho e alto controle sobre o trabalho e considerou ter um trabalho de baixa exigência.

A prevalência de *burnout* neste estudo, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 61,7%, percentual ainda maior para médicos que atuam em UTI Adulto (63,8%) e menor para os de UTI Pediátrica e Neonatal (56,6%). Quando considerado o escore alto nas três dimensões simultaneamente, o *burnout* só foi observado nos médicos que atuam em UTI para adultos (7,1%). Quando analisadas separadamente, a principal dimensão afetada entre os médicos avaliados foi a exaustão emocional, que é considerada uma reação às exigências do trabalho, neste caso, podendo ser traduzida como sobrecarga tanto física quanto emocional. A despersonalização foi a segunda dimensão mais afetada e por último a ineficácia. Quando analisamos a ocorrência do nível alto em duas dimensões simultaneamente, merece destaque a combinação entre exaustão emocional e despersonalização, que neste caso teve prevalência de 13,9%.

Na perspectiva de uma análise organizacional do *burnout*, a representação gráfica resultante dos dados deste estudo apresentou distintas possibilidades combinatórias de gravidade com relação às dimensões do *burnout*. As quatro gradações do vermelho sugerem uma gravidade relativamente elevada. Isto indica que estes profissionais precisariam ser acompanhados, tanto individualmente quanto coletivamente, para que este quadro possa ser revertido. Numa situação intermediária, as três gradações do amarelo, indicaram alto nível em apenas uma das dimensões do *burnout*, sendo a exaustão emocional a mais prevalente. O restante do espaço da figura representa os profissionais que não apresentam nível alto em nenhuma dimensão. Estes dados oferecem subsídios para elaboração de programas que estejam direcionados às necessidades específicas de cada grupo de profissionais e que possibilitem estratégias para que haja uma transformação de fora para dentro do círculo da figura.

A exaustão emocional apresentou associação com carga horária de trabalho maior que 60 horas semanais. A despersonalização apresentou associação com o sexo masculino e ter título de especialista em TI e a ineficácia apresentou associação com sexo masculino.

Nas dimensões de exaustão emocional e ineficácia, foi possível observar o que preconiza o modelo Demanda-Controle quanto aos riscos de exigência psicológica e adoecimento psíquico⁴⁹ de que a situação de alta exigência aumenta a prevalência de *burnout* (doença psíquica) em relação à situação de baixa exigência. Já em relação à despersonalização, o que chamou mais a atenção foi a prevalência de *burnout* nas situações em que a baixa demanda psicológica está presente.

O perfil dos profissionais analisados no presente estudo se aproxima de alguns estudos anteriores. Com relação ao sexo, quanto considerado o total de médicos, estes resultados se aproximam de estudos mais recentes como os de Fogaça et al.⁵⁵, Merlani et al.¹⁰, Barbosa et al.², Galván et al.¹² e Garcia et al.⁵⁶ que encontraram uma predominância de mulheres entre 55 e 76%. A despeito disto, diverge de Embriaco et al.⁶ e Tironi et al.¹ que encontraram frequência de 28% de mulheres e, mais recentemente, o de Garrouste-Orgeans et al.¹⁸ que encontrou 41,8% de mulheres. Quando separamos os médicos pelo tipo de UTI este dado se justifica, já que os dois últimos estudos não incluíram UTI pediátricas e neonatais, que têm um percentual maior de mulheres. Mesmo assim, percebeu-se um aumento do percentual de mulheres na UTI Adulto, o que pode indicar uma mudança de perfil, em curso, com a inserção da mulher em várias especialidades da medicina⁵⁷.

Com relação à idade, estado civil e filhos, os resultados estão próximos aos de outros estudos^{1,2,6,10,12,18,55,56} que observaram média de idade entre 34 e 44 anos, percentual de casados entre 52 e 73 e percentual de intensivistas com filhos entre 46 e 77. O índice baixo de cursos *stricto sensu* pode sugerir que estes profissionais se prepararam muito mais para a atuação prática do que para a atividade docente. Com relação ao título de especialista, nossos resultados se assemelham aos de Barbosa et al.² que encontraram o percentual de 46,3% e divergem dos de Tironi et al.¹ que encontram um percentual menor (27,0%). Cabe ressaltar que quando comparamos o título de especialista referido pelos médicos que atuam em UTI Adulto (74,2%) com o que foi referido no estudo de Tironi et al.¹, percebe-se que este percentual mais que dobrou. Isto pode sugerir que esta titulação pode estar sendo mais valorizada por estes médicos ou mais exigida pelas unidades contratantes.

Nossos valores de *burnout* estão próximos dos encontrados nos estudos de Tironi et al.¹ e Barbosa et al.², 63,4% e 70,14% respectivamente, e acima dos valores encontrados por Galván et al.¹², Garcia et al.⁵⁶ e Garrouste-Orgeans et al.¹⁸, 41,0%, 50,0% e 40,3%, respectivamente. A exaustão emocional, entretanto, foi a dimensão que apresentou maior contribuição nos nossos resultados. Com relação à ocorrência simultânea das dimensões exaustão emocional e despersonalização, não é possível inferir qual dimensão alcançou um escore elevado primeiro, mas pode-se considerar que a exaustão emocional causada por demandas interpessoais e carga de trabalho, quando se torna crônica, pode gerar um distanciamento e indiferença do profissional em relação aos indivíduos e famílias por ele assistidos³⁹.

Prevalência alta de *burnout*, especialmente associada às dimensões de exaustão emocional e de despersonalização, pode sugerir tanto a sobrecarga de trabalho sob variados tipos de pressão, quanto um desequilíbrio entre a preparação técnica e a interpessoal. Acreditamos que possa existir uma lacuna na formação psicoemocional dos intensivistas de maneira geral. Assim, a preparação técnica, mesmo de qualidade, não consegue prepara-los para as demandas emocionais do dia a dia de uma UTI. Reforça esta hipótese o fato de que dos quatro fatores considerados mais estressantes, três dizem respeito ao relacionamento com pacientes e familiares.

A maioria dos médicos estudados caracterizou o seu trabalho como sendo de baixa demanda psicológica. Esses resultados diferem dos de outros estudos com médicos⁵⁷, principalmente dos resultados de médicos intensivistas¹. Já com relação ao controle sobre o

trabalho a maioria referiu ter nível alto neste aspecto, sendo a situação de baixa exigência, resultante desta combinação, a mais prevalente. Como estes resultados são identificados a partir da percepção dos trabalhadores sobre o seu contexto de trabalho, pode-se levantar como hipóteses, tanto o fato de que eles lidam bem com a demanda psicológica e por isso não se sentem sobrecarregados, quanto que, pelo distanciamento emocional, eles nem consideram esta como uma demanda que faz parte do seu trabalho.

Prevalência de nível alto em cada uma das dimensões teve associações distintas com as quatro situações de trabalho descritas no modelo Demanda-Controle. A exaustão emocional foi mais prevalente nas situações de alta exigência e de trabalho ativo; a despersonalização e a ineficácia na situação de trabalho passivo.

Prevalência de nível alto de despersonalização, quando comparados com as situações de trabalho do modelo Demanda-Controle, diferem de outros estudos, já que a baixa demanda, principalmente quando combinada com o alto controle sobre o trabalho, deveria funcionar como um aspecto protetor da saúde psíquica. Como a dimensão de despersonalização diz respeito ao relacionamento com pacientes e familiares e como a ideia que considera a gravidade do prognóstico do paciente foi a que mais apareceu, pode-se levantar como hipótese que estes profissionais se preparam para dar conta de uma grande carga de trabalho e talvez se sintam mais desafiados nestas situações.

A análise da associação entre as situações de trabalho do modelo Demanda-Controle com as dimensões do *burnout* separadamente foi um diferencial para este estudo, já que foi possível discriminar os aspectos associados à prevalência de nível alto para cada dimensão. Desta forma, a partir destes resultados que indicam antecedentes diferentes para cada dimensão do *burnout*, outros estudos podem ser sugeridos para aprofundar esta análise e poder oferecer, efetivamente, parâmetros de diagnóstico organizacional para subsidiar intervenções nos hospitais/UTIs.

A perspectiva dos intensivistas estudados sobre a imagem do profissional e do paciente de UTI acrescentou aspectos qualitativos que tanto corroboram com os resultados quantitativos, quanto ampliam a sua análise. A integração destes aspectos também possibilitou uma síntese comparativa entre o perfil dos intensivistas que atuam em UTI Adulto e o perfil dos que atuam em UTI Ped/Neo.

Para os que atuam em UTI Ped/Neo o perfil parece estar mais voltado para a responsabilidade de cuidar de crianças/recém-nascidos, para a sensibilidade que precisam ter em relação ao paciente e à família e para a importância que acreditam ter para a recuperação dos pacientes. A maioria do sexo feminino, com até 10 anos de formado, com até cinco anos de trabalho em UTI e com níveis mais altos de exaustão emocional e baixos de despersonalização e ineficácia.

Para os que atuam em UTI Adulto o perfil parece estar mais voltado para a eficiência e produtividade, com maior distanciamento em relação ao paciente/família e sentimento de serem pouco reconhecidos. A maioria do sexo masculino, entre 10 e 20 anos de formado, entre seis e 10 anos de trabalho em UTI e com níveis mais altos de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia.

Das ideias positivas, neutras e negativas em relação às dimensões do *burnout*, a que foi mais frequente para todos os intensivistas foi a ‘consciência da gravidade do prognóstico do paciente’, categorizada como neutra na dimensão despersonalização. E, a partir deste centro – *relação com o paciente grave* – o intensivista pode tanto experimentar um distanciamento emocional (ideia negativa), quanto se sensibilizar e se preocupar genuinamente com o sofrimento deste paciente (ideia positiva). Este papel de mediação que a dimensão de despersonalização assumiu neste estudo, coincide com a discussão de Maslach e Leiter²¹ sobre a importância desta dimensão que, juntamente com a exaustão emocional constituem as principais características do *burnout*. Considerando que a dimensão de despersonalização, pelo seu aspecto relacional, diferencia conceitualmente o *burnout* de outros fenômenos de estresse, cabe ressaltar a necessidade de que seja precocemente diagnosticada e acompanhada.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Apesar de reconhecer a contribuição do presente estudo, ressaltamos algumas limitações, tal como elevado número de perdas e recusas (70,0%), ficando a amostra final com 180 (30,0%) dos 600 médicos inicialmente elegíveis. Isto pode ter ocorrido, tanto pela não aceitação por parte da direção de muitos hospitais, cujas UTIs foram sorteadas para participar do estudo, quanto pela não adesão do próprio médico intensivista e pode ter gerado viés de seleção. Em função disso, a amostra planejada como aleatória, tornou-se de conveniência. Ainda como limitação, pode-se referir a utilização de questionário autoaplicável em que o participante da pesquisa tem a opção de não responder a todas as questões formuladas, o que pode comprometer a sistematização pela incompletude das informações.

Outra limitação diz respeito à escassez de pesquisas empíricas sobre *burnout* na categoria profissional de médicos que atuam, especificamente, em unidades de terapia intensiva. Apesar de ter havido um aumento de estudos internacionais, permanece a carência de estudos na realidade brasileira, o que indica a necessidade de ampliação destes estudos para que os resultados possam ser discutidos e comparados. Ainda sobre as UTIs, merece destaque a consideração sobre a diferença de perfil entre os médicos que atuam em unidades que atendem adultos, daqueles que atuam em unidades que atendem crianças e recém-nascidos. Esta diferença é significativa? Altera o perfil de risco de adoecimento pelo *burnout*?

A escolha do modelo metodológico do presente estudo, também merece ser discutido. O modelo de corte transversal, ao mesmo tempo em que apresenta resultados de forma simples e econômica, também limita algumas análises de causa e efeito. A partir desta constatação, sugere-se como perspectivas: a realização de estudos longitudinais, que possam acompanhar o desenvolvimento do *burnout* nos médicos de UTI; e, a proposição de estudos de intervenção, que utilizem os dados presentes nos estudos transversais que apresentam um diagnóstico da situação e a modifiquem, melhorando a saúde dos médicos e, conseqüentemente, o atendimento prestado por eles.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o fenômeno do *burnout* em médicos intensivistas, levantar fatores associados que podem ser indicados como possíveis preditores e discutir possíveis consequências para os próprios médicos e para os que são atendidos por eles, é uma tarefa igualmente importante e difícil. Dada a complexidade do *burnout*, somente aliando abordagens quantitativas e qualitativas, poderá se conseguir o aumento do espectro do seu entendimento para possibilitar o seu manejo. Apesar das limitações já referidas, com relação ao modelo transversal, acreditamos que nossos achados podem contribuir efetivamente para maior compreensão deste fenômeno e também para subsidiar políticas organizacionais para promoção e proteção da saúde dos médicos intensivistas.

A representação gráfica do diagnóstico institucional do *burnout*, proposta neste estudo, permite refletir sobre desdobramentos possíveis para o acompanhamento do *burnout* nos hospitais e, mais especificamente, nas UTIs. Em sua concepção, esta representação se singulariza, considerando o indivíduo, e se pluraliza pela consideração do coletivo de indivíduos trabalhadores. Da mesma forma, uma proposta de intervenção que consiga proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável nas UTIs, deve estar sustentada numa perspectiva que alie ações direcionadas ao nível individual com ações que contemplem mudanças nas políticas em nível organizacional.

Para que ocorra este momento singular, uma primeira sugestão é que o trabalhador seja avaliado através de uma abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa. A avaliação realizada através da escala de mensuração MBI dará um primeiro direcionamento sobre as dimensões afetadas e sobre a gravidade com que foram afetadas. A partir daí, no momento de devolução deste diagnóstico ao trabalhador, deve-se aprofundar esta avaliação, buscando compreender como ele percebe o seu processo de adoecimento pelo *burnout*. Esta parte, está ancorada na segunda proposta deste estudo, que identificou, através das respostas abertas, ideias negativas, neutras e positivas de cada uma das dimensões do *burnout*. Estas ideias explicam, em parte, como os trabalhadores se sentem em relação aos pacientes e familiares que atendem e em relação a eles próprios.

Ainda com o foco no trabalhador, os dados quantitativos podem ser comparados aos qualitativos, para que o psicólogo do trabalho possa, em uma devolução individual final fazer

recomendações e encaminhamentos que sejam pertinentes àquele trabalhador em particular e que o possibilite se apropriar do seu processo de adoecimento e traçar metas individuais que possam contemplar aspectos pessoais e profissionais que norteiem sua vida e sua carreira.

No presente estudo, algo que chamou a atenção e que pode justificar a prevalência do *burnout* não ser ainda mais alta, é o peso que a ideia neutra de despersonalização - consciência da gravidade do prognóstico do paciente – teve para os intensivistas estudados, que pode funcionar como um balizamento entre as outras ideias que surgiram. Pode-se pensar que, por causa desta gravidade do paciente, os intensivistas se preparam muito e suportam, muitas vezes uma sobrecarga de trabalho. Esta hipótese somente pôde ser levantada, pela abordagem qualitativa que foi incorporada nesta análise.

No momento plural, alcançado pela avaliação do coletivo de trabalhadores, a análise do psicólogo do trabalho deve se ater ao significado dos resultados encontrados naquela UTI e se debruçar no planejamento de ações que possam reverter ou minimizar os efeitos de situações nocivas ao trabalhador. Neste sentido, a representação gráfica proposta neste estudo, vai ajudar a priorizar ações pela urgência ou importância. O mais relevante é que estas ações estejam congruentes com as necessidades identificadas e, por isso mesmo, façam sentido para os trabalhadores e facilite a adesão deles às propostas. Estas ações não devem ser apenas pontuais e sim, devem ter uma continuidade e um acompanhamento a longo prazo.

9 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados deste estudo, pode-se afirmar que o *burnout* é um agravo prevalente nos médicos intensivistas e pode comprometer a sua saúde e os seus relacionamentos pessoais e profissionais. O estudo evidenciou prevalência de *burnout* de 56,6% (UTI Ped/Neo) a 63,8% (UTI Adulto), quando considerado o critério de nível alto em pelo menos uma dimensão, o que é considerado grave para a maioria dos estudiosos deste tema. Para a situação de maior gravidade, que considera o critério de ter nível alto em todas as dimensões, foi encontrada prevalência de 7,1% apenas nos intensivistas que atuavam em UTI Adulto.

A dimensão de exaustão emocional foi a que mais contribuiu para o resultado final, tendo apresentado prevalência de nível alto para 47,2% dos intensivistas que atuavam em UTI Ped/Neo e de 51,9% para os que atuavam em UTI Adulto. Este resultado sinaliza para a necessidade de revisão das condições de trabalho destes profissionais que estão se sentindo exigidos para além dos seus recursos. Esse cenário apresenta-se desfavorável aos médicos que atuam em UTI e pode repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.

Os resultados de associação, estatisticamente significantes, das dimensões do *burnout* com variáveis independentes, apresentaram aspectos que podem ser preditores. A exaustão emocional esteve associada à carga horária semanal de trabalho e ao trabalho de alta exigência; a despersonalização associou-se ao sexo masculino, a não ter título de especialista em TI, a ter renda mensal menor do que R\$10.000,00 e ao trabalho passivo; a ineficácia se associou ao sexo masculino e ao trabalho passivo.

Outra conclusão que encontra respaldo nos resultados deste estudo diz respeito a maior prevalência de nível alto nas dimensões do *burnout*. Os médicos que caracterizaram o trabalho realizado como de alta demanda têm alta prevalência de exaustão emocional, o que indica que a alta exigência e o trabalho ativo, vulnerabilizam estes profissionais para esta dimensão. Os médicos que referiram ter baixa demanda tiveram alta prevalência de despersonalização e estão mais vulneráveis nas situações de baixa exigência e trabalho passivo e os médicos que referiram baixo controle sobre o trabalho apresentaram altas prevalências de ineficácia, ficando, então, mais vulneráveis nas situações de trabalho passivo e alta exigência.

Considerando que o trabalho em UTI é sabidamente estressante, principalmente por atender pacientes críticos e com risco iminente de morte, e que existem antecedentes que podem modificar as consequências para a saúde do médico intensivista, somente programas que sejam baseados em um diagnóstico minucioso e abrangente terão potencial efetivo de prevenção e proteção da saúde destes trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, 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. [citado 2015 Ago 26]; 55 (6): 656-62. DOI: 10.1590/S0104-42302009000600009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/09.pdf>.
2. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GMS, Santos JGRP. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Med. J. (São Paulo)*. [Internet]. 2012. [citado 2015 Ago 26]; 130 (5): 282-88. DOI: 10.1590/S1516-31802012000500003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v130n5/03.pdf>.
3. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013, Maio-Jun. [citado 2015 Ago 26]; 21 (3): [8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf.
4. Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev. Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2015. [citado 2015 Aug 29]; 27 (2): 125-33. DOI: 10.5935/0103-507X.20150023. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n2/0103-507X-rbti-27-02-0125.pdf>.
5. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. *An Esp Pediatr*. [Internet]. 2000, May. [cited 2016 Jun 26]; 52 (5): 418-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11003942>.
6. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. [Internet]. 2007, Apr. [cited 2015 Aug 30]; 175 (7): 686-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234905>.
7. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol*. [Internet]. 2007, Apr. [cited 2015 Aug 30]; 73 (4): 195-200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468736>.
8. Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Dosch J, Sumann G. Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesth Intensive Care*. [Internet]. 2008, Mar. [cited 2015 Aug 30]; 36 (2): 208-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18361012>.
9. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Alvarez González S et al. Burnout syndrome in different intensive care units. *Enferm Intensiva*. [Internet]. 2009, Oct-Dec. [cited 2015 Aug 30]; 20 (4): 131-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20038381>.

10. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med*. [Internet]. 2011, Nov. [cited 2015 Aug 30]; 184 (10): 1140-6. DOI: 10.1164/rccm.201101-0068OC. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852543>.
11. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*. [Internet]. 2011, Dec. [cited 2015 Aug 30]; 306 (24): 2694-703. DOI: 10.1001/jama.2011.1888. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22203538>.
12. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G et al. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr*. [Internet]. 2012, Dec. [cited 2015 Nov 01]; 110 (6): 466-73. DOI: 10.1590/S0325-00752012000600003. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23224303>.
13. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Crit Care Res Pract*. [Internet]. 2013, Nov. [cited 2015 Aug 30]; 2013, ID 786176. DOI: 10.1155/2013/786176. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835606/pdf/CCRP2013-786176.pdf>.
14. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicenter study. *BMC Anesthesiol*. [Internet]. 2013, Oct. [cited 2016 Jun 01]; 13: 38. DOI: 10.1186/1471-2253-13-38. Available from: http://download.springer.com/static/pdf/258/art%253A10.1186%252F1471-2253-13-38.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcanesthesiol.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2253-13-38&token2=exp=1471887165~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F258%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2253-13-38.pdf*~hmac=03469bd531e9c92ce2001c702cd110ea98980c84d161ba7a3e9eb135a5266c08.
15. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Max A, Michalsen A et al. Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest*. [Internet]. 2014, Aug. [cited 2015 Aug 30]; 146 (2): 267-75. DOI: 10.1378/chest.14-0256. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24832567>.
16. Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Nisbet CC, Thomas EJ et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2014, Oct. [cited 2015 Nov 01]; 23 (10): 806-13. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-002831. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742780>.
17. Boer JC, van Rosmalen J, Bakker AB, van Dijk M. Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: repeated measurements. *Nurs Crit Care*. [Internet]. 2015, Sep. [cited 2016 Jun 27]; 21 (3): e19-27. DOI: 10.1111/nicc.12206. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26380963>.

18. Garrouste-Orgeans M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V et al. The latroresf study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med.* [Internet]. 2015, Feb. [cited 2015 Mar 04]; 41 (2): 273-84. DOI: 10.1007/s00134-014-3601-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25576157>.
19. Weigl M, Schneider A, Hoffmann F, Angerer P. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *Eur J Pediatr.* [Internet]. 2015, Sep. [cited 2016 Mar 04]; 174 (9): 1237-46. DOI: 10.1007/s00431-015-2529-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25846697>.
20. 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. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
21. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychol.* [Internet]. 2008. [cited 2016 Mar 19]; 93 (3): 498-512. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.498. Available from: http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/3.pdf.
22. Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.
23. Ferreira MC, Assamar EML. Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional*. Casa do Psicólogo: All Books; 2008. p. 21-73.
24. Tamayo MR. Burnout: aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional*. Casa do Psicólogo: All Books; 2008. p. 75-105.
25. Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2010. [citado 2016 Jan 19]; 15 (Supl 1): 1301-14. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700039. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/039.pdf>.
26. Tironi MOS, Fernandes SRP. Síndrome de burnout em médicos pediatras: estudo em dois hospitais de Salvador. *Revista Baiana de Pediatria.* [Internet]. 2007, jan/fev/mar/abr. [citado 2015 Nov 15]; 3 (1): 31-42. Disponível em: <http://www.sobape.com.br/revistas/Revista-baiana-de-pediatria-vol-3-n-1-2007.pdf>.
27. Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Porto Alegre). [Internet]. 2011, Jun. [citado 2016 Jan 19]; 32 (2): 279-86. DOI: 10.1590/S1983-14472011000200010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a10v32n2.pdf>.


28. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intens.* [Internet]. 2007, Mar. [citado 2016 Jan 09]; 19 (1): 53-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a07v19n1.pdf>.
29. Monteiro JK. Sofrimento psíquico de trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho.* [Internet]. 2012, Mai-Ago. [citado 2015 Ago 26]; 12 (2): 245-250. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a09.pdf>.
30. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011, Fev. [citado 2016 Jan 09]; 64 (1): 25-30. DOI: 10.1590/S0034-71672011000100004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a04.pdf>.
31. 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, Maio-Jun. [citado 2016 Jan 09]; 10 (3): 345-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13344.pdf>
32. Faquinello P; Dióz M. A UTI na ótica de pacientes. *Rev. Min. Enf.* [Internet]. 2007, jan/mar. [citado 2015 Nov 15]; 2 (1): 41-47. DOI: 10.1590/S1415-27622007000100007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/311#>.
33. Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2007, Ago. [citado 2016 Jan 09]; 15 (4): 598-604. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf.
34. Bettinelli LA, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *av. enferm.* [Internet]. 2009, Jul. [citado 2016 Jan 09]; 27 (1): 15-21. Disponível em: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12949/13545>.
35. Frizon G, Nascimento ERP, Bertoncetto KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011, Mar. [citado 2015 Dez 03]; 32 (1): 72-8): 145-50. DOI: 10.1590/S1983-14472011000100009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v32n1/a09v32n1.pdf>
36. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* [Internet]. 2005, Mar-Abr. [citado 2015 Nov 15]; 13 (2): 145-50. DOI: 10.1590/S0104-11692005000200003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a03.pdf>.
37. Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev. Econ. Polít. (São Paulo)* [Internet]. 2006, jan-mar. [citado 2016 Jul 02]; 26 (1): 119-36. DOI: 10.1590/S0101-31572006000100007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>.

38. Pena PGL, Minayo-Gomez C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor de serviços. *Saúde Soc. São Paulo*. [Internet]. 2010. [citado 2016 Jul 02]; 19 (2): 371-83. DOI: 10.1590/S0104-12902010000200013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/13.pdf>.
39. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.
40. Trigo TR. Síndrome de burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadoras. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010. p.160-75.
41. Castro FG, Zanelli JC. Burnout e perspectiva clínica: contribuições do existencialismo e da sociologia clínica. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. [Internet]. 2010, Jul-Dez. [citado 2016 Fev 09]; 10 (2): 38-53. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22208/20144>.
42. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicenter study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics*. [Internet]. 2014, Feb. [cited 2016 Mar 19]; 40 (2): 97-103. DOI: 10.1136/medethics-2012-100619. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23408707>.
43. Borges LO, Guimarães LAM, Silva SS. Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho. In: Borges LO, Mourão L, organizadoras. *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 581-618.
44. Sampaio RS, Galasso LMR. Stress no mundo do trabalho: trajetória conceitual. In: Limongi-França AC, Rodrigues AL, organizadores. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas; 2005. p. 65-82.
45. Reis AL, Fernandes SR, Gomes AF. Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia Ciência Profissão*. [Internet]. 2010. [citado 2016 Mar 02]; 30 (4): 712-25. DOI: 10.1590/S1414-98932010000400004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a04.pdf>.
46. Murta SG, Laros JA, Tróccoli BT. Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. *Estudos de Psicologia (Natal)*. [Internet]. 2005. [citado 2016 Mar 19]; 10 (2): 167-76. DOI: 10.1590/S1413-294X2005000200002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n2/a02v10n2.pdf>.
47. Kompier MAJ, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cad. psicol. soc. trab*. [Internet]. 2003, dez. [citado 2015 Ago 29]; 6:37-58. Disponível em: http://www.gestaoebt.com.br/blog/wp-content/files_mf/psicologia_stress_organizac_usp.pdf.

48. Garrosa-Hernandéz E, Benevides-Pereira AMT, Moreno-Jiménez B, González JL. Prevenção e intervenção na síndrome de burnout. Como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.
49. Araújo TM. Uso de Job Content Questionnaire na avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental: resultados de um estudo com professores. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadoras. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 139-59.
50. Maslach C. Burnout and engagement in the workplace: news perspectives. [Internet]. 2011, Sep. [cited 2016 Mar 19]; 13 (3): 44-7. Available from: http://openhealthpsychology.net/ehp/issues/2011/v13iss3_September2011/13_3_Maslach.pdf.
51. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Tradução Roberta Marchiori Martins. – 4ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006.
52. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencout AGV, Almeida AM et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. Rev. bras. ter. intensiva. [Internet]. 2008, Set. [citado 2015 Ago 26]; 20 (3): 235-40. DOI: 10.1590/S0103-507X2008000300005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a05.pdf>.
53. Maslach C. A multidimensional theory of burnout. In: Cooper C. Theories of organizational stress. Manchester: Oxford University Press; 1998.
54. Tucanduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2006, Abr. [citado 2014 Nov 02]; 52 (2): 108-12. DOI: 10.1590/S0104-42302006000200021. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a21v52n2.pdf>.
55. Fogaça CM, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Preliminary study about occupational stress of physicians and nurses in pediatric and neonatal intensive care units: the balance between effort and reward. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2010, Jan-Feb.. [cited 2016 Jan 12]; 18 (1): 67-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20428699>.
56. Garcia TT, Garcia PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, Ferreira PE. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. Pediatr Crit Care Med. [Internet]. 2014, Oct. [cited 2015 Sep 25]; 15 (8): 347-53. DOI: 10.1097/PCC.0000000000000218. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25068250>.
57. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2006. [citado 2015 Fev 08]; 52 (2): 97-102. DOI: 10.1590/S0104-42302006000200019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v52n2/a19v52n2.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados



TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS

2013

Responda ao questionário apenas uma vez, independente de trabalhar em mais de uma UTI.

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

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

<p>1. Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino</p>	<p>2. Idade: _____ anos</p>	<p>3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim quantos? _____</p>														
<p>4. Situação Conjugal:</p> <p> <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> união consensual / união estável <input type="checkbox"/> divorciado(a) / separado(a) / desquitado(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) </p>																
<p>5. Formação Acadêmica:</p> <p>GRADUAÇÃO:</p> <p> <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Psicologia </p> <p>ANO de Conclusão: _____</p>																
<p>PÓS-GRADUAÇÃO: (C) Completa (E) Em curso</p> <p>RESIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E</p> <p>ESPECIALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E</p> <p>MESTRADO: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E</p> <p>DOUTORADO: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>Áreas: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E</p>																
<p>POSSUI TÍTULO DE ESPECIALISTA: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> EM TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> EM OUTRA ÁREA. Qual? _____</p> <p>Especialidade principal em que atua: _____</p>																
<p>CURSOS REALIZADOS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;">ACLS</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">FCCS</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">ATLS</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">TENUTI</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">CITIN</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">Monitorização hemodinâmica</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 10%; border: none;">Humanização em UTI</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</td> </tr> </table>			ACLS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	FCCS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	ATLS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	TENUTI	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	CITIN	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Monitorização hemodinâmica	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Humanização em UTI	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
ACLS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	FCCS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	ATLS	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	TENUTI	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	CITIN	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Monitorização hemodinâmica	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Humanização em UTI	<input type="checkbox"/> não <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 sócio 4 contrato temporário privado 7 contrato temporário público
 2 pessoa jurídica 5 cooperativado 8 prestador de serviços
 3 assalariado privado 6 assalariado público

5. Você tem participação na produtividade de alguma UTI onde trabalha? 0 não 1 sim

6. Você exerce algum papel de diarista, responsável técnico ou coordenador de UTI?
 0 não 1 sim, carga horária semanal nesta função _____, 2 não 3 sim Qual? _____

7. Você tem outra atividade de trabalho fora da UTI? 0 não 1 sim Qual? _____

8. Em quantos hospitais você trabalha em UTI? 1 2 3 4 >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 Nunca 2 Raramente 3 Frequentemente 4 Sempre

Carga Horária Habitual de Plantão em UTI:
 1 6h 2 12h 3 18h 4 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 0 a 3.000,00 2 3001,00 a 6.000,00 3 6001,00 a 10.000,00 4 10.001,00 a 20.000,00 5 >20.000,00



2

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



3

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 vezes por ano no máximo	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. Conseguir fazer várias coisas importantes neste trabalho	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que não tenho mais um pingo 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

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

BLOCO V - SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida:

<input type="checkbox"/> 1 ruim	<input type="checkbox"/> 2 muito ruim	<input type="checkbox"/> 3 nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> 4 boa	<input type="checkbox"/> 5 muito boa
---------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------

2. Quanto satisfeito (a) você está com a sua saúde:

<input type="checkbox"/> 1 insatisfeito	<input type="checkbox"/> 2 muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> 3 nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> 4 satisfeito	<input type="checkbox"/> 5 muito satisfeito
---	---	---	---------------------------------------	---

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?				1 2 3 4 5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?				1 2 3 4 5
5. O quanto você aproveita a vida?				1 2 3 4 5
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?				1 2 3 4 5
7. O quanto você consegue se concentrar?				1 2 3 4 5
8. Quanto seguro (a) você se sente em sua vida diária?				1 2 3 4 5
9. Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?				1 2 3 4 5

As questões seguintes perguntam sobre **quanto** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?				1 2 3 4 5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?				1 2 3 4 5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				1 2 3 4 5
13. Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?				1 2 3 4 5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?				1 2 3 4 5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

<input type="checkbox"/> 2 ruim	<input type="checkbox"/> 3 nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> 4 boa	<input type="checkbox"/> 5 muito boa
---------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------

1	2	3	4	5
Muito Ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Bom	Muito Bom
16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono?				1 2 3 4 5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?				1 2 3 4 5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?				1 2 3 4 5
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?				1 2 3 4 5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?				1 2 3 4 5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?				1 2 3 4 5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?				1 2 3 4 5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?				1 2 3 4 5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?				1 2 3 4 5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?				1 2 3 4 5



BLOCO VI - SOBRE SUA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estou incapaz para o trabalho ← → Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

Questões	Muito boa	Boa	Moderada	Baixa	Muito baixa
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

5 nenhum até 9 dias de 10 a 24 dias de 25 a 99 dias de 100 a 365 dias

5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?
 é improvável não estou muito certo bastante provável

Questões	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

Questões	Sim	Não
1. Dorme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tem dificuldade no serviço? Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre a sua saúde:

1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?
 1 muito bom 2 bom 3 regular 4 ruim 5 muito ruim

2. Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção:

Diagnóstico	Sim	Não	Diagnóstico	Sim	Não
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LER/DORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença dos rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia/ eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hérnia de disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lombalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro(s)? [ANOTAR] _____

BLOCO VIII - HÁBITOS DE VIDA

1. HÁBITO DE FUMAR:

Nunca Fumou Fuma até 4 cigarros por dia Fuma mais de 20 cigarros por dia
 Ex-fumante Fuma de 5 a 20 cigarros por dia Outras respostas

2. HÁBITO DE BEBER:

Você bebe? 1 sim 2 não Em caso de resposta não, pule as quatro questões seguintes.

Questões	Sim	Não
1. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sente-se chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PESO IDEAL: Você considera que está:

No seu peso ideal Pouco acima do seu peso ideal
 Abaixo do seu peso ideal Muito acima do seu peso ideal

4. ATIVIDADE FÍSICA:

Você pratica alguma atividade física? 1 sim 2 não Em caso de resposta não, pule para o próximo item

Frequência Semanal: 1 uma vez 2 de 2 a 4 vezes 3 acima de 4 vezes

Tipo de atividade: 1 futebol 2 caminhada 3 corrida
 4 ciclismo 5 tênis 6 natação 7 hidroginástica

5. PADRÃO DE SONO:

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
Tem dificuldade para pegar no sono?				
				1 2 3 4 5
Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir?				
				1 2 3 4 5
Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir)?				
				1 2 3 4 5
Tem dormido menos do que o habitual porque tem trabalhado?				
				1 2 3 4 5
Cai no sono facilmente a qualquer hora do dia?				
				1 2 3 4 5
Acorda muitas vezes, mas frequentemente volta a dormir?				
				1 2 3 4 5
Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã?				
				1 2 3 4 5

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!

12



APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

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 participarão 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



APÊNDICE C – Cartaz de divulgação da pesquisa





CONVITE

TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS


Participe desta pesquisa 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.


Apoio


 **fapesb**
Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado da Bahia

 **CNPq**
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

Realização

 **AMIB**
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
INTENSIVISTAS

 **BAHIANA**
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

 **UEFS**
UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE FEIRA DE SANTANA

ANEXOS

ANEXO A – Carta aos coordenadores das UTIs seccionadas


TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS

Prezado Colega,

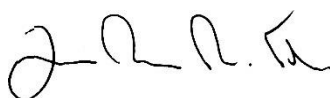
Você está recebendo o convite para participar como colaborador da pesquisa **TRABALHO E SAÚDE DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**, que tem por objetivo descrever criticamente as características do trabalho, a capacidade para o trabalho, as queixas e problemas de saúde física e mental, hábitos de vida e a 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 B – Carta aos diretores técnicos dos hospitais que tiveram UTIs seccionadas

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 C - Carta aos 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



ANEXO D – Declaração de apoio da AMIB

AMIB - ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Joaquim Távora, 724 – Vila Mariana – São Paulo – SP – 04015-011
Tel/Fax (11) 5089-2642 – www.amib.org.br – secretaria@amib.org.br



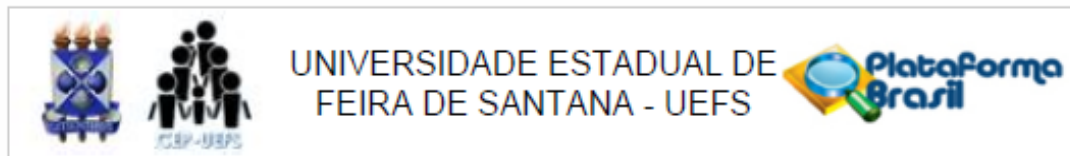
São Paulo, 16 de agosto de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o projeto de pesquisa “**TRABALHO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**”, coordenado pelo Prof. Dr. **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho** tem o apoio da **Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)**.

Dr. Ederlon Rezende
Presidente – AMIB

ANEXO E – Parecer consubstanciado de aprovação 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)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



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)3161-8087

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



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 informa-lhe 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: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8087

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



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 F – Termo de outorga financiamento FAPESB



TERMO DE OUTORGA- nº APP0032/2011 Projeto Pesquisa - Edital Edital 011/2011

1 – OUTORGANTE:

Pedido nº 5958/2011

A FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DA BAHIA - FAPESB, Fundação de Direito Público vinculada à SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO – SECTI, registrada no CNPJ/MF sob o nº 04.902.299/0001-20, com sede à Rua Aristides Novis, nº 203, Colina de São Lázaro, Federação, na cidade do Salvador, Bahia, neste ato representada por seu Diretor Geral Dr. Roberto Paulo Machado Lopes, CPF nº. 404.578.005-00, RG nº. 01810705-29 – SSP/BA.

2 – OUTORGADO:

Nome: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

C.P.F.: 61701955504

Identidade: 2980573

Endereço: Morro do Escravo Miguel, Nº 42 Apto 503 Ed. Portal de Ondina

Bairro: Ondina

Cidade: Salvador

Estado: BA

CEP: 40170000

Telefone Residencial: 7132450065

E-mail: lua@uefs.br

Telefone Celular: 7199788188

3 – INSTITUIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO: UEFS

Universidade Estadual de Feira de Santana

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Unidade/Departamento: Departamento de Saúde

Bairro: Novo Horizonte

Cidade: Feira de Santana

Estado: BA

CEP: 44036900

Telefone Institucional:

E-mail: sau@uefs.br

FAX:

Home Page da Instituição: <http://www.uefs.br/uefs/saude/default>.

4 – OBJETO:

4.1. Financiamento do Projeto de Pesquisa intitulado, TRABALHO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS INTENSIVISTAS, BRASILEIROS, aprovado pela OUTORGANTE - Edital 011/2011.

4.2. O OUTORGADO executará o objeto do presente Termo com a anuência da instituição de desenvolvimento do projeto.

5 – VALOR CONCEDIDO

Valor Total:

R\$ 59.600,00 (cinquenta e nove mil e seiscentos reais), conforme Plano de Aplicação e Cronograma de Desembolso apresentado pelo OUTORGADO e aprovado pela OUTORGANTE, que fazem parte integrante deste Instrumento, como se transcritos estivessem.

Forma de Pagamento: Em parcelas, de acordo com o Cronograma de Desembolso aprovado pelo OUTORGANTE que faz parte integrante deste Instrumento Legal.



5.1. Para movimentação dos recursos de que trata este Termo, deverá ser utilizada uma conta corrente aberta em instituição bancária credenciada pelo Governo do Estado da Bahia (Banco do Brasil), para fim exclusivo da gestão dos recursos do projeto objeto deste Instrumento.

5.2. Os saldos dos recursos referentes a este Termo, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança, se a previsão do seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos verificar-se em prazos menores que um mês.

5.3. As receitas auferidas na forma do parágrafo anterior serão obrigatoriamente computadas a crédito do projeto e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, desde que autorizado pela FAPESB, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas a que se referem o item 7 deste Instrumento.

5.4. O recebimento dos recursos relativos a cada parcela ficará condicionado à apresentação e aprovação da prestação de contas da parcela anteriormente recebida.

6 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

UNIDADE GESTORA	PROJETO	FUNTE	ELEMENTO DE DESPESA	
28.700	19.571.293.2546	00		R\$ 59.600,00
			Corrente	R\$ 56.600,00
			Capital	R\$ 3.000,00

7 – PRAZO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS (Técnica e Financeira)

7.1. O **OUTORGADO** deverá apresentar, semestralmente, Relatórios Técnicos Parciais relativos à execução do projeto, durante a vigência do Termo.

7.2. O **OUTORGADO** deverá apresentar Prestação de Contas Financeira Parcial, quando couber, de acordo com o estabelecido no manual do Pesquisador Outorgado, na Lei Estadual nº 9.433/05 e Decreto Estadual nº 9.266/04.

7.3. A apresentação da Prestação de Contas Final, composta dos Relatórios Técnico e Financeiro, deverá ocorrer no prazo máximo de até 30 (trinta) dias após o término da vigência deste Termo.

8 – DOCUMENTOS INTEGRANTES

Integram o presente Termo, como se nele estivessem transcritos, o Plano de Aplicação de Recursos e o Cronograma de Desembolso.

9 – DECLARAÇÃO

Neste instrumento, o **OUTORGADO** e o Representante Legal da Instituição onde se dará a execução do projeto declaram, para todos os efeitos, que conhecem e assumem a responsabilidade de cumprir as obrigações contidas no Manual do Pesquisador Outorgado, disponível no Portal da **FAPESB** e no Projeto apresentado pelo **OUTORGADO** e aprovado pela **OUTORGANTE**.

10 – AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES

10.1. A aquisição dos equipamentos e materiais permanentes com recursos do presente Termo será de responsabilidade do **OUTORGADO**, devendo ser observadas as normas descritas no item 11 – **Legislação Aplicável**, adquirindo os bens de menor preço, através de no mínimo 03 (três) cotações.

10.2. O **OUTORGADO** deverá apresentar à **FAPESB** uma relação dos equipamentos adquiridos, onde fiquem plenamente identificados, acompanhados das respectivas notas fiscais de aquisição emitidas em nome do **OUTORGADO**, quando da apresentação das prestações de contas.

10.3. Ao **OUTORGADO** caberá usar os equipamentos e materiais permanentes para os objetivos designados no presente Termo, zelando por sua guarda, conservação e manutenção às suas expensas, para devolvê-los à **FAPESB** ao final da vigência do Termo ou entregá-lo quando por esta reclamados.



10.4. Na data da conclusão ou término da vigência do Termo, a **FAPESB**, detentora do direito de propriedade dos bens e materiais permanentes remanescentes que, em razão do projeto, tenham sido adquiridos, produzidos, transformados ou construídos, poderá, a seu único e exclusivo critério, transferi-los através de **doação** ou **cessão** de uso à Instituição de desenvolvimento do projeto, sempre que necessário, para assegurar a continuidade das pesquisas a serem realizadas em prol do interesse público.

10.4.1. Os bens e materiais permanentes remanescentes só poderão ser doados ou cedidos à Instituição de desenvolvimento do projeto, após aprovação da Prestação de Contas Final (Técnica e Financeira).

11 – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

11.1. O **OUTORGADO** sujeita-se, no que couber, às condições contidas na Lei Federal nº 8.666/93, na Lei Estadual nº 9.433/05, com suas respectivas alterações, nos Decretos Estaduais nº 9.266/04 e nº 9.683/05 e no Manual do Pesquisador Outorgado.

11.2. O não cumprimento do objeto do presente Termo implicará, a qualquer tempo, na devolução dos recursos recebidos em valores atualizados.

12 – VIGÊNCIA DO TERMO

12.1. O presente Termo terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado através de Termo Aditivo de Prazo se assim interessar aos seus partícipes, até o limite estabelecido no Art. 140, inciso II, da Lei Estadual nº 9.433/05.

12.2. A solicitação do Termo Aditivo de Prazo deverá ser feita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, antes de finalizar a vigência do Termo de Outorga, através de Formulário Específico disponível no Portal da FAPESB.

13 – FISCALIZAÇÃO TÉCNICA

A fiscalização da execução do projeto, objeto deste Termo, será exercida por técnico(a) da Diretoria Científica da **FAPESB**, de acordo com Portaria específica para este fim, com poderes para:

- transmitir ao **OUTORGADO** as determinações que julgar necessárias à execução do objeto;
- acompanhar o andamento do projeto através de visitas técnicas;
- solicitar ao **OUTORGADO** Prestação de Contas e Relatórios Técnicos adicionais, quando se fizerem necessários e
- comunicar ao **OUTORGADO** quaisquer irregularidades encontradas na execução do projeto.

14 – DO FORO

Para dirimir as questões oriundas deste Termo, será competente o foro da cidade de Salvador - BA, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e acordados, firmam o presente, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Salvador - Bahia, _____ de _____ de 20_____.

Roberto Paulo Machado Lopes
DIRETOR GERAL DA FAPESB

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
OUTORGADO

Representante Legal da Instituição

TESTEMUNHAS:

1 - _____

CPF: _____

2 - _____

CPF: _____

Termo de Outorga Nº APP0032/2011

Cronograma de Desembolso da FAPESB

Parcela: 1

Pedido nº 5958/2011

Termo nº APP0032/2011

Parcela	Ano	Unidade	Fonte	Corrente (R\$)	Capital (R\$)	Total (R\$)
1	2012	28.700	00	51.950,00	3.000,00	54.950,00

Parcela: 2

Pedido nº 5958/2011

Termo nº APP0032/2011

Parcela	Ano	Unidade	Fonte	Corrente (R\$)	Capital (R\$)	Total (R\$)
2	2012	28.700	00	4.650,00	0,00	4.650,00

Plano de Aplicação de Recursos

Pedido nº 5958/2011

Termo nº APP0032/2011

DESPESAS DE CAPITAL

MATERIAL BIBLIOGRÁF. NACIONAL R\$ 3.000,00

TOTAL: R\$ 3.000,00

DESPESAS CORRENTES

ALIMENTAÇÃO R\$ 2.400,00

HOSPEDAGEM R\$ 2.250,00

MATERIAL DE CONSUMO NACIONAL R\$ 300,00

OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$ 2.500,00

PASSAGENS (Aéreas/Terrestres/Marítimas) R\$ 4.750,00

SERV. DE TERCEIROS / P. JURID. R\$ 44.400,00

TOTAL: R\$ 56.600,00

Plano de Aplicação de Recursos Detalhado

Pedido nº 5958/2011

Termo nº APP0032/2011

Despesas de Capital

Descrição da Despesa	Descrição do Item	Qtde	Vlr. Unitário (R\$)	Vlr. Total (R\$)
MATERIAL BIBLIOGRÁF. NACIONAL	Livros e Revistas Científicas	20	150,00	3.000,00
TOTAL DESPESAS DE CAPITAL				R\$ 3.000,00

Despesas Correntes

Descrição da Despesa	Descrição do Item	Qtde	Vlr. Unitário (R\$)	Vlr. Total (R\$)
PASSAGENS (Aéreas/Terrestres/Marítimas)	Passagens Aéreas	8	500,00	4.000,00

PASSAGENS (Aéreas/Terrestres/Marítimas)	Passagem Terrestre	30	25,00	750,00
SERV. DE TERCEIROS / P. JURID.	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - EBCT	2800	10,00	28.000,00
SERV. DE TERCEIROS / P. JURID.	Maslach Bornout Inventory (MBI)	1400	10,00	14.000,00
MATERIAL DE CONSUMO NACIONAL	Papel	20	15,00	300,00
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	Combustível	500	3,00	1.500,00
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	Toner p/Impressora	5	200,00	1.000,00
SERV. DE TERCEIROS / P. JURID.	Manutenção de equipamentos (Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos adquiridos)	24	100,00	2.400,00
ALIMENTAÇÃO	Alimentação dos pesquisadores	80	30,00	2.400,00
HOSPEDAGEM	Hospedagem dos Pesquisadores	15	150,00	2.250,00
TOTAL DESPESAS CORRENTES				R\$ 56.600,00
TOTAL GERAL				R\$ 59.600,00

ANEXO G – Artigo submetido

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBREA PREVALÊNCIA DE
SÍNDROME DE BURNOUTEM MÉDICOS INTENSIVISTAS**

Journal:	<i>Revista Brasileira de Saúde Ocupacional</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Review
Keyword:	Revisão Sistemática, Síndrome de burnout, Prevalência, Médicos Intensivistas, Unidades de terapia intensiva

SCHOLARONE™
Manuscripts

Márcia Oliveira Staffa Tironi¹, José Mário Meira Teles², Dalton de Souza Barros³, Débora Feijó Villas Bôas Vieira⁴, Colbert Martins da Silva Filho⁵, Davi Felix Martins Júnior⁵, Marcos Almeida Matos¹, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁵

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador (BA), Brasil.
2. Instituto de Gestão em Saúde, Hospital de Urgências de Goiânia - Goiânia (GO), Brasil.
3. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil.
5. Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana (BA), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 24 de março de 2016
Aceito em 28 de maio de 2016

Autor correspondente:
Márcia Oliveira Staffa Tironi
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Avenida Dom João VI, 275 - Brotas
CEP: 40.290-000 - Salvador (BA), Brasil
E-mail: marciatironi@bahiana.edu.br

Editor responsável: Jorge Ibrain de Figueira Salluh

DOI: 10.5935/0103-507X.20160053

Prevalência de síndrome de *burnout* em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras

Prevalence of burnout syndrome in intensivist doctors in five Brazilian capitals

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de *burnout* em médicos intensivistas que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais brasileiras.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo, com amostra aleatória e estratificada por conglomerado, de 180 médicos intensivistas de cinco capitais, representando as regiões geográficas brasileiras: Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Salvador (BA), Goiânia (GO) e Belém (PA). Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos e o nível de *burnout* foi avaliado por meio do *Maslach Burnout Inventory*.

Resultados: Foram avaliados 180 médicos, sendo 54,4% do sexo feminino. A média de idade foi $39 \pm 8,1$ anos, 63,4% com a especialização como a maior titulação, 55,7% com até 10 anos de trabalho em unidade de terapia intensiva e 46,1% possuíam título de especialista em terapia intensiva.

A maioria (50,3%) tinha carga horária semanal de trabalho entre 49 e 72 horas, e o tipo de vínculo mais frequente foi empregado assalariado. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 50,6%, 26,1% e 15,0%, respectivamente. A prevalência de *burnout* foi de 61,7%, quando considerado nível alto em pelo menos uma dimensão e de 5% com nível alto nas três dimensões simultaneamente.

Conclusão: Observou-se elevada prevalência da síndrome de *burnout* entre os médicos intensivistas. Estratégias para promoção e proteção à saúde desses trabalhadores devem ser discutidas e implementadas nos hospitais.

Descritores: Esgotamento profissional/epidemiologia; Condições de trabalho; Médicos/psicologia; Doenças ocupacionais/epidemiologia; Prevalência; Unidades de terapia intensiva; Unidades de terapia intensiva pediátrica; Terapia intensiva neonatal

INTRODUÇÃO

O cotidiano de trabalho em ambientes de cuidados intensivos exige dos intensivistas o desenvolvimento de habilidades que os capacitem a equacionar demandas inerentes a dois polos de atuação: o técnico/científico e o relacional. O primeiro, mais objetivo, impõe uma atualização científica contínua para dar conta do avanço do conhecimento nesta área, enquanto o segundo, mais subjetivo, demanda o desenvolvimento da sensibilidade, que deve permitir reconhecer as necessidades do ser humano, sujeito/objeto de seu trabalho. Estudo de Tironi et al.⁽¹⁾ realizado com intensivistas demonstrou alta prevalência de síndrome de *burnout* entre esses profissionais, demonstrando que o equilíbrio

entre os dois polos, além de melhorar a qualidade da assistência prestada, também pode ser um fator de proteção à saúde deste trabalhador.

O *burnout* é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho que envolve relacionamento interpessoal de grande responsabilidade e apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia.⁽²⁻⁶⁾ A exaustão representa o componente individual, com sentimentos de ser exigido para além de seus recursos. A despersonalização se refere ao componente interpessoal e, em níveis altos, pode dar uma impressão inicial de defesa e proteção, mas com risco de cronificação do distanciamento. A ineficácia é o componente de auto-avaliação, normalmente acompanhada de sentimentos de incompetência e baixa produtividade.^(3,7)

O *burnout* está relacionado à prestação de serviços, e a vulnerabilidade ao seu desenvolvimento aumenta quando essa interação envolve uma carga significativa de responsabilidade, proteção e cuidado com o outro, o que pode ser percebido no trabalho dos intensivistas.^(2,7) É importante também reconhecer que o *burnout* deve ser entendido como um processo e em estreita relação com o contexto em que este serviço é prestado, que funciona como uma moldura deste fenômeno. Muitos autores⁽³⁻⁵⁾ ressaltam, inclusive, que o trabalhador adoece mais por questões vinculadas ao contexto de trabalho, do que por características individuais.

Considerando a importância dos intensivistas para o cuidado de pessoas gravemente enfermas, e que as repercussões do *burnout* podem levar à incapacidade para o trabalho e comprometer o atendimento aos pacientes, a identificação precoce do estágio de desenvolvimento da síndrome pode subsidiar intervenções, individuais e/ou organizacionais, para a prevenção dessas situações.^(7,8) Alguns estudos brasileiros^(1,9) e outros internacionais⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ somaram esforços para melhor entendimento da questão. A maioria destes estudos, entretanto, não abrangeu toda complexidade do trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI). Seja pelo tamanho da amostra, ou por considerarem um único hospital/cidade, ou ainda por estudarem apenas um tipo de UTI (adulto, pediátrica ou neonatal), ainda resta uma lacuna no conhecimento sobre este tema. Sem a pretensão de esgotar, mas com o propósito de contribuir significativamente, nosso estudo visa estimar a prevalência de *burnout* em médicos intensivistas que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais representativas das regiões geográficas brasileiras, com amostra substancial destes profissionais.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, com médicos que trabalhavam em UTI e que aceitaram participar do estudo. A amostra foi aleatória e estratificada por conglomerado, por meio do sorteio de 60 UTI cadastradas na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), de cinco capitais, representantes das regiões geográficas brasileiras (6 em Belém (PA), na Região Norte; 6 em Goiânia (GO), na Região Centro-Oeste; 10 em Porto Alegre (RS), na Região Sul; 12 em Salvador (BA), na Região Nordeste; e 26 em São Paulo (SP), na Região Sudeste). De cada UTI que concordou em colaborar com o estudo, foram sorteados 10 médicos, totalizando 600 trabalhadores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), pelo protocolo nº CAAE-21500313.4.0000.0053, e a coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2013 a agosto de 2014. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável, anônimo, composto por nove blocos de questões: identificação geral; informações gerais sobre o trabalho; características psicossociais do trabalho; síndrome de *burnout*; qualidade de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde; hábitos de vida; fatores estressores ocupacionais na UTI. O questionário e o TCLE foram encaminhados aos trabalhadores por meio dos coordenadores das UTI, acompanhados de uma carta de apresentação e justificativa do trabalho. A devolução foi realizada diretamente à AMIB, em envelopes lacrados, por meio de correspondência com porte pago, garantindo sigilo e confidencialidade.

Os dados coletados foram organizados a partir de critérios estabelecidos pelos instrumentos utilizados e os resultados, apresentados em tabelas. Para identificação do *burnout*, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam suas dimensões, por meio de três escalas de 7 pontos (zero - 6), possibilitando descrever, de forma independente, cada uma das dimensões. A exaustão emocional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a ineficácia por oito. Foram utilizados os pontos de corte referenciados pela própria autora da escala.⁽¹⁵⁾

Para exaustão emocional, pontuação ≥ 27 indica nível alto; de 17 a 26, nível moderado; e < 16 , nível baixo. Para despersonalização, pontuações ≥ 13 indicam nível alto, de 7 a 12, moderado; e menores de 6, nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às

outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam nível alto, de 32 a 38, nível moderado e ≥ 39 , baixo.⁽¹⁵⁾

Por não haver consenso na literatura para a interpretação da escala MBI, descrevemos os resultados conforme critérios sinalizados por Tucanduva et al.,⁽¹⁶⁾ pela presença das três dimensões em nível alto, ou ainda de pelo menos uma dimensão no nível alto.

Com relação aos fatores de estresse na UTI, foram apresentados 14 fatores e solicitado que o médico avaliasse, em uma escala de zero a 3 a intensidade com que se estressava. Foram agrupadas as respostas zero e 1, considerando que aquele fator não estressava ou estressava muito pouco, e as respostas entre 2 e 3, considerando que aquele fator estressava ou estressava muito.

Foram construídos dois bancos de dados no Programa EpiData para evitar possíveis erros de digitação. Após esta etapa, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Análise descritiva dos dados foi realizada a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e do desvio padrão das variáveis numéricas.

RESULTADOS

Cento e oitenta intensivistas participaram do estudo, sendo 24 de Belém, 18 de Goiânia, 28 de Porto Alegre, 65 de Salvador e 45 de São Paulo. Destes, 127 (70,6%) trabalhavam em UTI adulto, 22 (12,2%) em UTI pediátrica e 31 (17,2%) em UTI neonatal. Esta quantidade representou apenas 30% dos médicos inicialmente elegíveis, sendo as perdas provocadas pela dificuldade de acesso ao médico, tanto pela não aceitação por parte da direção de muitos hospitais, cujas UTI foram sorteadas para colaborar com o estudo, quanto pela recusa direta do médico ou imprecisão da lista de médicos que atuavam naquelas UTI. Em função disso, a amostra planejada como aleatória tornou-se amostra de conveniência.

Entre os intensivistas estudados, 54,4% eram do sexo feminino, porcentual que aumentou quando foram considerados os que trabalhavam em pediatria ou neonatologia (86,8%) e diminuiu para os que trabalhavam com adultos (40,9%). A maioria (40,2%) tinha até 35 anos, com média de idade de $39 \pm 8,1$ anos. Em relação à situação conjugal, 53,6% eram casados, 30,2% solteiros e 53,6% tinham filhos. Com relação à maior titulação, a maioria (63,4%) tinha até a especialização, seguida de mestrado (19,4%) e doutorado (17,2%). O título de especialista em UTI foi referido por 46,1% dos intensivistas e a residência, por 89,4% (Tabela 1). Cabe ressaltar que este porcentual aumenta quando considerados os médicos

Tabela 1 - Características pessoais

	UTI adulto N (%)*	UTI pediátrica/neonatal N (%)*	Total N (%)*
Sexo feminino	52 (40,9)	46 (86,8)	98 (54,4)*
Faixa etária (anos)			
≤ 35	50 (39,4)	22 (42,3)	72 (40,2)
36 - 45	46 (36,2)	20 (38,5)	66 (36,9)
> 45	31 (24,4)	10 (19,2)	41 (22,9)
Total	127 (100,0)	52 (100,0)	179 (100,0)*
Estado civil			
Solteiro	36 (28,6)	18 (34,0)	54 (30,2)
Casado	68 (53,9)	28 (52,8)	96 (53,6)
União consensual	18 (14,3)	4 (7,5)	22 (12,3)
Viúvo/a	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (0,5)
Divorciado/separado	4 (3,2)	2 (3,8)	6 (3,4)
Total	126 (100,0)	53 (100,0)	179 (100,0)*
Filho (s)	67 (52,8)	29 (55,8)	96 (53,6)*
Maior titulação			
Especialização	44 (61,1)	15 (71,4)	59 (63,4)
Mestrado	14 (19,4)	4 (19,0)	18 (19,4)
Doutorado	14 (19,4)	2 (9,5)	16 (17,2)
Total	72 (100,0)	21 (100,0)	93 (100,0)*
Título especialista	93 (71,0)	38 (29,0)	131 (100,0)*
Em terapia intensiva	43 (46,2)	6 (15,8)	49 (37,4)
Em outra área	24 (25,8)	24 (63,2)	48 (36,6)
Em ambas	26 (28,0)	8 (21,0)	34 (26,0)
Residência	111 (87,4)	50 (94,3)	161 (89,4)*
Renda líquida mensal (R\$)			
< 10.000,00	16 (13,2)	18 (34,0)	34 (19,5)
10.001,00 - 20.000,00	68 (55,7)	29 (54,7)	97 (55,4)
> 20.001,00	38 (31,1)	6 (11,3)	44 (25,1)
Total	122 (100,0)	53 (100,0)	175 (100,0)*

UTI - unidade de terapia intensiva. * Respostas válidas.

que atendem pacientes adultos (54,3%) e diminuiu quando considerados os pediatras e neonatologistas (32,0%). Com relação à renda líquida mensal, a maioria (55,4%) tinha sua renda na faixa entre R\$10.001,00 e R\$20.000,00, mas cabe ressaltar que 31,1% dos médicos que atendiam adultos recebiam mais do que R\$20.001,00.

Com relação ao tempo de trabalho em UTI, a maioria (55,7%) tinha até 10 anos, mas uma porcentagem significativa (28,4%) tinha mais do que 16 anos. Com relação à carga horária de trabalho na UTI, a maioria (39,8%) trabalhava menos ou até 24 horas semanais, embora tenham sido encontrados muitos na faixa de 25 e 40 horas (20,4%) e 41 e 60 horas (26,9%).

Tabela 2 - Características funcionais

	UTI adulto N (%)*	UTI pediátrica/neonatal N (%)*	Total N (%)*
Tempo de trabalho em UTI (anos)			
0 - 5	27 (21,6)	18 (35,3)	45 (25,6)
6 - 10	40 (32,0)	13 (25,5)	53 (30,1)
11 - 15	21 (16,8)	7 (13,7)	28 (15,9)
> 16	37 (29,6)	13 (25,5)	50 (28,4)
Total	125 (100,0)	51 (100,0)	176 (100,0)*
Carga horária de trabalho em UTI			
< 24	44 (36,7)	24 (47,1)	68 (39,8)
25 - 40	24 (20,0)	11 (21,6)	35 (20,4)
41 - 60	38 (31,7)	8 (15,7)	46 (26,9)
> 61	14 (11,7)	8 (15,7)	22 (12,9)
Total	120 (100,0)	51 (100,0)	171 (100,0)*
Carga horária semanal total de trabalho			
≤ 48	30 (24,2)	21 (39,6)	51 (28,8)
49 - 72	64 (51,6)	25 (47,2)	89 (50,3)
≥ 73	30 (24,2)	7 (13,2)	37 (20,9)
Total	124 (100,0)	53 (100,0)	177 (100,0)*
Vínculo institucional			
Sócio	8 (4,4)	4 (5,3)	12 (4,7)
Pessoa jurídica	39 (21,4)	14 (18,6)	53 (20,6)
Assalariado privado	62 (34,1)	32 (42,7)	94 (36,6)
Contrato temporário privado	5 (2,8)	2 (2,7)	7 (2,7)
Cooperativado	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,8)
Assalariado público	49 (26,9)	17 (22,7)	66 (25,7)
Contrato temporário público	4 (2,2)	4 (5,3)	8 (3,1)
Prestador de serviços	13 (7,1)	2 (2,7)	15 (5,8)
Total	182 (100,0)	75 (100,0)	257 (100,0)*

UTI - unidade de terapia intensiva. * Respostas válidas.

A maioria dos médicos (50,3%) tinha carga horária semanal total de trabalho na faixa entre 49 e 72 horas, mas 24,2% dos que atendiam pacientes adultos trabalhavam mais do que 73 horas por semana. O tipo de vinculação mais frequente foi como empregado assalariado do setor privado (36,6%), seguido de empregado assalariado do setor público (25,7%) e de pessoa jurídica (20,6%) (Tabela 2).

Os resultados dos fatores que mais estressavam os profissionais foram apresentados pela frequência simples na tabela 3, organizados dos fatores que mais estressavam para os que menos estressavam. Alguns dos fatores mais frequentes disseram respeito ao relacionamento mais direto com os usuários dos serviços dos médicos, podendo ser destacado: lidar com a angústia dos familiares (67,8%); pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais

dos pacientes (52,8%); possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes (51,4%); e quantidade de pacientes por profissional (48,6%). Outros se referiram à estrutura e ao funcionamento das UTI, como: ruídos excessivos (56,5%); problemas administrativos (49,7%); falta de recursos materiais (47,4%) e obrigação de lidar com questões simultâneas (47,2%). Na sequência, estiveram fatores que chamaram a atenção para o trabalho em interdependência com outros profissionais, como comprometimento da equipe (43,7%). Um dos fatores não foi considerado como estressante pelos médicos estudados: lidar com o sofrimento e a morte.

Com relação ao *burnout*, foi observada a prevalência de escore alto em pelo menos uma das três dimensões do MBI, a qual foi de 56,6% para os médicos que atendiam crianças/recém-nascidos e 63,8% para os que atuavam em UTI adulto; nas três dimensões, foi observada em 7,1% dos médicos que atuavam em UTI para adultos, não tendo sido identificada nos pediatras/neonatologistas. Quando analisamos em cada uma das três dimensões separadamente, foi de 50,6% para exaustão emocional, 26,1% para despersonalização e 15,0% para ineficácia (Tabela 4). Dos médicos que apresentaram escore alto em apenas uma dimensão, 27,8% (50) tiveram nível alto apenas em exaustão emocional; 5,0% (9) apenas em despersonalização e 3,9% (7) apenas em ineficácia.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam um perfil de médicos intensivistas em sua maioria jovens, do sexo feminino, casados, com filhos, com até 10 anos de trabalho em UTI, elevada carga horária de trabalho semanal, e que recebiam renda mensal de até R\$ 20.000,00. O tipo de vínculo mais frequente foi como assalariado (privado/público). Constatou-se que a maioria dos médicos possuía residência médica e apresentava a especialização como sua maior titulação. Menos da metade dos médicos possuía título de especialista em terapia intensiva. Este perfil muda um pouco quando considerados os médicos que atuam em UTI adulto, que eram do sexo masculino e a maioria com título de especialista em terapia intensiva.

A prevalência de *burnout* neste estudo, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 63,8% para os médicos que atuavam em UTI adulto e 56,6% para os que atuam em UTI pediátrica e neonatal. Quando considerado o escore alto nas três dimensões simultaneamente, o *burnout* só foi observado nos médicos que atuam em UTI para adultos (7,1%). Quando analisadas separadamente, a dimensão mais afetada foi a exaustão

Tabela 3 - Fatores estressores ocupacionais na unidade de terapia intensiva

	UTI adulto N (%)	UTI pediátrica/neonatal N (%)	Total N (%)
Lidar com a angústia dos familiares	75 (60,0)	45 (86,5)	120 (67,8)
Ruídos excessivos	79 (63,2)	21 (40,4)	100 (56,5)
Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes	61 (48,8)	32 (62,7)	93 (52,8)
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	57 (45,6)	34 (65,4)	91 (51,4)
Problemas administrativos	64 (51,2)	24 (46,2)	88 (49,7)
Quantidade de pacientes por profissional	63 (50,4)	23 (44,2)	86 (48,6)
Falta de recursos materiais	55 (44,4)	28 (54,9)	83 (47,4)
Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	54 (43,2)	29 (56,9)	83 (47,2)
Comprometimento da equipe	57 (46,3)	19 (37,3)	76 (43,7)
Ritmo acelerado das atividades	53 (42,4)	23 (44,2)	76 (42,9)
Cuidar do paciente terminal	42 (33,6)	28 (53,8)	70 (39,5)
Pressão para dar alta aos pacientes	44 (35,2)	22 (42,3)	66 (37,3)
Relacionamento com a equipe	22 (17,6)	11 (21,2)	33 (18,3)

UTI - unidade de terapia intensiva.

Tabela 4 - Ocorrência da síndrome de *burnout* em suas três dimensões

	UTI adulto N (%)	UTI pediátrica/neonatal N (%)	Total N (%)
Exaustão emocional			
Baixo	27 (21,3)	8 (15,1)	35 (19,4)
Moderado	34 (26,8)	20 (37,7)	54 (30,0)
Alto	66 (51,9)	25 (47,2)	91 (50,6)
Despersonalização			
Baixo	64 (50,4)	36 (67,9)	100 (55,6)
Moderado	24 (18,9)	9 (17,0)	33 (18,3)
Alto	39 (30,7)	8 (15,1)	47 (26,1)
Ineficácia			
Baixo	70 (55,1)	34 (64,2)	104 (57,8)
Moderado	33 (26,0)	16 (30,1)	49 (27,2)
Alto	24 (18,9)	3 (5,7)	27 (15,0)
Nível alto nas dimensões do <i>burnout</i>			
Em nenhuma dimensão	46 (36,2)	23 (43,4)	69 (38,3)
Em uma dimensão	42 (33,1)	24 (45,3)	66 (36,7)
Exaustão emocional	30 (23,7)	20 (37,7)	50 (27,8)
Despersonalização	6 (4,7)	3 (5,7)	9 (5,0)
Ineficácia	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
Em duas dimensões	30 (23,6)	6 (11,3)	36 (20,0)
Exaustão emocional + despersonalização	21 (16,5)	4 (7,5)	25 (13,9)
Exaustão emocional + ineficácia	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
Despersonalização + ineficácia	3 (2,4)	1 (1,9)	4 (2,2)
Em três dimensões	9 (7,1)	0 (0,0)	9 (5,0)
Total	127 (100,0)	53 (100,0)	180 (100,0)

UTI - unidade de terapia intensiva.

emocional, que é considerada uma reação às exigências do trabalho, neste caso, podendo ser traduzida como sobrecarga tanto física quanto emocional. A despersonalização foi a segunda dimensão mais afetada e, por último, a ineficácia. Quando analisamos a ocorrência do nível alto em duas dimensões simultaneamente, merece destaque a combinação entre exaustão emocional e despersonalização, que, neste caso, teve prevalência de 13,9%.

Dos quatro fatores estressores referidos por mais da metade dos médicos intensivistas, três diziam respeito ao relacionamento com os usuários dos serviços destes profissionais: lidar com a angústia dos familiares, pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes.

O perfil dos profissionais analisados na presente casuística se aproxima de alguns estudos anteriores. Com relação ao sexo, quando considerado o total de médicos, este estudo se aproxima de estudos mais recentes,^(9,12,17-19) que encontraram uma predominância de mulheres entre 55 e 76%. Diverge, porém, dos estudos de Embriaco et al.⁽¹⁰⁾ e Tironi et al.⁽¹¹⁾ que encontraram frequência de apenas 28% de mulheres. Quando separamos os médicos pelo tipo de UTI, este dado se justifica, já que os dois últimos estudos não incluíram UTI pediátricas e neonatais, que têm um percentual maior de mulheres. Mesmo assim, percebeu-se um aumento do número de mulheres na UTI adulto, o que pode indicar mudança de perfil, em curso, com a inserção da mulher em várias especialidades da medicina.⁽²⁰⁾

Com relação à idade, estado civil e filhos, os dados deste estudo estão próximos aos de outros estudos^(1,9,10,12,17-19) que observaram média de idade entre 34 e 44 anos, casados entre 52% e 73% e intensivistas com filhos entre 46% e 77%. O índice baixo de cursos *stricto sensu* pode sugerir que esses profissionais se preparam muito mais para a atuação prática do que para a atividade docente e pesquisa. Com relação ao título de especialista, nossos resultados se assemelham aos de Barbosa et al.,⁽⁹⁾ que encontraram 46,3%, e divergem dos de Tironi et al.,⁽¹¹⁾ que encontram percentual menor (27,0%).

Os valores de *burnout* encontrados neste estudo estão de acordo com o já registrado na literatura^(1,9) (entre 63,4% e 70,14%) e acima dos valores de alguns estudos^(18,19) (41,0% e 50,0%). Dentre as dimensões, a exaustão emocional foi a que apresentou maior contribuição nos nossos resultados. Com relação à ocorrência simultânea das dimensões exaustão emocional e despersonalização, não é possível discriminar qual dimensão alcançou um escore elevado primeiro, mas pode-se considerar que a exaustão

emocional, ocasionada por demandas interpessoais e carga de trabalho, quando se torna crônica, pode gerar um distanciamento e indiferença do profissional em relação aos indivíduos e às famílias por ele assistidos.⁽²¹⁾

A alta prevalência de *burnout*, especialmente quando associada às dimensões de exaustão emocional e despersonalização, pode sugerir tanto a sobrecarga do trabalho sob variados tipos de pressão, quanto um desequilíbrio entre a preparação técnica e a interpessoal. Acreditamos que pode existir uma lacuna na formação psicoemocional dos intensivistas, de maneira que a preparação técnica, mesmo de qualidade, pode não ser suficiente para que o intensivista lide com as demandas emocionais do dia a dia de uma UTI. Reforça esta hipótese o fato que, de quatro fatores considerados mais estressantes, três dizem respeito ao relacionamento com pacientes e familiares.^(7,22)

Finalmente, ressaltamos algumas limitações do nosso estudo, como elevado número de perdas e recusas (70%), que pode ter gerado viés de seleção, como também o modelo descritivo que impede análises de causa e efeito. A amostra de 180 entrevistados, entretanto, está adequada para detectar taxa em torno de 60% de *burnout* (baseada nos nossos resultados), com erro amostral de 7% e confiabilidade 95%. Os resultados também representaram adequadamente médicos que trabalham em unidades das cinco regiões do Brasil, em UTI que assistem pacientes de distintas idades, analisando a prevalência de *burnout* nas três dimensões separadamente e de forma combinada.

Nossos achados podem contribuir efetivamente para maior compreensão deste fenômeno e também para subsidiar políticas organizacionais para promoção e proteção da saúde desta categoria profissional. Esse cenário apresenta-se desfavorável aos médicos que atuam em UTI e pode repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Os resultados sugerem também a carência de preparação psicoemocional destes profissionais, o que pode indicar a necessidade de repensar a formação médica em terapia intensiva.

CONCLUSÃO

Nosso estudo evidenciou que a síndrome de *burnout* em médicos intensivistas foi prevalente quando considerado o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas e teve menor prevalência quando considerado o nível alto em todas as dimensões. A dimensão de exaustão emocional foi a que mais contribuiu para o resultado, o que sinaliza a necessidade de revisão das condições de trabalho destes profissionais, que se sentem exigidos para além de seus recursos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio recebido da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), ao financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

(FAPESB) - nº APP0032/2011 e aos alunos de medicina, bolsistas de iniciação científica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): Gabriel Rocha, Jamile Prado, Karole Brito e Roan Sampaio, que ajudaram na digitação dos dados.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of burnout in intensivists working in adult, pediatric and neonatal intensive care units in five Brazilian capitals.

Methods: Descriptive epidemiological study with a random sample stratified by conglomerate with 180 intensivist doctors from five capitals representing the Brazilian geographic regions: Porto Alegre (RS), Sao Paulo (SP), Salvador (BA), Goiania (GO) and Belem (PA). A self-administered questionnaire examining sociodemographic data and the level of burnout was evaluated through the Maslach Burnout Inventory.

Results: A total of 180 doctors were evaluated, of which 54.4% were female. The average age was 39 ± 8.1 years, 63.4% had specialization as the highest degree, 55.7% had up to 10 years of work experience in an intensive care unit, and 46.1%

had the title intensive care specialist. Most (50.3%) had weekly workloads between 49 and 72 hours, and the most frequent employee type was salaried. High levels of emotional exhaustion, depersonalization and inefficacy were found (50.6%, 26.1% and 15.0%, respectively). The prevalence of burnout was 61.7% when considering a high level in at least one dimension and 5% with a high level in three dimensions simultaneously.

Conclusion: A high prevalence of burnout syndrome among intensivist doctors was observed. Strategies for the promotion and protection of health in these workers must be discussed and implemented in hospitals.

Keywords: Burnout, professional/epidemiology; Working conditions; Physicians/psychology; Occupational diseases/epidemiology; Prevalence; Intensive care units; Intensive care units, pediatric; Intensive care, neonatal

REFERÊNCIAS

- Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJ, 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*. 2009;55(6):656-62.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
- Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005.p.41-55.
- Ferreira MC, Assamar EML. Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.21-73.
- Tamayo MR. Burnout: aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.75-105.
- Trigo TR. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina DM, Rocha LE, organizadoras. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010. p.160-75.
- Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93(3):498-512.
- Kompier MA, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:37-58.
- Barbosa FT, Leão BA, Tavares GM, Santos JG. Síndrome de burnout e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: estudo transversal. *São Paulo Med J*. 2012;130(5):282-8.
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5):482-8.
- Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol*. 2007;73(4):195-200.
- 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.
- Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics*. 2014;40(2):97-103.
- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Max A, Michalsen A, Azevedo Maia P, Owczuk R, Rubulotta F, Meert AP, Reyners AK, Decruyenaere J, Benoit DD; Appropicus Study Group of the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest*. 2014;146(2):267-75.
- Maslach C. A multidimensional theory of burnout. In: Cooper C, editor. *Theories of organizational stress*. Manchester: Oxford University Press; 1998.
- Tucanduva LT, Garcia AP, Prudente FV, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos oncologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):108-12.
- Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Preliminary study about occupational stress of physicians and nurses in pediatric and neonatal intensive care units: the balance between effort and reward. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):67-72.

18. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G, Buamscha DG, Rufach D, Santos S, Moreno RP, Sarli M; Members of Clinical and Epidemiological Research Group in Pediatric Intensive Care Units - Sociedad Argentina de Pediatría. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(6):466-73.
19. Garcia TT, Garcia PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med*. 2014;15(8):e347-53.
20. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):97-102.
21. Benevides-Pereira AM. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AM, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.
22. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):765-72.