



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO

GABRIELLA BENÉ BARBOSA

SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

FEIRA DE SANTANA, BA
2019

GABRIELLA BENÉ BARBOSA

SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito básico para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente

Orientador: Prof. Drº Carlito Lopes Nascimento
Sobrinho

FEIRA DE SANTANA, BA
Agosto de 2019

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

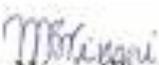
B197s Barbosa, Gabriella Bené
Saúde mental de trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva /
Gabriella Bené Barbosa . - 2019.
179 f.: il.

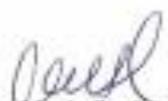
Orientador: Carlito Lopes Nascimento.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Saúde do trabalhador. 2. Trabalho - Saúde mental. 3. Trabalhadores da saúde - Unidade de Terapia Intensiva. 4. Trabalhadores da saúde - Síndrome de Burnout. I. Nascimento, Carlito Lopes, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

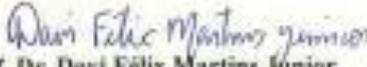
CDU: 616.89

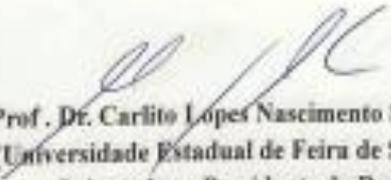
BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Marcia Oliveira Staffa Tironi
(Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública)


Profa. Dra. Ieda Maria Barbosa Aclúia
(Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública)


Profa. Dra. Claudia Cerqueira Graça Carneiro
(Universidade Estadual de Feira de Santana)


Prof. Dr. Davi Félix Martins Júnior
(Universidade Estadual de Feira de Santana)


Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
(Universidade Estadual de Feira de Santana)
Orientador e Presidente da Banca

Feira de Santana – BA

2019

DEDICATÓRIA

À Deus,
pela concessão da missão cumprida.

Aos meus pais, Ivando (*In Memoriam*) e Bernadete,
pelo amor, compreensão, paciência
e por terem sido meus primeiros mestres.

À minha mãe, colega, amiga e
meu “porto seguro”.

À Carina, companheira, pelo
amor, amizade, apoio e paciência
que tanto contribuíram para
o sucesso da minha caminhada.

À minha Filha, Rebeca, por ser a luz que
ilumina a minha vida, me inspirando
a criatividade e o amor.

Ao Prof. Carlito, mestre, orientador e amigo,
pela dedicação, apoio, compreensão, carinho e amizade
fundamentais para a conclusão desta jornada.

AGRADECIMENTOS

À minha família (Pai, Mãe, Irmãos, Avó, Companheira, Filha, Tias, Sobrinhos, Cunhados) que sempre me apoiaram nesta caminhada com muito amor e incentivo oferecendo-me força e consolo nos momentos mais difíceis. Em especial ao meu pai (*in memoriam*) e minha tia Naísa (*in memoriam*) que tão recentemente me ensinaram a refletir a vida sob um novo ângulo.

Aos amigos de longas datas e aos que fiz durante esta jornada, pela amizade, troca de conhecimento e crescimento pessoal.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Jorge e Goreth, pela disponibilidade e carinho que sempre me dispensaram.

Ao meu orientador Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, pelos ensinamentos, dedicação, apoio, compreensão, paciência, sensibilidade, amizade, confiança, leveza e descontração, que tanto contribuiu para que esta produção tenha sido fruto de um trabalho de muito amor e dedicação.

À querida professora e amiga Márcia Oliveira Stafa Tironi pela parceria na produção do conhecimento científico, sempre cuidadosa e com muito carinho.

Aos membros da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística pela acolhida, apoio e espaço para discussão e produção científica tão importantes para o desenvolvimento intelectual e pessoal. Especialmente às mestrandas Cleide e Deise pela dedicação e parceria na operacionalização desta pesquisa.

Aos bolsistas e voluntários da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, que fizeram parte desta pesquisa, pelo compromisso, dedicação e ajuda tornando possível a realização deste trabalho.

Finalmente, externo os meus agradecimentos aos hospitais que gentilmente abriram as suas portas para que eu pudesse desenvolver o meu trabalho tornando possível a coleta de dados, especialmente ao médico Lúcio Couto de Oliveira Júnior. A todos os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas intensivistas que acreditaram e participaram da nossa pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Programa de Bolsas – Doutorado Cotas (BOL0699/2016).

EPIGRAFE

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(MARTHIN LUTHER KING)

Fontes de Apoio

- 1 Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística - SSAEE
- 2 Universidade Estadual de Feira de Santana
- 3 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)
- 4 Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência da Síndrome de Estafa Profissional (Síndrome de *Burnout*) e os fatores associados em Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas trabalhadores de UTI de uma grande cidade do Estado da Bahia e estimar a prevalência da Distúrbio Psíquico Menor e os fatores associados em Enfermeiros trabalhadores de UTI de uma grande cidade do Estado da Bahia. **Metodologia:** estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), que utilizou um instrumento de coleta de dados validado, autoaplicável e respondido pelos trabalhadores selecionados, no período de julho a novembro de 2016. O instrumento constou de sete blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho; 2º bloco: características do ambiente de trabalho percebidas pelos profissionais como nocivas à sua saúde - *Job Content Questionnaire* (JCQ); 3º bloco: referente à qualidade de vida *WHOQOL-Bref*; 4º bloco: queixas de doenças, para avaliar a situação global de saúde dos indivíduos, buscando identificar queixas e sintomas de alguns agravos à saúde, tais como, distúrbios do sono, distúrbios auditivos e visuais, alergias, infecções recorrentes, distúrbios gastrintestinais, dentre outros problemas de saúde mais comuns; 5º bloco: Avaliação da Síndrome de Estafa Profissional medido pelo MBI (*Maslach Burnout Inventory*); 6º bloco: questões sobre doenças e acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida e um instrumento de triagem de alcoolismo, (CAGE); e o 7º bloco: questões sobre sofrimento mental, utilizando o *Self Report Questionnaire - SRQ-20*. **Resultado:** Nos médicos predominou jovens, do sexo masculino, em união estável, pós-graduados, com renda mensal > R\$ 10.000,00. Referiram a rinite/sinusite, lombalgia, distúrbios do sono, varizes, hipercolesterolemia e hipertensão como queixas de saúde mais frequentes. A prevalência de *Burnout* foi de 47,9%. Nos enfermeiros, predominou jovens, do sexo feminino, casados, sem filhos, com especialização e renda ≤ R\$ 10.000,00. A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 53,6% e observou-se associação com idade, uso de tabaco, uso de bebida alcoólica, carga horária de plantão noturno, vínculo de trabalho, possuir título de especialista em Terapia Intensiva, número de pacientes assistidos por plantão, renda mensal e considerar o trabalho ativo ou de alta exigência. A prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores entre os enfermeiros foi de 24,6% e observou-se associação com idade, carga horária total de trabalho; carga horária de trabalho, plantão noturno, duplo vínculo, tipo de Unidade de Terapia Intensiva e consumo de bebida alcoólica. Nos fisioterapeutas, predominou jovens, do sexo feminino, solteiros, sem filhos, com pós-graduação, que trabalhavam em UTI adulto e renda ≤ R\$ 6.000,00. A prevalência da síndrome de *Burnout* foi de 33,3% e observou-se associação com sexo, idade ter filhos, carga horária de plantão noturno e carga horária total semanal. **Conclusões:** Os resultados apontam elevada prevalência de *Burnout*, múltiplos vínculos laborais, elevada carga horária de trabalho semanal e de plantão noturno entre os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas estudados. Observou-se elevada prevalência de Distúrbio Psíquico Menor entre os enfermeiros. Os resultados apontam para a necessidade de ampliar os estudos sobre as condições de trabalho e fatores associados ao *Burnout* e sofrimento mental dos intensivistas e promover a reflexão e discussão sobre melhores condições laborais visando a adoção de medidas preventivas e hábitos de vida saudáveis.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Sofrimento mental; *Burnout*; Unidade de Terapia Intensiva

Abstract

Objective: to estimate the prevalence of Professional Fatigue Syndrome (Burnout Syndrome) and associated factors in Physicians, Nurses and Physiotherapist ICU workers from a large city in the State of Bahia and to estimate the prevalence of Minor Psychic Disorder and associated factors in Nurses workers from a large city in the State of Bahia. **Methodology:** a cross-sectional, population-based, exploratory epidemiological study approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana (CEP / UEFS), which used a validated self-administered data collection instrument and from July to November, 2016. The instrument consisted of seven blocks of questions: 1st block: general identification of the interviewee, designed to characterize the individuals in the sample according to gender, age, specialization, professional work time, total workload / work shifts; 2nd block: characteristics of the work environment perceived by professionals as harmful to their health - Job Content Questionnaire (JCQ); 3rd block: referring to quality of life WHOQOL-Bref; 4th block: complaints of diseases, to assess the overall health situation of individuals, seeking to identify complaints and symptoms of some health problems, such as sleep disorders, auditory and visual disorders, allergies, recurrent infections, gastrointestinal disorders, among others common health problems; 5th block: Evaluation of the Professional Fatigue Syndrome measured by the MBI (Maslach Burnout Inventory); 6th session: questions on diseases and accidents at work, recent health problems and life habits, and an alcoholism screening instrument (CAGE); and the 7th block: questions about mental suffering using the Self Report Questionnaire - SRQ-20. **Results:** In the physicians predominated young men, in stable union, post-graduates, with monthly income > R \$ 10,000.00. They referred to rhinitis / sinusitis, low back pain, sleep disturbances, varicose veins, hypercholesterolemia and hypertension as the most frequent health complaints. The prevalence of Burnout was 47.9%. In the nurses, predominated young women, married, without children, with specialization and income \leq R \$ 10,000.00. The prevalence of Burnout Syndrome was 53.6% and it was observed an association with age, tobacco use, alcoholic beverage, night shift, work bond, specialist degree in Intensive Care, number of patients assisted by on call, monthly income and consider active work or high demand. The prevalence of minor psychiatric disorders among nurses was 24.6% and it was observed an association with age, total work hours; workload, night shift, double bond, type of Intensive Care Unit and consumption of alcoholic beverages. In the physiotherapists, there were predominant young women, single, without children, with postgraduate, who worked in adult ICU and income \leq R \$ 6,000.00. The prevalence of Burnout syndrome was 33.3% and there was association with gender, age of children, night shift and total weekly workload. **Conclusions:** The results indicate a high prevalence of Burnout, multiple employment relationships, high weekly workload and night shift among physicians, nurses and physiotherapists studied. There was a high prevalence of Minor Psychiatric Disorder among nurses. The results point to the need to broaden the studies on work conditions and factors associated with burnout and mental suffering of intensivists and to promote reflection and discussion about better working conditions aiming at the adoption of preventive measures and healthy life habits.

Keywords: Occupational Health; Burnout; Stress Psychological; Intensive Care Unit

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANA	<i>American Nurses Association</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DORT	Doença Osteomioarticular Relacionada ao Trabalho
DPM	Distúrbio Psíquico Menor
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RP	Razão de Prevalência
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SOTIBA	Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SSAEE	Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2	MARCO TEÓRICO	16
	2.1 AS DIMENSÕES DO TRABALHO	16
	2.2 PROCESSO SAÚDE/ENFERMIDADE DO TRABALHADOR.....	17
	2.3 A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	18
	2.4 O MODELO DEMANDA-CONTROLE	20
	2.5 DISTÚRPIO PSÍQUICO MENOR	22
	2.6 A SÍNDROME DE BURNOUT	23
3	OBJETIVOS	25
	3.1 GERAL	25
	3.2 ESPECÍFICOS	25
4	METODOLOGIA	26
	4.1 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO ESTUDADA	26
	4.2 COLETA DE DADOS	27
	4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
	4.4 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS	29
	4.5 ANÁLISE DOS DADOS	30
	4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
5	RESULTADOS	31
	5.1 ARTIGO 01	32
	5.2 ARTIGO 02	46
	5.3 ARTIGO 03	62
	5.4 ARTIGO 04	81
6	DISCUSSÃO	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
8	PERSPECTIVAS DE ESTUDOS	106
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICES	115
	ANEXOS	158

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho é uma atividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados, e, por meio dele, o homem se constitui como sujeito e mantém relações interpessoais. As condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e adoecimento do trabalhador (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Com as transformações nos processos produtivos que aconteceram nas últimas décadas, as relações entre trabalho, estresse e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores têm sido abordada em estudos com diferentes abordagens metodológicas e entre trabalhadores de diversas categorias profissionais (ARAÚJO ET AL, 2003).

Dentre essas categorias profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, em especial os atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral e o período prolongado em situações que exigem grande envolvimento emocional (GOULART; CARVALHO, 1998; TIRONI ET AL, 2018).

O estresse no trabalho em UTI ocorre principalmente por se tratar de um ambiente fechado, com ritmo acelerado de trabalho, rotinas exigentes, necessidade de condutas rápidas, convívio com sofrimento e morte, imprevisibilidade e elevada carga horária de trabalho. Estudos apontam que o estresse no trabalho pode gerar desequilíbrio na saúde física e psíquica dos trabalhadores e como consequência uma baixa na qualidade dos serviços prestados (GOULART; CARVALHO, 1998; BARROS ET AL, 2008).

Na área de saúde ocupacional entende-se o estresse no trabalho como um desequilíbrio entre as demandas laborais e a capacidade de enfrentamento dessas demandas pelo trabalhador, ou seja, a resposta psicológica, fisiológica e emocional para adaptar-se às exigências do trabalho cotidiano (CLEVER, 1990).

Os aspectos psicossociais do trabalho vêm merecendo atenção especial dos estudos na área de saúde ocupacional, por representarem estressores ocupacionais com importantes repercussões na saúde dos indivíduos (COLFORD, 1989; CLEVER, 1990). Tais estudos apontam para a interação entre o local, conteúdo, as condições e organização de trabalho e as

condições individuais do trabalhador destacando-se a sua capacidade de adaptação, habilidades, cultura e necessidade pessoais que podem influenciar no seu estado de saúde, de acordo com suas experiências e percepção de mundo (CLEVER, 1990).

Por esse motivo tem-se estudado o estresse laboral que vem atingindo a saúde do trabalhador, em especial nas atividades que envolvem prestação de serviço de saúde, ou seja, nos profissionais que mantêm relação direta e constante com outras pessoas necessitadas desses serviços, como é o caso dos profissionais de saúde em terapia intensiva (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998; TRIGO, 2010; TIRONI ET AL, 2018). Essa terminologia, Terapia Intensiva, não somente define o local de atuação do profissional, mas principalmente estabelece a característica do paciente a ser atendido, paciente crítico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Diversos estudos apontam que a UTI é o ambiente mais estressante do hospital. O trabalho diário do profissional de saúde intensivista exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as adversidades que surgem a cada momento, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos. É necessário ainda ter muita tranquilidade e preparo psicológico para o apoio aos familiares em momentos de angústia e frustração, que depositam nesses profissionais (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002; COSTA ET AL, 2002; MONTEIRO, 2012; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; SANTOS ET AL, 2018; TIRONI ET AL, 2018).

As condições de trabalho do profissional intensivista são consideradas extenuantes tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo devido à natureza do trabalho efetuado (COSTA; LUDERMIR, 2005; SANTOS ET AL, 2018; TIRONI ET AL, 2018). Entende-se como condições de trabalho a jornada de trabalho (número de horas trabalhadas), tipo de contrato de trabalho (carteira assinada, prestação de serviço), forma de pagamento, horário de trabalho (diurno, noturno, por turnos), valor da remuneração recebida mensalmente, sistema de ascensão previsto, exigência de conhecimentos técnicos, condições de trabalho (local, equipamentos existentes, equipe de trabalho), trabalho em regime de plantão, trabalho nos finais de semana, trabalho noturno, entre outros (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

A associação entre o trabalho dos profissionais de saúde e o sofrimento mental, Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), tem sido estabelecida por estudos que têm privilegiado as categorias dos médicos e dos enfermeiros em atividades hospitalares, particularmente de urgência/emergência e centros de terapia intensiva (SELIGMANN-SILVA, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006). Portanto, trata-se de uma situação paradoxal onde aqueles que devem cuidar da saúde apresentam-se desgastados, prejudicados do ponto de vista físico e mental para o exercício profissional.

Distúrbio Psíquico Menor (DPM) é uma expressão que foi criada por Goldberg e Huxley (1993) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem dos Manuais de Diagnóstico e Estatístico (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, mas constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999; BARBOSA ET AL, 2012).

A Síndrome de *Burnout* é definida como uma síndrome psicológica provocada por estresse crônico relacionado ao trabalho em trabalhadores que apresentam contato direto e prolongado com outros seres humanos, como por exemplo, trabalhadores de UTI (TIRONI ET AL, 2018). Tem sido estudado em outros países sob a denominação de Síndrome de *Burned Out*, ou *Burnout*. No Brasil, recebeu a denominação de Síndrome do Esgotamento Profissional (BARROS ET AL, 2008).

A expressão *staff burnout* foi criada por Freudenberg, em 1974, para descrever uma síndrome composta por exaustão, desilusão, isolamento e transtornos comportamentais verificados em trabalhadores assistenciais e descreve o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado à falta de motivação e alto grau de insatisfação, decorrentes desta exaustão (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; BARROS ET AL, 2008). O *Burnout* também já foi chamado de A Síndrome do Assistente Desassistido pela pouca consideração que se tem empregado aos trabalhadores de serviço de assistência (BARROS ET AL, 2008).

O termo *Burnout* é definido, segundo um jargão inglês, como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, ou seja, aquilo ou aquele que chegou ao seu limite, com prejuízo em seu desempenho físico ou mental (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

A Síndrome de *Burnout* é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho (SANTOS ET AL, 2018; TIRONI ET AL, 2018). Existem quatro concepções teóricas para a definição da síndrome de *Burnout* baseadas na sua possível etiologia: clínica, sociopsicológica, organizacional, sociohistórica. A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica (FERREIRA; CHAVES, 2001).

A concepção sociopsicológica leva em consideração que as características individuais associadas, do ambiente e do trabalho favorecem o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional (sentimento de esgotamento físico e mental), despersonalização (tratamento frio e impessoal com usuários) e baixa realização profissional (sentimento de incompetência, pessimismo, baixa autoestima). A presença de *Burnout* estaria relacionada aos sinais e sintomas identificados nessas três dimensões em um determinado trabalhador (FERREIRA; CHAVES, 2001).

O instrumento mais utilizado para avaliar a Síndrome de *Burnout* é o Questionário Maslach - *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este instrumento avalia os sentimentos e atitudes vivenciados pelo indivíduo em seu trabalho e aborda as três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (FERREIRA; CHAVES, 2001).

Os estudos sobre a Síndrome de *Burnout* e o sofrimento mental em profissionais intensivistas no Brasil são escassos e muitos profissionais ainda os desconhecem. Este trabalho teve como questão norteadora: qual a prevalência da Síndrome de *Burnout* e de Distúrbios Psíquicos Menores e possíveis fatores associados, em trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva de uma grande cidade do estado da Bahia?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 AS DIMENSÕES DO TRABALHO

A palavra trabalho vem do latim “*tripalium*”, referindo-se a um instrumento de tortura para punições dos indivíduos que, ao perderem o direito à liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado (SILVA, 2000).

Entende-se por prática de trabalho a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano com a utilização de determinados meios e instrumentos. Portanto, a prática do trabalho em saúde é constituída por três componentes básicos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1993).

O objeto do trabalho em saúde constitui-se no corpo humano em sua composição biopsicossocial. Este corpo, porém, não é simplesmente um amontoado de células, de tecidos ou de reações bioquímicas. Trata-se de um corpo humano, que vivendo em sociedade, é investido de valor (força de trabalho) (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1993).

Os meios ou instrumentos de trabalho constituem-se em um conjunto de coisas que o trabalhador interpõe diretamente entre ele e o seu objeto de trabalho, para a realização do trabalho propriamente dito. No caso da prática de trabalho em saúde, dentre esses instrumentos identificam-se os que servem para a apropriação do objeto (o conhecimento das patologias, o raciocínio clínico, exames complementares), os que cooperam com a transformação desejada (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos) e ainda os que não participam diretamente do processo, como o local de trabalho, mas que são fundamentais para o exercício profissional (sala, hospital) (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1993).

O trabalho propriamente dito caracteriza-se como energia humana empregada no processo de trabalho, no caso do trabalhador de saúde, dispêndio físico e intelectual, produto da atividade humana, que pode ser recuperado com repouso e boa alimentação (SCHRAIBER, 1993).

2.2 PROCESSO SAÚDE/ENFERMIDADE DO TRABALHADOR

O trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado é fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos; por outro, pode também se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde (DEJOURS, 1989).

O estudo do processo saúde/enfermidade do trabalhador deve levar em conta três condicionantes básicos deste processo; as condições gerais de vida, as relações de trabalho e o processo de trabalho propriamente dito (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

As condições gerais de vida devem ser entendidas em duas dimensões distintas: a) as condições propiciadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo oferecido pelo Estado (água, transporte coletivo, segurança) e b) as condições que incidem sobre o consumo individualizado, e que é obtido pelo salário (bens de consumo e serviços individualizados) (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

Quanto ao segundo condicionante apontado, as relações de trabalho remetem a questões mais facilmente perceptíveis. Neste sentido, a jornada de trabalho (número de horas trabalhadas, obrigatoriedade de cumprir horas extras); o tipo de contrato de trabalho (carteira assinada, prestação de serviços); a forma de pagamento (por mês, semana, dia, tarefa); o horário de trabalho (diurno, noturno, por turnos); a exigência de conhecimentos técnicos; sistema de ascensão previsto; forma de controle sobre os trabalhadores (no horário de trabalho, nos intervalos, na utilização dos banheiros, na hora das refeições); tempo de folga (cumprimento, ou não, da legislação); local para refeições e condições ambientais; existência de banheiros (quantidade e qualidade); serviços médicos e refeição são aceitos como determinantes da qualidade de vida e condições de saúde do trabalhador (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

Quanto ao terceiro condicionante, o processo de trabalho propriamente dito, chegamos finalmente à especificidade de uma dada categoria profissional, ao esclarecer como se dá o processo de trabalho. Esse condicionante está implicado na exposição a agentes nocivos à saúde, durante o desempenho da atividade laboral. Este é o caso mais facilmente reconhecido, e diz respeito a agentes físicos (luz, ruído, temperatura, umidade, radiações), químicos (substâncias inorgânicas, substâncias orgânicas) e biológicos (vírus, bactérias, protozoários) (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

Vários estudos epidemiológicos e qualitativos têm demonstrado a importância da ausência de controle e autonomia dos trabalhadores sobre as condições e organização do trabalho para explicar diversos problemas de saúde como os cardiovasculares, o sofrimento mental e mesmo os acidentes do trabalho (LACAZ, 2000).

Segundo Karasek (1985), as demandas são as pressões psicológicas as quais os trabalhadores são submetidos no trabalho e podem originar-se da quantidade de trabalho a executar na unidade de tempo e/ou do descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a executar. Quanto ao controle, trata-se do grau de autonomia ou possibilidade que ele tem de “governar” o seu trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos. Esse autor desenvolveu um modelo de análise do trabalho, denominado demanda-controle, cuja representação se dá em uma figura quadrangular, na qual cada quadrante representa associações entre os níveis das demandas e os graus de controle, ou seja: demandas psicológicas elevadas e baixo controle do trabalho situação de alta exigência, configurando condição de trabalho geradora de desgaste psicológico elevado; demandas psicológicas elevadas e alto grau de controle sobre o trabalho ou trabalho ativo, situação considerada como potencialmente desafiadora e capaz de propiciar o desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores; baixas demandas psicológicas e baixo controle ou trabalho passivo, configurando situações desestimulantes, geradoras de tédio e de desinteresse; baixas demandas psicológicas e alto grau de controle ou baixo desgaste, situação de baixa exigência, em que haveria pouco desgaste para o trabalhador, uma vez que ele tem as melhores condições para planejar e para executar seu trabalho. A esse modelo bidimensional, Johnson (1988) acrescentou o suporte social, considerado uma terceira dimensão.

A existência de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade no trabalho em saúde é uma realidade não mais contestada. No entanto, as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos, são ainda pouco conhecidas.

2.3 A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO EM UTI

Algumas das características do trabalho em UTI definem, isoladamente ou em seu conjunto, um ambiente profissional formado pelos intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer (NOGUEIRA-MARTINS, 2003), tais como:

- o contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento;
- lidar com a intimidade corporal e emocional;
- o atendimento de pacientes terminais;
- lidar com pacientes difíceis (queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos);
- lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

Dos profissionais que trabalham na UTI, cabem aos médicos, fisioterapeutas e enfermeiros uma grande sobrecarga de plantões, inclusive noturnos, longas jornadas de trabalho e muita vigilância para evitar que as intercorrências aconteçam ou que sejam reconhecidas imediatamente. Acrescente-se a isso, o isolamento do mundo externo e o convívio num ambiente ruidoso, onde os alarmes dos monitores e ventiladores artificiais precisam permanecer ligados e facilmente audíveis (AMIB, 2004).

O trabalho na UTI exige muito esforço mental. É grande o número de relações e tomada de decisões que um profissional precisa estabelecer durante um único plantão: exame físico e evolução diária dos doentes, solicitação e análise de exames laboratoriais, prescrições, indicação e realização de procedimentos, diálogo com família e demais profissionais de saúde (médico diarista, médico-assistente, especialista, enfermeiros, nutricionista, estagiários, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório e radiologia, psicólogo) que frequentemente ocorrem de forma simultânea (AMIB, 2004; BARROS ET AL, 2008).

Os profissionais da saúde que trabalham em UTI são confrontados diariamente com questões relativas à morte, o que pode ser relacionado às causas geradoras de estresse. Vários estudos assinalam a violenta gama de estímulos emocionais nocivos aos quais os profissionais de saúde estão intermitentemente expostos, entre eles (AMIB, 2004):

- a atitude (muitas vezes interpretada como agressiva e/ou invasiva) de lidar com a intimidade emocional e corporal do paciente;
- conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre esse profissional pelos pacientes, familiares, instituição hospitalar e até mesmo pelo próprio profissional;
- a solicitação intermitente de decisões rápidas e precisas;

- a cruel e desumana tarefa de “selecionar” quem usa este ou aquele equipamento.

2.4 O MODELO DEMANDA-CONTROLE

Estudos recentes na linha de investigação saúde mental e trabalho, podem ser agrupados em três correntes de pensamento distintas: a corrente baseada na teoria do estresse, a corrente vinda das ciências sociais, e a corrente da teoria psicanalítica que deu fundamento aos estudos da psicodinâmica do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994).

A psicodinâmica do trabalho, segundo Dejours (1987), traz como elementos centrais a organização do trabalho e o sofrimento mental. Acredita-se que a organização do trabalho seja a principal estruturadora da vida mental no trabalho. “Por organização do trabalho designamos: divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.” (DEJOURS, 1987, p. 25).

Os estudos no campo das ciências sociais abordam os transtornos psíquicos e o trabalho com um direcionamento para as dinâmicas das relações de dominação, implicando abordagens de relação de poder. Segundo essa corrente, as injúrias à saúde mental decorrem de perdas ocasionadas pelo desgaste mental, essas podem apresentar inúmeras dimensões, tais como: concretas, simbólicas ou potenciais. Podem apresentar ainda, natureza biológica, psíquica ou social (CLEGG; SELIGMANN-SILVA apud ARAÚJO ET AL, 2003).

A teoria do estresse direcionou os primeiros estudos em saúde e trabalho e até os dias atuais permanece como referência para muitos estudos epidemiológicos. Entende-se o estresse como um problema negativo, de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho. Provoca consequências negativas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações.

Kyriacou (2001) apontou que o estresse representaria um desequilíbrio entre as demandas percebidas e as habilidades próprias de cada um para enfrentá-las. Seria a resposta psicológica, fisiológica e emocional de uma pessoa, quando tenta adaptar-se às pressões internas e externas.

Dentre os modelos mais utilizados para avaliar aspectos psicossociais do trabalho, pode-se destacar o *modelo demanda-controle* de Karasek (KARASEK ET AL, 1998). Este modelo privilegia aspectos ligados ao ambiente psicossocial do trabalho, destacando duas dimensões centrais: a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho. Esse modelo tem sido

apontado como possibilidade de estrutura integradora para estudo dos diversos elementos do ambiente de trabalho, nas suas inter-relações com a saúde dos trabalhadores.

O JCQ (Job Content Questionnaire) identifica os dois importantes aspectos das situações de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador (ARAÚJO ET AL, 2003). A demanda psicológica refere-se à importância da atividade sobre o trabalhador em termos de controle do tempo para a realização das tarefas e dos conflitos sociais existentes. O controle sobre a tarefa refere-se à habilidade ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas e à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho. O JCQ permite a construção de quadrantes baseados em combinações de aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades:

- baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle);
- trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle);
- trabalho ativo (alta demanda e alto controle);
- alta exigência (alta demanda e baixo controle).

		Demanda Psicológica	
		Baixa	Alta
Controle	Alto	Baixa Exigência	Ativo
	Baixo	Passivo	Alta Exigência

Figura 1: Esquema do modelo de Demanda-Controle de Karasek adaptado por Theorell (Fonte: ALVES ET AL, 2004).

2.5 DISTÚRPIO PSÍQUICO MENOR

Distúrbio Psíquico Menor (DPM) é uma expressão criada por Goldberg e Huxley (1993) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem dos Manuais de Diagnóstico e Estatístico (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, mas constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999).

Distúrbio mental, distúrbios ou síndromes psíquicas e de comportamento, geram angústia e causam danos em importantes áreas do funcionamento psíquico, afetando o equilíbrio emocional, o rendimento intelectual e o comportamento social adaptativo. A maioria dos sistemas de classificação reconhece os distúrbios infantis, como categorias separadas dos distúrbios adultos. Também distinguem entre distúrbios orgânicos, provocados por uma causa fisiológica clara, e distúrbios não orgânicos ou funcionais, considerados mais leves. Em função da gravidade e da base orgânica, os distúrbios se dividem em psicóticos (perda da realidade) e neuróticos (mal-estar e ansiedade sem perder o contato com a realidade) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Dessa forma, pode-se afirmar que os distúrbios não são equivalentes as doenças (medicina geral) nem aos transtornos (psiquiatria/doenças mentais), pois, não correspondem a entidades nosológicas claramente definidas e sim a possibilidades (sintomas ou comportamentos genéricos - que não seguem um padrão de reprodutibilidade/repetição), que possa se constituir em uma síndrome clinicamente definida.

A literatura brasileira revela alta prevalência desses distúrbios nas populações estudadas (ARAÚJO ET AL, 2003; COSTA; LUDEMIR, 2005) cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002), além de fatores associados à prevalência de DPM, entre eles: atributos do indivíduo (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005), aspectos sociais e familiares (COSTA; LUDEMIR, 2005; NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006) e o trabalho, quanto a baixa renda (NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006), exclusão do mercado formal de trabalho (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002), desemprego (LIMA; SOARES; MARI, 1999); e, em destaque, as altas demandas psicológicas no trabalho e o baixo controle sobre o trabalho (NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006).

A associação de distúrbios psíquicos às profissões de saúde tem sido estabelecida por uma série de estudos que, até o momento, têm privilegiado as categorias dos médicos e dos enfermeiros. Alguns estudos revelaram que a alta exigência emocional está associada à elevada frequência de DPM entre os profissionais médicos (NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006), associada à situação de risco que requer alta exigência emocional, acarretando desgaste físico e mental, conforme modelo demanda-controle, especialmente, as de altas demandas. Santos (2007) abordou a relação trabalho-saúde entre enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) em parte da grande São Paulo, identificando, no cotidiano do trabalho desses profissionais, situações de alta exigência emocional, acarretando desgaste físico e mental.

2.6 A SÍNDROME DE *BURNOUT*

A Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de *Burnout*) constitui um quadro bem definido, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. A exaustão emocional representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo. É considerado o traço inicial da síndrome e decorre principalmente da sobrecarga e do conflito pessoal nas relações interpessoais. A despersonalização é caracterizada pela instabilidade emocional do profissional, que passa a tratar pacientes e colegas como objetos. Trata-se de um aspecto fundamental para caracterizar a síndrome de estafa (*Burnout*), já que suas outras características podem ser encontradas nos quadros depressivos em geral. Por fim, a ineficácia (ou sentimento de incompetência) revela uma autoavaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A definição mais divulgada de *Burnout* compreende este fenômeno como uma síndrome psicológica, decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam cuidados e/ou assistência (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Existe um consenso entre os autores sobre a importância do papel desempenhado pelo trabalho, assim como da dimensão social, relacional da síndrome. Também concordam que os profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, assistindo-as, ou como

responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento do *Burnout* (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O significado do modelo tridimensional de análise do *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e ineficácia) é que ele claramente posiciona a experiência de estresse individual em um contexto social. O que vem sendo distinto sobre o *Burnout* (em oposição a outros tipos de reações de estresse) é a moldura interpessoal do fenômeno.

A estafa profissional pode ser observada em todas as profissões, principalmente naquelas que envolvem altos níveis de estresse, tais como controladores de tráfego aéreo, bombeiros e, particularmente profissionais da área de saúde, como os médicos e enfermeiros (LAUTERT, 1997; MASLACH, 1998).

A terapia intensiva é uma especialidade particularmente estressante por diversas razões, dentre elas a maior exposição à morte e o conflito entre o objetivo de cura, para o qual os profissionais são treinados. O trabalho diário dos profissionais em UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos.

Em estudo sobre trabalho e saúde mental de médicos intensivistas de Salvador, estes apresentaram uma baixa média de idade e de tempo de trabalho em UTI. Observou-se também uma pequena participação do sexo feminino neste grupo de médicos. Constatou-se sobrecarga de trabalho, especialmente em regime de plantão. A prevalência de *Burnout* observada foi elevada. Os resultados apontaram uma prevalência de escore alto em uma das três dimensões do MBI de 63,4%. A prevalência de escore alto nas três dimensões do MBI foi de 7,4% e a prevalência de escore alto em cada uma das três dimensões analisadas separadamente foi de 47,6% de exaustão emocional, 24,7% de despersonalização e 28,4% de ineficácia. A prevalência de Síndrome de *Burnout* estava fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos intensivistas. Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 10,2 vezes mais *Burnout* que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) (BARROS ET AL, 2008; NASCIMENTO SOBRINHO ET AL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Estimar a prevalência da Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de *Burnout*) e de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) e fatores associados, em médicos, enfermeiros e fisioterapeutas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de uma grande cidade do Estado da Bahia.

3.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da Síndrome de *Burnout* e descrever as características sociodemográficas, ocupacionais, os hábitos de vida, as queixas de saúde e a morbidade referida, dos médicos intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia.
- Estimar a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores e os fatores associados em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia.
- Estimar a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia.
- Estimar a prevalência e os fatores associados da Síndrome de *Burnout*, em Fisioterapeutas trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva de uma grande cidade do Estado da Bahia.

4 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como um estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, exploratório, com trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas) de uma grande cidade do Estado da Bahia.

4.1 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO ESTUDADA

A cidade de Feira de Santana (BA), com uma população estimada em 627.477 pessoas, apresenta uma área territorial de 1.304,425 km² e densidade demográfica de 416,03 hab./km² (IBGE, 2017), considerada a segunda maior cidade do estado da Bahia. Possui nove hospitais, da rede pública e privada, de grande e médio porte, sendo que dois hospitais privados não participaram dessa pesquisa porquê suas UTI encontravam-se desativadas no período da coleta de dados.

Os sete hospitais estudados estão caracterizados da seguinte forma: um hospital geral público (referência em urgência e emergência), com duas UTI; um hospital estadual público (referência em atendimento pediátrico), com duas UTI; uma maternidade pública, com uma UTI; uma maternidade privada, com uma UTI; um hospital público/privado (referência em cardiologia), com uma UTI; e dois hospitais privados de grande porte, cada um com uma UTI. Totalizando nove Unidades de Terapia Intensiva na cidade.

A população estudada constou de todos os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva dos sete (07) hospitais que participaram do estudo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os trabalhadores que atuavam nas Unidades de Terapia Intensiva foram identificados junto ao Departamento de Recursos Humanos de cada unidade hospitalar que participou do estudo.

Os critérios de exclusão adotados foram: os profissionais que atuavam em terapia intensiva há menos de trinta dias, afastados por licença maternidade, por doença, por férias no momento da coleta de dados ou aqueles que desempenhavam atividade administrativa.

4.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2016, por meio da distribuição de um questionário validado, autoaplicável, individual e acompanhado de TCLE e carta de apresentação e justificativa da pesquisa. Os questionários foram entregues aos trabalhadores das UTI, checando-se os profissionais que devolveram os questionários respondidos pelos respectivos números de identificação (cada número de questionário correspondeu a um profissional pesquisado). Os profissionais estudados foram ainda contatados por telefone, pelos pesquisadores, buscando minimizar perdas e recusas.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado, validado, respondido pelos próprios profissionais e não identificado contendo sete blocos de questões: **1º bloco:** identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho; **2º bloco:** características do ambiente de trabalho percebidas pelos profissionais como nocivas à sua saúde - *Job Content Questionnaire* (JCQ); **3º bloco:** referente à qualidade de vida *WHOQOL-Bref*; **4º bloco:** queixas de doenças, para avaliar a situação global de saúde dos indivíduos, buscando identificar queixas e sintomas de alguns agravos à saúde, tais como, distúrbios do sono, distúrbios auditivos e visuais, alergias, infecções recorrentes, distúrbios gastrintestinais, dentre outros problemas de saúde mais comuns; **5º bloco:** Avaliação da Síndrome de Estafa Profissional dos trabalhadores através do nível de *Burnout* medido pelo MBI (*Maslach Burnout Inventory*); **6º bloco:** questões sobre doenças e acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida e um instrumento de triagem de uso abusivo de bebida alcoólica, (CAGE); e o **7º bloco:** questões sobre sofrimento mental, utilizando o *Self Reporting Questionnaire* - SRQ-20 (Apêndices).

O JCQ identifica dois importantes aspectos das situações de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador. A demanda psicológica refere-se à importância da atividade sobre o trabalhador em termos de controle do tempo para a realização das tarefas e dos conflitos sociais existentes. O controle sobre a tarefa refere-se à habilidade ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas e à oportunidade de participar das

decisões no ambiente de trabalho. O JCQ permite a construção de quadrantes baseados em combinações de aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades; baixa exigência (combinação de 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). (ARAÚJO, 1999).

Para a construção dos indicadores de demanda e de controle será realizado o somatório 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) será definida a mediana como ponto de corte. Com base nos pressupostos assumidos no modelo demanda controle, o trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle (alta exigência) será 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 serão consideradas situações de trabalho de exposição intermediária (ARAÚJO ET AL, 2003).

A versão do JCQ em português inclui 41 questões: 17 a respeito de controle sobre o trabalho (6 sobre habilidades e 11 sobre poder de decisão), 13 perguntas sobre demanda (8 sobre demanda psicológica e 5 sobre demanda física), e 11 perguntas sobre suporte social. Trinta e oito questões foram medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo e 4 = concordo fortemente) (ARAÚJO ET AL, 2003).

O Questionário *Maslach (Maslach Burnout Inventory)* é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam três dimensões fundamentais da síndrome (exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização), divididos em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6. Desta maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional (MASLACH, 1998).

A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito. As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach (MASLACH, 1998).

Para exaustão emocional, pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuação igual ou maior que 13 indica nível alto, de 7 a 12 moderado e menor que 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 maior ou igual a 39, baixo (MASLACH, 1998).

Na literatura não há consenso para a interpretação do Questionário de *Maslach*, descrevem-se os resultados segundo os critérios de Ramirez e de Grunfeld. Ramirez define estafa profissional pela presença das três dimensões em nível grave, enquanto Grunfeld aceita a presença de um em nível grave independente de qual seja, para o diagnóstico da síndrome (TUCANDUVA ET AL, 2006).

Neste estudo foi definida a Síndrome de *Burnout* segundo os critérios de Grunfeld que caracterizam a estafa profissional como a presença de pelo menos uma das dimensões em nível alto (TUCANDUVA ET AL, 2006).

No *Self Reporting Questionnaire* – SRQ-20, desenvolvido por Harding, et al (1980), sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado para utilização no Brasil por Mari e Willians (1986), foram observadas sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Estudos internacionais encontraram sensibilidade e especificidade variando de 62,9% a 99% e 44% a 95%, respectivamente (WHO, 1994). A versão mais utilizada em estudos de base populacional é composta por 20 questões: 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais (SRQ-20). As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido por Mari e Willians (1986) para a suspeição de Distúrbio Psíquico Menor é o de 07 respostas positivas.

4.4 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS

Uma dupla digitação dos dados coletados foi realizada utilizando o programa Epidata for Windows versão 3.1, com a finalidade de corrigir possíveis erros/inconsistências e para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 20.0, disponibilizado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS).

Para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação foi realizada uma dupla digitação dos dados coletados utilizando o programa EpiData for Windows versão 3.1, com a finalidade de corrigir possíveis erros/inconsistências e para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 20.0, disponibilizado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Uma análise de associação foi realizada entre as variáveis independentes, idade, sexo, carga horária semanal de plantão, carga horária semanal de trabalho, renda mensal, inserção de trabalho (assalariado setor público e privado, prestação de serviço), consumo de bebida alcoólica, uso de tabaco, praticar atividade física, Baixa Exigência (JCQ), Alta Exigência (JCQ) com os resultados do MBI e do SRQ-20, adotados como variáveis dependentes. A Razão de Prevalência (RP) foi usada para medir as associações entre as variáveis estudadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), Parecer nº 1.355.188, CAAE nº 49119315.4.0000.0053 (Apêndices), cumprindo as determinações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo CEP foi enviado para os sujeitos da pesquisa, junto com o questionário, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações (Apêndices).

O estudo contou com o apoio da Sociedade de Terapia Intensiva (SOTIBA/AMIB), Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) (Anexos).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 01

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTAS

5.2 ARTIGO 02

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO PSÍQUICO MENOR E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

5.3 ARTIGO 03

SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

5.4 ARTIGO 04

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS

5.1 ARTIGO 01

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS



Gabriella Bené Barbosa <gbenebarbosaster@gmail.com>

Artigo Submetido - Revista Brasileira de Medicina do Trabalho

1 mensagem

RBMT - GNPapers <gnpapers@gnpapers.com.br>

30 de maio de 2019 12:41

Responder a: revista@anamt.org.br

Para: GABRIELLA BENÉ BARBOSA <gbenebarbosaster@gmail.com>

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO

Prezad@ GABRIELLA BENÉ BARBOSA

Informamos que o artigo 451 - Prevalência da Síndrome de Burnout em médicos intensivistas foi recebido e será analisado pelo Corpo Editorial da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.

Para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito, cite o número do artigo apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Elizabeth Costa Dias

Prof. Frida Marina Fischer

Editores chefes - Revista Brasileira de Medicina do Trabalho

Publicação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho

E-mail: revista@anamt.org.br

»»» Enviado por GNPapers - Esta é uma mensagem automática - Por favor não responda este email »»»

Prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas

Gabriella Bené Barbosa
Enéias Ribeiro Oliveira
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

RESUMO

Introdução: os médicos intensivistas, na sua atividade profissional, estão expostos a diversos fatores estressores, tornando-os vulneráveis à Síndrome de Burnout. **Objetivo:** estimar a prevalência da Síndrome de Burnout e descrever as características sociodemográficas, ocupacionais, os hábitos de vida e queixas de saúde dos médicos intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia, Brasil. **Método:** estudo epidemiológico, descritivo, populacional, com 52 médicos intensivistas. Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos, características do trabalho, hábitos de vida, queixas de saúde e a Síndrome de Burnout por meio do Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** predominou intensivistas jovens, do sexo masculino, em união estável, pós-graduados, com renda mensal superior a 10.000,00, principais vínculos de trabalho como pessoa jurídica e cooperativado, jornada de trabalho semanal superior a 54 horas, plantões noturnos de 12-24 horas e possuir outra atividade de trabalho que não a de intensivista. A maioria informou fazer uso de bebida alcoólica. Os médicos referiram a rinite/sinusite, lombalgia, distúrbios do sono, varizes, hipercolesterolemia e hipertensão como queixas de saúde mais frequentes. A prevalência da Síndrome de Burnout foi de 47,9%. **Conclusões:** observou-se elevada prevalência de Burnout, múltiplos vínculos laborais, elevada carga horária de trabalho semanal e de plantão noturno entre os médicos estudados. Os resultados encontrados estimulam a continuidade das investigações sobre os fatores relacionados à Síndrome de Burnout nesse grupo ocupacional.

Palavras-chave: 1. *Burnout*; 2. Médicos; 3. Unidades de Terapia Intensiva.

Prevalence of *Burnout* Syndrome in intensivist physicians

ABSTRACT

Background: intensive physicians in their professional management are exposed to risk factors, making themselves vulnerable to Burnout Syndrome. **Aims:** to estimate the Burnout Syndrome and to describe the sociodemographic, occupational characteristics, life habits and health complaints of intensive care physicians from a large city in Bahia, Brazil. **Method:** descriptive, population epidemiological study with 52 intensive care physicians. A self-rated questionnaire assessed sociodemographic data, job characteristics, lifestyle, health complaints, and a Burnout Syndrome using the Maslach Burnout Inventory (MBI). **Results:** predominantly young intensivists, male, in stable union, postgraduates, with a monthly income of more than 10,000.00, main working relationships as a legal entity and cooperative, weekly working hours over 54 hours, night shifts of 12 -24 hours and have a work activity other than intensive work. Most reported making use of alcohol. Doctors refer to sinusitis, low back pain, sleep disorders, high cholesterol, and hypertension that are more common. The prevalence of Burnout Syndrome was 47.9%. **Discussion:** it was observed a high prevalence of burnout, multiple laboratory work,

weekly workload and nocturnal planting among the studied physicians. The results found are a continuation of the investigations about the aspect related to Burnout Syndrome in this occupational group.

Keywords: 1. Burnout; 2. Physicians; 3. Intensive Care Units

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a globalização da economia, as grandes mudanças sociais, econômicas e políticas têm levado a uma reconfiguração do mundo do trabalho afetando diretamente a vida e a saúde dos trabalhadores¹. Na área da saúde vêm sendo observadas alterações na prática do trabalho médico, no poder de decisão, na relação médico-paciente, no prestígio e no status dispensado a esses profissionais.

Carlotto e Câmara² afirmaram que essa nova configuração do trabalho pode se associar a alguns agravos à saúde com crescente prevalência, tais como, os transtornos mentais comuns e a Síndrome de Burnout.

A terapia intensiva é uma especialidade particularmente estressante por diversas razões, em especial, por lidar com o sofrimento e a morte cotidianamente. O trabalho exige conhecimento técnico qualificado, muita atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando, ao longo dos últimos anos³.

A atuação do médico é primordial na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Porém, a sua rotina laboral é marcada pelo estresse, devido à elevada carga horária de trabalho, à realização de muitos procedimentos de alto risco e ao convívio constante com o sofrimento, dor, e morte de pacientes. O grande número de pacientes sobre a sua responsabilidade e, em algumas situações, insuficiência de recursos materiais, são fatores que podem desencadear desgaste físico e mental¹.

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, a qual 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. A concepção mais

divulgada do Burnout compreende este fenômeno como uma síndrome sócio psicológica, decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais, cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam cuidados e/ou assistência².

A Síndrome de Burnout consiste no esgotamento profissional, decorrente da exposição excessiva a problemas interpessoais crônicos no ambiente laboral, constituindo-se de três dimensões: (1) exaustão emocional, representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo, considerado o traço inicial da síndrome e decorre principalmente da sobrecarga e do conflito nas relações interpessoais; (2) despersonalização, que diz respeito ao desenvolvimento de uma conduta fria e insensível, carregada de hostilidade, intolerância e impessoalidade; e a (3) ineficácia, que consiste no sentimento de baixa autoestima e baixa realização profissional, isto porque os portadores da síndrome, em regra, costumam achar que não conseguem alcançar os seus objetivos profissionais⁴.

Alguns fatores podem potencializar o desenvolvimento do Burnout, como: individuais (idade, gênero, nível educacional, locus de controle, tipo de personalidade); organizacionais (burocracia, normas, mudanças, comunicação); do trabalho (sobrecarga, tipo de ocupação, tempo de profissão, suporte organizacional); e sociais (suporte social, familiar e cultura)².

Com relação à prevalência do Burnout em médicos intensivistas, existem poucos estudos na literatura nacional e internacional sobre esse tema. Dessa forma, a lacuna existente justifica a realização desta investigação.

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência da Síndrome de Burnout e descrever as características sociodemográficas, ocupacionais, os hábitos de vida, as queixas de saúde e a morbidade referida, dos médicos intensivistas de uma grande cidade do estado da Bahia.

MÉTODOS

O presente trabalho é um recorte do Projeto intitulado “Saúde Mental de Trabalhadores Intensivistas de uma Grande Cidade do Estado da Bahia”, desenvolvido por pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, com todos os médicos trabalhadores de UTI da cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Município considerado a

segunda maior cidade do estado, com uma área territorial de 1.304,425 km² e uma população de 622.639 habitantes de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵.

Feira de Santana possui nove hospitais, dos quais, sete com UTI: um hospital geral público com duas UTI; um hospital estadual público com duas UTI; uma maternidade pública, com uma UTI; uma maternidade privada, com uma UTI; um hospital público/privado com uma UTI; e dois hospitais privados de grande porte, cada um com uma UTI. Trabalhavam nestes hospitais 52 médicos que consentiram em participar do estudo. Ressalta-se que alguns médicos intensivistas têm inserção ocupacional em mais de um hospital.

Na coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável, não identificado, composto por nove blocos de questões: identificação geral; informações gerais sobre o trabalho; características psicossociais do trabalho; síndrome de estafa profissional; qualidade de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde; hábitos de vida e padrão de sono e fatores de estresse na UTI.

O questionário e o TCLE foram entregues pelos pesquisadores a cada profissional das unidades, marcando-se com os trabalhadores o local e a hora da devolução. Os profissionais que não devolviam o questionário na data agendada foram contatados por telefone, buscando-se minimizar perdas. Os questionários foram devolvidos em envelopes lacrados para garantir o sigilo e a confidencialidade. A coleta dos dados foi realizada de julho a novembro de 2016.

Para identificação da Síndrome de *Burnout* foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões da síndrome, divididas em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6, sendo 0 para “nunca”, 1 para “quase nunca”, 2 para “algumas vezes ao ano”, 3 para “algumas vezes ao mês”, 4 para indicar “algumas vezes na semana”, 5 para “diariamente” e 6 “sempre”, possibilitando descrever de forma independente, cada uma das dimensões. A exaustão profissional é avaliada por nove (09) itens, a despersonalização por cinco (05) e a realização pessoal por oito (08). Para exaustão emocional, uma pontuação ≥ 27 indica alto nível; de 17 a 26 indica nível moderado; e menor que 16 indica nível baixo. Para despersonalização, pontuações ≥ 13 indicam alto nível, 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 alto nível, de 32 a 38 nível moderado e ≥ 39 , baixo.

Por não haver consenso na literatura para a interpretação da escala MBI os resultados foram descritos segundo os critérios de Grunfeld, sinalizados por Tucunduva et al⁶, que

caracterizou como estafa profissional, a presença de pelo menos uma das três dimensões em nível alto.

Uma dupla digitação dos dados coletados foi realizada utilizando o programa *Epidata for Windows* versão 3.1, com a finalidade de corrigir possíveis erros/inconsistências. Após esta etapa, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 20.0, disponibilizado pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS).

Os dados coletados foram analisados por meio da estatística descritiva calculando-se a média e o desvio padrão das variáveis contínuas e a frequência absoluta e relativa (porcentagem) das variáveis categóricas. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), Parecer nº 1.355.188, CAAE 49119315.4.0000.0053, cumprindo, dessa forma, as determinações da Resolução 466/201212.

RESULTADOS

O estudo investigou 52 médicos intensivistas, na cidade de Feira de Santana, Bahia, durante o ano de 2016, representando assim, 75,4% da população elegível. Dos 69 médicos inicialmente elegíveis, 17 não aceitaram participar do estudo, sendo caracterizados como recusas.

Houve predomínio do sexo masculino 63,5% (33), a média da idade foi de $37,4 \pm 9,9$ anos, se autodeclararam brancos 44,2% (23), casados e em união estável ou consensual 59,6% (31) e que não possuíam filhos 51,9% (27). Em relação à qualificação desses profissionais, 75,0% (39) possuíam pós-graduação, dos quais, 48,1% (25) com título de especialista, porém, apenas 28,0% (07) em Terapia Intensiva. Entre os entrevistados 50,0% (26) informaram apresentar renda mensal de 10.001 a 20.000 reais, porém 86,5% (45) dos pesquisados recebem mensalmente mais que 10.001,00 (Tabela 01).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos médicos intensivistas de Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características sociodemográficas dos médicos intensivistas	N*	(%)
Sexo	52	100,0
Masculino	33	63,5
Feminino	19	36,5
Faixa Etária	52	100,0
26 a 36 anos	30	57,7
37 a 47 anos	13	25,0
48 a 58 anos	06	11,5
> 58 anos	03	5,8
Situação Conjugal	52	100,0
Solteiro	19	36,5
Casado/união estável/consensual	31	59,6
Separado/divorciado/desquitado/viúvo	02	3,9
Cor da Pele	52	100,0
Branca	23	44,2
Parda	22	42,3
Preta	06	11,5
Não sabe	01	2,0
Filhos	52	100,0
Não	27	51,9
Sim	25	48,1
Possui Pós-Graduação	52	100,0
Não	13	25,0
Sim	39	75,0
Renda Mensal	52	100,0
3.001,00 – 6.000,00	01	2,0
6.001,00 – 10.000,00	06	11,5
10.001,00 – 20.000,00	26	50,0
≥ 20.000,00	19	36,5

*Respostas válidas excluídas as ignoradas

Em relação ao vínculo de trabalho, o principal tipo foi como pessoa jurídica 55,1% (27), seguido dos cooperativados 40,8% (20), somando assim, 95,9% (47) dos pesquisados. Em relação à jornada de trabalho, 78,8% (41) apresentavam jornada semanal de trabalho superior a 54 horas, porém, 58,0% (29) informaram dedicar menos de 36 horas semanais em UTI. Ainda em relação às características do trabalho, 88,2% (45) dos pesquisados referiram possuir outra atividade de trabalho, que não a de intensivista e 42,3% (22) habitualmente vinham de outro trabalho. Os plantões noturnos de 12-24 horas foram os mais frequentes entre os intensivistas totalizando 86,0% (37), como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Características do trabalho dos médicos intensivistas de Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características do trabalho dos médicos intensivistas	N*	(%)
Jornada total semanal de trabalho médico (h)	52	100,0
≤ 54	11	21,2
> 54	41	78,8
Carga horária semanal de trabalho em UTI (h)	50	100,0
≤ 36	29	58,0
> 36	21	42,0
Carga horária semanal de plantão noturno em UTI	43	100,0
12h – 24h	37	86,0
36h – 96h	06	14,0
Atividade de trabalho fora da UTI	51	100,0
Não	06	11,8
Sim	45	88,2
Trabalho antes do seu plantão em UTI	52	100,0
Nunca	09	17,3
Raramente	21	40,4
Frequentemente	14	26,9
Sempre	08	15,4
Vínculo de trabalho atual	49	100,0
Pessoa Jurídica	27	55,1
Cooperativado	20	40,8
Prestador de Serviço	02	4,1

*Respostas válidas excluídas as ignoradas

Com relação aos hábitos de vida, 65,4% (34) relataram realizar algum tipo de atividade física. Destes, 73,5% (25) praticavam atividades de 02 a 04 vezes na semana. Informaram não serem tabagistas 84,6% (44) e fazer uso de bebida alcoólica 55,8% (29), como descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Hábitos de vida dos médicos intensivistas de Feira de Santana, Bahia, 2016.

Hábitos de vida dos médicos intensivistas	N*	(%)
Beber	52	100,0
Não	23	44,2
Sim	29	55,8
Fumar	52	100,0
Nunca fumou	44	84,6
Ex-fumante	04	7,7
Fuma até 04 cigarros por dia	01	1,9
Outras respostas	03	5,8
Pratica atividade física	52	100,0
Não	18	34,6
Sim	34	65,4
Frequência semanal da atividade física	34	100,0
Uma vez por semana	05	14,7
02 a 04 vezes por semana	25	73,5
> 04 vezes por semana	04	11,8

*Respostas válidas excluídas as ignoradas

A prevalência da Síndrome de *Burnout*, quando considerado o nível alto em pelo menos uma das três de dimensões, foi de 47,9%. Foram observados níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia, 44,0%, 15,4% e 10,0% respectivamente.

O estudo revelou elevada prevalência para as seguintes queixas de saúde: rinite/sinusite 41,2% (21), lombalgia 27,5% (14), distúrbio do sono e varizes 25,5% (13) respectivamente, hipercolesterolemia 21,6% (11), gastrite 21,6% (11), hipertensão 11,8% (06), LER/DORT 9,8% (05) e depressão 9,8% (05), como apresentado no Tabela 4.

Tabela 4 – Queixas e morbidades referidas pelos médicos intensivistas de Feira de Santana, Bahia, 2016.

Queixas e morbidades referidas	N	(%)
Lombalgia	52	100,0
Sim	14	27,5
Não	38	72,5
Distúrbio do sono	52	100,0
Sim	13	25,5
Não	39	74,5
Rinite/Sinusite	52	100,0
Sim	21	41,2
Não	32	58,8
Varizes	52	100,0
Sim	13	25,5
Não	39	74,5
Gastrite	52	100,0
Sim	11	21,6
Não	41	78,4
Colesterol alto	52	100,0
Sim	11	21,6
Não	41	78,4
Alergia Eczema	52	100,0
Sim	07	13,7
Não	45	86,3
Hipertensão	52	100,0
Sim	06	11,8
Não	46	88,2
Depressão	52	100,0
Sim	05	9,8
Não	47	90,2
LER/DORT	52	100,0
Sim	05	9,8
Não	47	90,2
Obesidade	52	100,0
Sim	04	7,8
Não	48	92,2
Hérnia de disco	52	100,0
Sim	03	5,9
Não	49	94,1

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram semelhantes aos obtidos por Tironi et al⁷ em trabalho que estudou médicos intensivistas em cinco capitais brasileiras que encontrou um perfil semelhante ao do presente estudo, divergindo apenas no quesito sexo e possuir ou não filhos.

Observou-se elevada carga horária semanal de trabalho e de plantão noturno entre os médicos estudados, resultado semelhante ao encontrado por Tironi et al⁷. O aumento das exigências no trabalho pode levar o profissional a diminuir o contato com o paciente e isso pode repercutir diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.

Leiter, Bakker e Maslach⁸, em seu estudo sobre *Burnout* no trabalho: uma perspectiva psicológica, descreveram que não assistir TV/Cinema e não dormir nos horários livres, também foram preditores para a ocorrência da síndrome, sendo explicado pela excessiva carga horária dedicada ao trabalho, que por sua vez, reduz o tempo livre para realizar atividades de esporte, lazer e de cuidados pessoais, contribuindo para elevar a prevalência de *Burnout*.

Com essa sobrecarga de trabalho e elevado nível de estresse, os médicos intensivistas, além de desenvolverem a Síndrome, desenvolvem outros problemas de saúde, como: hipertensão, distúrbio do sono, distúrbios gastrointestinais, alterações posturais, dentre outros^{9,10}.

O presente estudo apontou uma elevada prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos intensivistas estudados. Conforme a literatura, a prevalência é maior em certas profissões, especialmente entre os profissionais de saúde^{11,12}, o que corrobora com o resultado encontrado.

A medicina intensiva possui estressores específicos, como lidar diretamente com a morte, tomar decisões rápidas e ter controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares. O médico intensivista necessita ainda de elevada qualificação profissional, elevado nível de atenção e atualização técnica e científica^{9,10}.

O *Burnout* é um fenômeno multifatorial, visto que se trata de uma combinação de características pessoais, do tipo de atividade realizada e das condições onde o trabalho é realizado¹³. Esta síndrome pode ser considerada um problema de saúde ocupacional produzindo implicações tanto para os profissionais, como para os familiares, pacientes e organizações¹².

Analisadas separadamente, a dimensão mais frequente foi a exaustão emocional, com uma prevalência de 44,0%. Essa dimensão é entendida como uma reação às exigências do trabalho, podendo estar relacionada à sobrecarga laboral que pode ser tanto física quanto emocional, sendo considerada como um dos gatilhos para a ocorrência da Síndrome⁷.

A despersonalização foi a segunda dimensão mais afetada com uma prevalência de 15,4% e, por último, a ineficácia 10,0%, esses resultados foram semelhantes às prevalências encontradas em outro estudo com médicos intensivistas⁷.

De acordo com Arora¹⁰, a despersonalização se caracteriza por atitudes frias e negativas, com a adoção de um comportamento depreciativo em relação às pessoas diretamente envolvidas com o trabalho. O trabalhador passa, inclusive, a ser cínico e irônico com os receptores do seu trabalho.

A mesma autora caracteriza a dimensão ineficácia como perda da autoconfiança, sensação de fracasso levando a uma sensação de baixa realização pessoal e no trabalho. A ineficácia foi observada em 10,0% da população estudada. É importante destacar que esta dimensão é considerada como a última reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho⁷.

No estudo de Gisbert, Los Fayos e Montesinos¹⁴, em fisioterapeutas espanhóis, foi observada uma prevalência de 35,3% de exaustão emocional, 21,3% de despersonalização e 19,4% de ineficácia, e no estudo sobre as inter-relações dos estilos de enfrentamento e o desgaste profissional em fisioterapeutas de Nowakowska-Domagala et al¹⁵, foi encontrada uma prevalência de 17,0% de exaustão emocional, 16,0% de despersonalização e 15,0% de ineficácia na amostra estudada.

Os médicos pesquisados informaram elevada frequência de queixas relacionadas à saúde mental, problemas posturais e queixas somáticas. Nascimento Sobrinho et al¹⁶, em estudo sobre as condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Bahia, encontraram prevalência elevada de sofrimento mental e queixas posturais, sugerindo que as características tradicionais e atuais do trabalho médico podem contribuir para o adoecimento desses trabalhadores. Barros et al¹⁷ em estudo sobre a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Salvador, Bahia, obteve prevalências semelhantes às queixas de saúde obtidas nesse estudo.

Dessa forma, os resultados encontrados podem estar associados às especificidades do trabalho médico, e em especial, do médico intensivista que possui uma rotina laboral marcada pelo estresse, entre outros fatores que podem ocasionar desgaste físico e mental¹⁷.

O presente trabalho tem o mérito de ser um estudo populacional e assim, poder analisar todas as pessoas do grupo estudado. Porém, possui algumas limitações, pois, por se tratar de um estudo de prevalência está sujeito ao efeito do trabalhador sadio, assim, médicos com diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, podem ter sido afastados de suas funções ou mesmo excluídos da força de trabalho ativa, não sendo alcançados nesse estudo. Outra limitação é o fato de ser utilizado questionário autoaplicável, pois, o entrevistado pode não responder a todas as questões formuladas, dificultando o controle das perdas de dados. Por fim, vale ressaltar a

importância de análise de associação que poderia ter sido realizada apontando associações entre as variáveis estudadas (características sociodemográficas, do trabalho e hábitos de vida) e a Síndrome de Burnout.

CONCLUSÃO

O presente estudo apontou elevada prevalência da Síndrome de *Burnout*. Os médicos estudados são predominantemente jovens e do sexo masculino e referiram múltiplas inserções, elevada carga horária de trabalho e excesso de trabalho em regime de plantão noturno.

As medidas que podem ser adotadas devem ser refletidas no sentido de modificar as condições de trabalho observadas, considerando que a UTI é um ambiente em que o médico está constantemente exposto a fatores estressores, principalmente relacionados ao fato de cuidar de pacientes graves com risco iminente de morte. As condições de trabalho e saúde observadas apontam para a necessidade de mudanças nesse ambiente laboral e nos desperta à reflexão sobre o foco das mudanças nos processos de trabalho, contemplando o trinômio saúde-trabalho-trabalhador, em toda sua complexidade, vislumbrando uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Os resultados encontrados estimulam a continuidade das investigações sobre os fatores relacionados à prevalência da Síndrome de *Burnout* nesse grupo ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Costa KJT, Silva DS, Portoc AOS, Pinheirod FGMS, Souza GMR, Bonfim NSC, Nogueira EEF, Araújo DC. Qualidade de vida de médicos intensivistas: um estudo transversal. *Revista Atenção em Saúde, São Caetano do Sul*, v. 15, n. 54, p. 44-48, out./dez. 2017. DOI 10.13037/ras.vol15n54.4792. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/4792/pdf. Acesso em: 21 out 2018.
2. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/1461/3035>. Acesso em: 19 de novembro 2018.
3. Santos CLC, Nascimento Sobrinho CL, Barbosa GB. Síndrome de burnout em fisioterapeutas: uma revisão sistemática. *Rev Pesq Fisio*. 2017;7(1):103-14. doi:10.17267/2238-2704rpf.v7i1.1099.
4. Holanda Júnior PHD, Alencar FS, Nobre JDOCO. Trabalho médico nas unidades de terapia intensiva (UTI's) e a propensão ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos. *Id on Line Revista de Psicologia*, 2018; v. 12, n. 41, p. 39-51. Acesso em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1198/1852>. Acesso em: 29 jul. 2018.

5. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2910800> Acesso em: 03 fevereiro de 2017. Censo Demográfico 2017. 2017; Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidad>.
6. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, Vince FAH, Samano EST, Gonçalves MS, Giglio AD. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):108-12. doi: 10.1590/S0104-42302006000200021.
7. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DF, Matos MA, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas de Cinco Capitais Brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, jul./set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2016000300270&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 nov. 2018.
8. Leiter MP, Bakker AB, Maslach C. *Burnout no trabalho: uma perspectiva psicológica*. Nova Iorque: Psychology Press, 2014.
9. Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008. DOI 10.1590/S0103-507X2008000300009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.
10. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, v. 25, n. 6, p. 491-495, 2013. DOI 10.1093/heapol/czh031.
11. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High Level of Burnout in Intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v 175, n. 7, p. 686-692, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>.
12. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 1, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-26>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000100020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.
13. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT (org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 21-91.
14. Gisbert MFS, Los Fayos EJG, Montesinos MDH. Burnout em fisioterapeutas Espanhóis. *Psicothema*. 2008;20(3):361-8.
15. Nowakowska-Domagala K, Jablkowska-Górecka K, Kostrzanowska-Jarmakowska L, Morteń M, Stecz P. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(24):e906. doi: 10.1097/ MD.0000000000000906.
16. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(2): 97-102.
17. Barros DS, Tironi MO, Nascimento Sobrinho C, Neves FS, Bitencourt AG, 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*. 2008; 20(3):235-40.

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO PSÍQUICO MENOR E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

DOI: 10.18971/1666-577.10091

1
Original Article

PREVALENCE OF MINOR PSYCHIC DISORDERS AND FACTORS ASSOCIATED WITH INTENSIVE NURSES

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO PSÍQUICO MENOR E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

PREVALENCIA DE DISTURBIO PSÍQUICO MENOR Y FACTORES ASOCIADOS EN ENFERMEROS INTENSIVISTAS

Deise dos Santos Silva Nascimento⁴
Gabriella Brás Barbosa¹
Cleide Lucilla Caraciro Santos³
Davi Félix Martins Júnior²
Carliete Lopes Nascimento Sobrinho¹

How to cite this article: Nascimento DS, Barbosa GB, Santos CLC, Martins Júnior DF, Nascimento Sobrinho CL. Prevalence of Minor Psychic Disorders and factors associated with intensive nurses. *Rev bras enferm.* 2019;72:e2019091.

Objective: to address the prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in intensive care nurses. **Method:** cross-sectional, census-based, exploratory study conducted in nine Intensive Care Units of seven hospitals in a large city in the interior of Bahia, Brazil, from July to November, 2016. A validated, self-administered and unidentifiable questionnaire was used. **Result:** it was observed an association with variables: age and total workload; workload, night shift, double board, and type of Intensive Care Unit; and alcohol consumption. **Conclusion:** the prevalence estimated was 24.69%, with a high prevalence of Minor Psychiatric Disorders in the study population.

Descriptors: Mental Suffering, Nurses, Intensive Care Unit.

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros intensivistas. **Método:** estudo de corte transversal, censitário, exploratório, realizado em nove Unidades de Terapia Intensiva de sete hospitais de uma grande cidade do interior da Bahia, Brasil, no período de julho a novembro de 2016. Utilizou-se um questionário validado, autoaplicável e não identificável. **Resultado:** observou-se associação com as variáveis: idade, carga horária total de trabalho, carga horária de trabalho, plantão noturno, duplo vínculo e tipo de Unidade de Terapia Intensiva, e consumo de álcool. **Conclusão:** a prevalência estimada foi de 24,69% com elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores na população estudada.

Descritores: Sofrimento Mental, Enfermeiros, Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Nurse, Master in Professional Nursing, Instituto de Estudos de Saúde, Feira de Santana, Bahia, Brazil. dbbras@ufes.br

² Doctoral student, Master of Public Health, Instituto de Estudos de Saúde, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

³ Psychiatric Nurse, Master of Public Health, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

⁴ Coordinator, Center of Medicine and Health, Adjunct Professor, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

⁵ Physician, Center of Medicine and Health, Full Professor, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

PREVALÊNCIA DE DISTÚRPIO PSÍQUICO MENOR E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

Deise dos Santos Silva Nascimento¹

Gabriella Bené Barbosa²

Cleide Lucilla Carneiro Santos³

Davi Félix Martins Júnior⁴

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁵

Como citar este artigo: Nascimento DSS, Barbosa GB, Santos CLC, Martins Júnior DF, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de Distúrbio Psíquico Menor e fatores associados em enfermeiros intensivistas. Rev baiana enferm. 2019;33:e28091.

Objetivo: estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros intensivistas. **Método:** estudo de corte transversal, censitário, exploratório, realizado em nove Unidades de Terapia Intensiva de sete hospitais de uma grande cidade do interior da Bahia, Brasil, no período de julho a novembro de 2016. Utilizou-se um questionário validado, autoaplicável e não identificado. **Resultados:** observou-se associação com as variáveis: idade, carga horária total de trabalho; carga horária de trabalho, plantão noturno, duplo vínculo e tipo de Unidade de Terapia Intensiva; e consumo de álcool. **Conclusão:** a prevalência estimada foi de 24,6% com elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores na população estudada.

Descritores: Sofrimento Mental. Enfermeiros. Unidades de Terapia Intensiva.

Introdução

As condições de trabalho configuram-se como um dos fatores determinantes da situação de saúde dos trabalhadores, podendo contribuir para o seu fortalecimento ou a sua deterioração. Com o aumento da competitividade no mundo contemporâneo, o ambiente de trabalho passou a ser identificado como um local de muitas exigências laborais e desencadeador de intenso desgaste físico e mental dos trabalhadores⁽¹⁾.

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem Profissional. Feira de Santana, Bahia, Brasil. deiseflits@hotmail.com

² Cirurgiã-Dentista. Mestra em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

³ Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

⁴ Geógrafo. Doutor em Medicina e Saúde. Professor Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

⁵ Médico. Doutor em Medicina e Saúde. Professor Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

O trabalho em saúde, considerado parte do setor de serviços, é uma atividade da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. É organizado com base em uma crescente divisão técnica e hierárquica, que implica na fragmentação do processo de trabalho⁽²⁾. Por isso, o serviço de enfermagem desempenha papel fundamental nas unidades de saúde.

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis pela coordenação da equipe de enfermagem, organizando e gerenciando os cuidados prestados aos pacientes. Além dessas funções, é privativo dos enfermeiros a prestação de assistência direta aos pacientes que demandam cuidados intensivos⁽³⁻⁴⁾. Nesse contexto, os enfermeiros vivenciam o desafio de implementar uma prática de trabalho de natureza gerencial-assistencial.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) podem ser apontadas como um dos ambientes mais exaustivos e tensos do hospital. Caracteriza-se pela exposição ao desgaste físico e emocional, decorrente da convivência diária com a angústia e o sofrimento dos clientes e familiares e ainda por maior exposição dos profissionais a desgastes mentais⁽⁴⁾.

O trabalho dos enfermeiros intensivistas, fundamental para a qualidade da assistência prestada, tem como objeto de trabalho uma clientela complexa, que exige um ritmo de trabalho intenso, permeado de situações imprevistas e conflitantes, agilidade nas tomadas de decisões e um cuidado livre de danos, além de contato constante com situações de sofrimento e morte de seres humanos⁽⁵⁾.

Esses profissionais enfrentam diversas dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência, à insegurança secundária ao alto risco de complicações e mortes, à alta demanda do processo de trabalho associada ao ambiente laboral, à baixa remuneração e à carga horária excessiva. Essas situações podem ter repercussões diretas sobre a saúde, refletindo na qualidade da assistência prestada ao usuário e no desenvolvimento do sofrimento psíquico⁽⁶⁻⁷⁾.

O aumento dos agravos relacionados ao trabalho, entre os quais os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), ganha cada vez mais repercussão entre os trabalhadores de saúde, caracterizando-se como um problema de saúde pública⁽⁸⁾. A expressão Distúrbio Psíquico Menor foi criada para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, mas constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho⁽⁹⁾. Os DPM, entre os trabalhadores da saúde, podem estar relacionados às jornadas prolongadas de trabalho, ao ritmo acelerado de trabalho, à insuficiência de pausas para descanso

ao longo do dia e à intensa responsabilidade sobre as tarefas executadas⁽¹⁰⁾. A elevada prevalência de DPM entre esses profissionais é revelada em alguns estudos⁽⁷⁻⁸⁾.

Dessa forma, este estudo apresenta como questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros intensivistas? Considerando os agravos à saúde que podem estar relacionados à atividade de trabalho no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros intensivistas.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, censitário, exploratório, realizado com enfermeiros intensivistas de nove UTI de hospitais públicos e privados de uma grande cidade do interior da Bahia, Brasil. Este estudo representa um recorte do projeto “Saúde Mental de Trabalhadores Intensivistas de uma Grande Cidade da Bahia”, com o apoio da equipe de pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Do total de hospitais da cidade, dois estavam com a UTI desativada no período da coleta de dados e, por isso, não participaram da pesquisa. Dos sete hospitais incluídos no estudo, alguns tinham mais de uma UTI.

Foram considerados elegíveis, todos os enfermeiros (n=85) que atuavam em terapia intensiva, cadastrados no setor de Recursos Humanos dos sete hospitais investigados. O critério de inclusão foi trabalhar em UTI há pelo menos seis meses, para evitar o viés de trabalhador saudável. Os critérios de exclusão foram: atuar em atividade administrativa, estar em gozo de férias, em licença médica ou licença maternidade.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2016, por meio da distribuição de questionário validado⁽⁹⁾, autoaplicável, não identificado, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário era composto de blocos buscando conhecer: o perfil sociodemográfico dos entrevistados; as informações gerais sobre o trabalho em UTI; o ambiente de trabalho; as atividades domésticas e os hábitos de vida, com questões para detectar o abuso no consumo de bebidas alcoólicas, utilizando o Teste CAGE e a realização de atividades de lazer. A saúde mental dos trabalhadores foi avaliada mediante a utilização do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para detecção de DPM.

O teste CAGE é um questionário padronizado, composto de quatro perguntas cuja denominação é derivada das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês:

Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (*Cut down?*); As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (*Annoying by criticism?*); Sente-se culpado pela maneira que costuma beber? (*Guiltier about drinking?*); Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (*Eye-opener drink?*). O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos tanto na sua versão em inglês como na versão em português. Os indivíduos com o escore ≥ 2 respostas positivas foram considerados positivos ao teste CAGE⁽⁹⁾.

A versão mais utilizada do SRQ-20 é composta por 20 questões (4 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais). As respostas são do tipo dicotômicas, “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido para a identificação de Distúrbio Psíquico Menor é o de 7 respostas positivas. O trabalhador que apresentou escore ≥ 7 respostas positivas foi considerado positivo e o que apresentou escore < 7 respostas positivas foi considerado negativo⁽¹¹⁾.

Um estudo piloto foi realizado em um dia do mês de junho de 2016, com dez enfermeiros trabalhadores de uma unidade de urgência de um hospital público do mesmo município, com a finalidade de verificar o tempo aproximado de preenchimento, a clareza do instrumento e a estratégia definida para a coleta de dados. Para o estudo principal, foi solicitada, das Direções dos hospitais, a lista dos trabalhadores que atuavam nas UTI e a distribuição desses entre os turnos de trabalho. Realizou-se ampla divulgação da pesquisa, por meio de cartazes e folhetos, para despertar o interesse da população alvo.

Os questionários, devidamente numerados, foram entregues aos profissionais nos respectivos locais de trabalho acompanhados do TCLE. Os pesquisadores esclareceram sobre os objetivos do estudo e as instruções gerais sobre o preenchimento. Os trabalhadores que consentiram em participar do estudo e assinaram o TCLE, preencheram o questionário no seu próprio local de trabalho.

Para atender ao trabalhador que, por razões relacionadas à dinâmica do serviço, não podia interromper suas atividades para o preenchimento do instrumento, em comum acordo com sua chefia, visando não causar transtornos, a pesquisadora voltava em outra ocasião para coletar os questionários respondidos. Durante a coleta, reuniões semanais foram realizadas com a equipe de pesquisadores para entrega e revisão dos questionários.

Foi realizada dupla digitação dos dados coletados no programa EpiData versão 3.1, para minimizar possíveis erros. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS®)

para a análise estatística. A análise descritiva dos dados foi realizada com o apoio do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e do desvio padrão das variáveis numéricas, referentes às características sociodemográficas, das condições de trabalho e da situação de saúde mental dos trabalhadores. Para a análise bivariada foi utilizada a razão de prevalência (RP) como medida de associação. Por se tratar de estudo populacional, não foram realizados cálculos de significância estatística⁽¹²⁾.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e aprovado com Parecer n. 1.355.188 / CAAE: 49119315.4.0000.0053, cumprindo as determinações da Resolução 466/2012⁽¹³⁾.

Resultados

Dos 85 enfermeiros inicialmente elegíveis, 5 não foram encontrados durante a coleta de dados e 15 recusaram-se a participar do estudo, constituindo uma população de 65 trabalhadores, representando 76,5% da população. Dentre os participantes, 45,8% trabalhavam em UTI adulto e 54,2% em UTI pediátrica ou neonatal.

Com relação às características sociodemográficas da população estudada, 90,8% eram do sexo feminino e 9,2% do sexo masculino; 62,9% apresentavam idade inferior a 34 anos. A média de idade encontrada foi de 33,9 anos, com desvio padrão de $\pm 6,3$. Em relação à situação conjugal, 44,4% eram casadas e 54,0% não tinham filhos. Com relação à formação acadêmica, 82,5% tinham especialização e 57,1% informaram renda entre R\$ 6.001,00 a R\$ 10.000,00 (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população de enfermeiros intensivistas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Características sociodemográficas dos enfermeiros intensivistas	n*	%
Sexo (N=65)		
Feminino	59	90,8
Masculino	6	9,2
Faixa etária (N=62)		
≤ 33 anos	39	62,9
34 anos ou mais	23	37,1
Situação conjugal (N=63)		
Solteiro	19	30,2
Casado	28	44,4
União estável	8	12,7
Divorciado(a)	8	12,7
Filhos (N=63)		
Não	34	54,0
Sim	29	46,0
Formação acadêmica (N=57)		
Especialista	47	82,5
Mestrado	4	7,0
Residência	5	8,8
Doutorado	1	1,8
Tipo de UTI (N=59)		
Adulto	27	45,8
Neonatal	21	35,6
Pediátrica	11	18,6
Renda mensal (N=63)		
≤ 3.000,00	13	20,6
3.001,00 – 6.000,00	36	57,1
6.001,00 – 10.000,00	20	31,7
10.001,00 – 20.000,00	1	1,6

Fonte: Elaboração própria.

* Respostas válidas: excluídas as ignoradas.

Quanto às características do trabalho, a maior parte dos enfermeiros informaram trabalhar em UTI há pelo menos seis anos (58,7%), relataram trabalho em regime de plantão nas unidades, com predominância maior de trabalhadores realizando plantões de 12 horas (51,6%). Entre os enfermeiros estudados, 62,3% informaram cumprir carga horária semanal de trabalho em UTI superior a 36 horas. Considerando todas as atividades que geram renda, a jornada total de trabalho ao longo da semana apresentou uma média de 54 horas semanais, sendo 48,3% correspondentes à jornada semanal de trabalho, que é superior a 54 horas, e 51,7% tem jornada menor que 54 horas semanais.

Em relação ao plantão noturno, 71,4% trabalhavam no regime de plantão de 12-24 horas. O tipo de vínculo de trabalho mais frequente era como assalariado no setor privado 53,1%. Informaram ter outro vínculo de trabalho 63,5% dos participantes e 61,0% referiram assumir o plantão na UTI vindos de outra atividade de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2 – Características do trabalho da população de enfermeiros intensivistas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Características funcionais dos enfermeiros intensivistas	n*	%
Tempo que trabalha em UTI (N=63)		
≤ 6 anos	37	58,7
≥ 7 anos	26	41,3
Carga Horária de plantão em UTI (N=64)		
6-12 horas	41	64,1
24 horas	23	35,9
Carga Horária semanal de trabalho em UTI (N=61)		
6-30 horas	23	37,7
36-168 horas	38	62,3
Carga Horária de plantão noturno em UTI (N=56)		
12-24 horas	40	71,4
36-96 horas	16	28,6
Carga Horária total semanal (N=60)		
≤ 54 horas	31	51,7
Maior que 56 horas	29	48,3
Vínculo Institucional (N=64)		
Assalariado privado	34	53,1
Assalariado público	18	28,1
Outros**	12	18,8
Outra atividade laboral (N=63)		
Sim	40	63,5
Não tem	23	36,5
Vem de outro plantão antes do plantão (N=64)		
Nunca/Raramente	45	70,3
Frequentemente	16	25,0
Sempre	3	4,7
Pacientes por plantão (N=63)		
1-9 pacientes	28	44,4
≥ 10 pacientes	35	55,6

Fonte: Elaboração própria.

* Respostas válidas, excluídas as ignoradas. ** Outros = contrato temporário, cooperativado, prestação de serviço.

Em relação à atividade física, 53,8% dos enfermeiros estudados informaram praticar. A maior parte dos entrevistados (95,3%) declararam não fumar. Com relação ao consumo de bebida alcoólica, 50,8% informaram fazer uso (Tabela 3).

Tabela 3 – Hábitos de vida, consumo de bebida alcoólica dos enfermeiros intensivistas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Hábitos de vida dos enfermeiros intensivistas	n*	%
Atividade física (N=65)		
Sim	35	53,8
Não	30	46,2
Hábito de fumar (N=64)		
Nunca fumou	61	95,3
Ex-fumante	2	3,1
Outras	1	1,6
Consumo de álcool – teste CAGE (N=65)		
Sim	33	50,8
Não	32	49,2

Fonte: Elaboração própria.

*Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

O DPM foi observado em 24,6% dos enfermeiros estudados. Foi verificada associação positiva entre o DPM e as variáveis sociodemográficas – idade, ter filhos, situação conjugal, renda mensal e tempo de trabalho em UTI (Tabela 4); e entre o DPM e as características do trabalho – tipo de UTI, carga horária habitual de plantão em UTI, carga horária semanal de trabalho em UTI, carga horária de plantão noturno em UTI, carga horária total de trabalho ao longo da semana e duplo vínculo e com o consumo de álcool e prática de atividade física (Tabela 5).

Tabela 4 – Associação medida pela Razão de Prevalência entre as características sociodemográficas e o Distúrbio Psíquico Menor da população de enfermeiros intensivistas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Características sociodemográficas	Distúrbio Psíquico Menor				Razão de Prevalência
	Sim	%	Não	%	
Idade (N=62)					
≤ 32 anos	12	30,8	27	69,2	1,77
33 anos ou mais	4	17,4	19	82,6	
Situação conjugal (N=55)					
Solteiro(a)	7	36,8	12	63,2	1,47
Com companheiro(a)	9	25,0	27	75,0	
Ter filhos (N=63)					
Não	10	29,4	24	70,6	1,42
Sim	6	20,7	23	79,3	
Renda mensal (N=63)					
Maior que R\$ 6.000,00	4	28,6	10	71,4	1,16
≤ R\$ 6.000,00	12	24,5	37	75,5	
Tempo/ anos de trabalho (N=63)					
Menor que 6 anos	10	27,0	27	73,0	1,17
≥ 6 anos	6	23,1	20	76,9	

Fonte: Elaboração própria.

* Respostas válidas excluídas as ignoradas.

Tabela 5 – Associação medida pela Razão de Prevalência entre as características do trabalho/Hábitos de vida e Distúrbio Psíquico Menor da população dos enfermeiros intensivistas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Características do trabalho	Distúrbio Psíquico Menor				Razão de Prevalência
	Sim	%	Não	%	
Carga Horária de plantão em UTI (N=64)					
≤ 12 horas	12	30,0	28	70,0	
> 12 horas	4	16,7	20	83,3	1,80
Carga Horária total semanal em UTI (N=61)					
> 36 horas	12	31,6	26	68,4	
≤ 30 horas	4	17,4	19	82,6	1,82
Carga Horária plantão noturno (N=56)					
> 12 horas	6	37,5	10	62,5	1,50
≤ 12 horas	10	25,0	30	75,0	
Carga Horária total semanal (N=60)					
> 54 horas	10	34,5	19	65,5	1,78
≤ 54 horas	6	19,4	25	80,6	
Vem de outro trabalho (N=64)					1,93
Sim	12	30,8	27	69,3	
Não	4	16,0	21	84,0	
Tipo de UTI (N=64)					1,40
Neonatal/pediatra	10	31,3	22	68,7	
Adulto	6	22,2	21	77,8	
Atividade física (N=65)					
Não	8	26,7	22	73,3	
Sim	8	22,9	27	77,1	1,17
Consumo álcool (N=65)					
Sim	10	30,3	23	60,7	
Não	6	18,8	26	81,2	1,61

Fonte: Elaboração própria.

*Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Discussão

No presente estudo, o sexo feminino foi o mais frequente entre os enfermeiros estudados. A prevalência de DPM foi de 24,6%, corroborando resultado de estudo sobre a sintomatologia de Transtorno Mental Comum (TMC) em enfermeiros de UTI, que encontrou uma prevalência de 27,7%⁽¹⁴⁾. Em outro estudo com trabalhadores de enfermagem de UTI, a prevalência geral de DPM foi de 42,5%⁽⁸⁾. O resultado da prevalência de DPM neste estudo foi comparado com o de outros estudos realizados com enfermeiros que atuavam em unidades hospitalares, sendo encontradas prevalências de DPM que variaram de 15,8% a 20%^(7,15-16).

Em outros ambientes de trabalho de atuação de enfermeiros, tais como atenção básica à saúde e docência, obtiveram-se prevalências semelhantes às encontradas neste estudo^(9,17). Pode-se refletir que os DPM fazem parte de uma realidade presente no trabalho dos enfermeiros em diferentes ambientes laborais, que podem apresentar consequências diretas para a sua saúde e para a qualidade de assistência prestada, seja na área hospitalar, na atenção básica ou na docência. Por isso, podem ser considerados um problema de saúde pública.

Neste estudo, verificou-se que a prevalência de DPM foi maior entre enfermeiros com idade igual ou inferior a 34 anos quando comparado com a prevalência de DPM entre enfermeiros com idade igual ou superior a 35 anos, sendo observada uma razão de prevalência de 1,77, resultado semelhante ao encontrado por outro autor⁽¹⁵⁾. Estudo com enfermeiros de UTI evidenciou que a depressão atinge em maior escala grupos mais jovens desses profissionais do que aqueles com idade mais avançada, apontando que essa população pode ser considerada mais vulnerável a situações de estresse e de adoecimento, devido à pouca experiência em lidar com situações cotidianas no ambiente de trabalho⁽¹⁸⁾.

Os enfermeiros pesquisados apresentaram elevada carga horária de trabalho semanal em regime de plantão, o que pode ser um fator desencadeante de estresse e sofrimento mental. Estudos apontam que as condições de trabalho interferem diretamente na saúde dos trabalhadores. Dessa forma, este estudo revelou que existe uma associação positiva entre a elevada carga horária de trabalho em UTI e DPM, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos com a temática de sofrimento mental e estresse entre enfermeiros de UTI e os que atuam em unidades hospitalares^(15,18).

No que se refere ao horário de plantão, verificou-se uma prevalência maior de DPM entre enfermeiros que trabalhavam à noite, com uma razão de prevalência de 1,50, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos sobre o estresse e *Burnout* entre enfermeiros^(15,19-20).

O trabalho noturno está associado a níveis de estresse elevados entre profissionais de enfermagem, e isso pode potencializar a ocorrência de complicações à saúde, uma vez que o desequilíbrio do ritmo biológico provoca maiores níveis de estresse e piora a qualidade do sono. Em estudo sobre os efeitos do trabalho noturno na vida de enfermeiros que atuam em unidades hospitalares, constatou-se que, no plantão noturno, esses profissionais sentem-se mais solitários, desgastados, levando a condições desfavoráveis no estado físico e mental. Tais condições incluem sensações de cansaço, alteração do humor, falta de controle e dificuldades em realizar tarefas⁽²¹⁾.

A maioria dos enfermeiros relataram que costumavam assumir o plantão na UTI vindos de outro trabalho, o que indica uma dupla jornada laboral. A prevalência de DPM nesses

profissionais foi maior quando comparada aos demais profissionais, encontrando-se uma associação positiva entre assumir o plantão vindo de outro vínculo e DPM.

A dupla jornada de trabalho é uma característica constante nos estudos sobre sofrimento mental, que abordam temas como DPM, sintomatologia de TMC e estresse, revelando que a maior parte dos enfermeiros e/ou a equipe de enfermagem apresenta um duplo vínculo e que estão mais suscetíveis a apresentarem sofrimento mental^(17,19).

Este estudo foi realizado em distintas UTI que prestam atendimento a diferentes clientela (adulto, crianças e neonatos), observando-se uma associação positiva de DPM com o tipo de UTI, sendo maior a prevalência de DPM em enfermeiros que trabalhavam nas UTI pediátricas e neonatais. Este dado pode ser analisado pelo contexto que envolve o trabalho dessas unidades: cuidar de crianças ou recém-nascidos em estado crítico, com risco iminente de morte. Em estudo realizado com enfermeiros e médicos de UTI pediátrica sobre a significação da morte, foi relatado pelos profissionais maior sofrimento mental diante do óbito e do agravamento do quadro do paciente menor. Tal situação pode ser relacionada com a significação da vitalidade infantil, quando a morte escapa à ordem considerada natural da existência humana. Dessa forma, a sensação para os profissionais é de que a vida não foi vivida o suficiente diante da precocidade da morte⁽²²⁾.

Com relação aos hábitos de vida, a maior parte dos enfermeiros relatou prática de atividade física de forma regular. Foi observada prevalência pouco maior de DPM entre os profissionais que não tinham hábito de praticar atividade física, evidenciando, portanto, a fraca associação entre a falta de atividade física e DPM. A literatura biomédica aponta inúmeros benefícios relacionados com a prática da atividade física nos hábitos cotidianos e profissionais, tais como: melhora cognitiva, combate ao estresse, ansiedade, depressão, melhora das relações interpessoais, energia e menos cansaço durante a vida laboral⁽²³⁾.

O presente estudo avaliou de maneira genérica a prática de atividade física entre os trabalhadores estudados, sem utilizar instrumento específico e validado para avaliar essa condição. Além disso, esse resultado pode sugerir viés de causalidade reversa, frequente em estudos de corte transversal. Nesse caso, os trabalhadores que informaram praticar atividade física podem ter adotado esse comportamento para buscar melhor qualidade de vida, quando já apresentavam algum grau de sofrimento mental. Dessa forma, o resultado obtido deve ser analisado com cautela, pois a abordagem adotada apresenta baixa precisão.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, foi encontrada associação positiva com DPM, apresentando uma razão de prevalência de 1,61. Resultados semelhantes foram apresentados no levantamento nacional sobre o padrão de consumo de álcool na população

brasileira (50%)⁽²⁴⁾. Além disso, a *American Nurses Association* (ANA) estimou que cerca de 10% dos enfermeiros são dependentes de álcool e/ou de outras drogas, o que pode comprometer sua saúde e seu desempenho profissional, colocando em risco a segurança do paciente⁽²⁵⁾.

Algumas considerações metodológicas são importantes. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isto, não estabelece nexos causais e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas. Selecionar apenas os sobreviventes ao efeito estudado (viés de prevalência) é uma limitação particularmente relevante em estudos ocupacionais, em decorrência do chamado efeito trabalhador sadio. Além disso, este estudo teve cunho exploratório, realizando apenas análises bivariadas. Outro inconveniente em estudos que utilizam questionários autoaplicáveis é que o sujeito da pesquisa pode não responder a todas as questões colocadas, dificultando o controle das perdas de informação.

Conclusão

Os resultados apontaram elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores na população estudada. Observou-se associação entre DPM e as variáveis: idade, carga horária total de trabalho; carga horária de trabalho, plantão noturno, duplo vínculo e tipo de Unidade de Terapia Intensiva; e consumo de álcool.

Assim, existe a necessidade de ampliar os estudos sobre as condições de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, buscando identificar fatores associados ao sofrimento mental desses trabalhadores e promover reflexão e discussão sobre melhores condições laborais nesse cenário, visando contribuir para adoção de medidas preventivas e incentivo de hábitos de vida saudáveis.

Colaborações:

1. Concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Deise dos Santos Silva Nascimento, Gabriella Bené Barbosa, Cleide Lucilla Carneiro Santos, Davi Félix Martins Júnior e Carlito Lopes Nascimento Sobrinho;

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Deise dos Santos Silva Nascimento, Gabriella Bené Barbosa, Cleide Lucilla Carneiro Santos e Carlito Lopes Nascimento Sobrinho;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Deise dos Santos Silva Nascimento, Gabriella Bené Barbosa, Cleide Lucilla Carneiro Santos, Davi Félix Martins Júnior e Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Referências

1. Rosado IVM, Russo GHA, Maia EMC. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;20(10):3021-32.
2. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):438-46.
3. Soares MI, Resck ZMK, Terra FS, Camelo SHH. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(1):47-53.
4. Abreu RM, Gonçalves RMA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev bras enferm*. 2014 maio-jun;67(3):386-93.
5. Campos JF, David HMSL, Souza NVDO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):90-5.
6. Fonseca TCP, Mello R. Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016 [cited 2016 Jun 15];10(1):296-303. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12254>
7. Araujo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* [online]. 2003 [cited 2016 Jan 16];37(4):424-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400006
8. Amaral TR. Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas [dissertação]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 115 f.
9. Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, Santos VC, Ferreira SMS, Martins DFJ, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2012;37(126):306-15.

10. Urbanetto JS, Magalhães MCC, Maciel VO, Sant'Anna VM, Gustavo AS, Poli-de-Figueiredo CE, et al. Estresse no trabalho segundo o modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):1186-93.
11. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23-6.
12. Dancey CP. *Estatística sem matemática para psicologia*. 5a ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos AS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(2):125-33.
15. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponocara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2009 [cited 2017 Apr 30];18(2):215-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200003
16. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):296-301.
17. Tavares JP, Magnago TSBS, Beck CLC, Silva RM, Prestes FC, Lautert L. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):407-14.
18. Vasconcelos EM, Martino MMF. Preditores da sintomatologia depressiva em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):17-31.
19. Inoue KC, Versa GLGS, Murassaki ACY, Melo WA, Matsuda LM. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):722-9.
20. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa ALS, Padilha KG. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe):58-64.
21. Girondi JBR, Gelbcke FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. *Enferm foco*. 2011;2(3):191-4.
22. Cherer EQ, Quintana AM, Pinheiro UMS. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. *Estud psicol*. 2015;32(4):685-94.
23. Freire CB, Dias RF, Schwingel PA, França EET, Andrade FMD, Costa EC, et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):26-31.

24. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas; Universidade Federal de São Paulo. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Relatório 2012 [Internet]. São Paulo; 2014 [cited 2017 May 5]. Available from: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
25. Kunyk D. Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *J Nurs Manag.* 2015;23(1):54-64.

Recebido: 19 de setembro de 2018

Aprovado: 26 de março de 2019

Publicado:



SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Burnout Syndrome and Factors Associated in Nurses of Intensive Therapy Unit
Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Enfermeros de Unidad de Terapia Intensiva*

Núbia Samara Caribé de Aragão. Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: nscaribe@hotmail.com. ORCID: [HTTPS://orcid.org/0000-0002-2308-7474](https://orcid.org/0000-0002-2308-7474)

Gabriella Bené Barbosa. Cirurgiã-Dentista, Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: gbenebarbosaster@gmail.com. ORCID: [HTTPS://orcid.org/0000-0001-7183-0333](https://orcid.org/0000-0001-7183-0333)

Cleide Lucilla Carneiro Santos. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: Kleidelucilla@hotmail.com. [HTTPS://orcid.org/0000-0002-9894-3781](https://orcid.org/0000-0002-9894-3781).

Deise dos Santos Silva Nascimento. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: Deiseflits@hotmail.com. [HTTPS://orcid.org/0000-0002-0094-2618](https://orcid.org/0000-0002-0094-2618)

Laís Barbosa Souza Vilas Bôas. Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: Laís-psi@hotmail.com. [HTTPS://orcid.org/0000-0003-3078-6393](https://orcid.org/0000-0003-3078-6393).

Davi Félix Martins Jr. Geógrafo, Professor Assistente, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: dmartins@uefs.br ORCID: [HTTP://orcid.org/0000-0002-7683-7373](http://orcid.org/0000-0002-7683-7373).

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho. Médico, Professor Pleno, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: mon.ica@terra.com.br. ORCID: [HTTP://orcid.org/0000-0002-6387-3760](http://orcid.org/0000-0002-6387-3760)

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma cidade do estado da Bahia. **Método:** Estudo transversal, populacional, realizado com 65 enfermeiros intensivistas por meio de um questionário autoaplicável no período de julho a novembro de 2016, contendo: dados sociodemográficos, hábitos de vida, características do trabalho e para definir a síndrome de *burnout* utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory*. **Resultados:** A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 53,6%, observou-se associação com a idade, consumo de tabaco, uso bebida alcoólica, carga horária de plantão noturno, vínculo de trabalho, possuir título de especialista em terapia intensiva, número de pacientes assistidos por plantão, renda mensal e considerar o trabalho ativo ou de alta exigência. **Conclusão:** Os resultados desse estudo podem contribuir para a ampliação da discussão sobre as condições estressantes de trabalho no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva.

Descritores: Enfermeiros; Esgotamento profissional; Unidade de Terapia Intensiva; Saúde do Trabalhador; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in intensive care nurses in a city in the state of Bahia. **Methods:** A cross-sectional study investigated the association between sociodemographic characteristics, work, life habits and burnout syndrome in intensive care nurses. A self-administered individual questionnaire was used to evaluate individual aspects, life habits, work-related factors and mental health of nurses using the Maslach Burnout Inventory (MBI). **Results:** The prevalence of Burnout Syndrome was 53.6% and it was observed an association with age, tobacco consumption, alcoholic beverage use, night workload, work relationship, specialist degree in Intensive Care, number of patients assisted by duty, monthly income and consider active work or high demand. **Conclusion:** There was a high prevalence of Burnout Syndrome associated to work-related factors and life habits in intensive care nurses in a city in the state of Bahia.

Keywords: Nurses; Occupational exhaustion; Intensive care unit; Worker's health; Transversal Studies.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* (SB) é definida como uma síndrome psicológica provocada por reação do organismo a um estresse crônico relacionado ao trabalho em pessoas que apresentam contato direto e prolongado com outros seres humanos, a exemplo, os trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O termo *Burnout* é definido, segundo um jargão inglês, como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, ou seja, aquilo ou aquele que chegou ao seu limite, com prejuízo em seu desempenho físico ou mental⁽¹⁾.

A SB é um quadro caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. A exaustão emocional refere-se ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo e, em geral, é decorrente da sobrecarga e do conflito nas relações interpessoais. A despersonalização é caracterizada pela instabilidade emocional do profissional, que passa a se relacionar com pacientes e colegas de maneira fria e impessoal. A ineficácia, por sua vez, relaciona-se ao sentimento de incompetência e auto avaliação negativa, relacionados à insatisfação e infelicidade com o trabalho^(2,3).

A UTI se destina aos cuidados contínuos e intensivos a pacientes criticamente enfermos. Possui tecnologia de ponta e conta com profissionais que lidam no cotidiano com situações complexas, emergenciais e que exigem forte equilíbrio emocional. Essas características funcionam como fatores estressantes e influenciam de maneira importante a saúde e qualidade de vida dos profissionais que trabalham neste ambiente^(4,5).

A terapia intensiva é uma especialidade particularmente estressante por diversas razões, como a de conviver com pacientes em situação crítica e com a morte diariamente. O trabalho exige conhecimento técnico qualificado, habilidades específicas, elevada concentração, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além da necessidade de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento técnico-científico que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos, tudo isso, pode sobrecarregar o profissional e aumentar a sua vulnerabilidade para o desenvolvimento do *Burnout*^(4,5). Os enfermeiros intensivistas são diariamente submetidos a situações de estresse, resultante dos inúmeros fatores a que estão expostos no ambiente da UTI.

OBJETIVO

Estimar a prevalência e os fatores associados a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma cidade do estado da Bahia.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), no ano de 2015, sob parecer número 1.355.188, cumprindo todas as

determinações da resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil⁽¹¹⁾.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal norteado pela ferramenta STROBE, exploratório e populacional. Foram estudados todos os enfermeiros que atuavam em terapia intensiva, de sete hospitais públicos e privados com Unidades de Terapia Intensiva na cidade de Feira de Santana, Bahia nos meses de julho a novembro de 2016.

População ou amostra

Dos oitenta e cinco (85) enfermeiros inicialmente elegíveis, cinco (05) não foram encontradas durante a coleta de dados e quinze (15) se recusaram a participar do estudo, constituindo uma população de 65 trabalhadores, correspondendo a aproximadamente 80% da população inicialmente elegível. Destes trabalhadores, 41,5% (27) trabalham em UTI adulto e 51,0% (33) em UTI pediátrica ou neonatal, 7,5% (5) não responderam.

Foram considerados elegíveis, todos os enfermeiros que atuavam em terapia intensiva que consentiram em participar do estudo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: trabalhar em UTI há pelo menos seis (06) meses, para evitar o viés de trabalhador saudável. Como critérios de exclusão: encontrar-se de férias, licença médica e prêmio e estar atuando em atividades administrativas.

Protocolo do estudo

Na coleta foi utilizado instrumento estruturado e validado composto por sete blocos de questões sobre: o perfil sociodemográfico; informações gerais sobre o trabalho em UTI; ambiente de trabalho; aspectos psicossociais do trabalho, utilizando o *Job Content Questionnaire* (JCQ); hábitos de vida e a saúde mental dos trabalhadores utilizando o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para a identificação da Síndrome de *Burnout*.

O questionário autoaplicável, o TCLE e uma carta de apresentação com justificativa do trabalho foram entregues a cada profissional nas unidades, pelos pesquisadores, marcando-se com os trabalhadores o local e a hora da devolução. Os profissionais que não devolviam o questionário

na data agendada eram contatados por telefone, buscando-se minimizar perdas. Os questionários foram devolvidos em envelopes lacrados para garantir o sigilo e a confidencialidade.

O *Job Content Questionnaire*, é um questionário com 31 questões sobre: Controle (09); Demanda (13) e Suporte Social (09), analisa as dimensões controle sobre o trabalho, demanda psicológica e como a combinação dessas dimensões identifica contextos de riscos à saúde do trabalhador. As questões são medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo; e 4 = concordo fortemente)⁽⁶⁾. A demanda psicológica, considera a importância da atividade sobre o trabalhador com relação ao controle do tempo para a realização das atividades e referente aos conflitos sociais existentes. Já o controle sobre a atividade de trabalho, relaciona-se à habilidade do trabalhador para realizar as incumbências a ele determinadas e a oportunidade de colaborar das decisões no ambiente de trabalho.

A utilização do questionário JCQ possibilita a construção de quadrantes organizados em função da combinação de informações relacionadas à demanda psicológica e o controle das atividades no trabalho, sendo considerada, baixa exigência, a combinação de baixa demanda e alto controle, o trabalho passivo, corresponde a baixa demanda e baixo controle, o trabalho ativo, representa, alta demanda e alto controle e a alta exigência, alta demanda e baixo controle⁽⁶⁾. Com a finalidade de construir os indicadores de demanda e controle, realizou-se o somatório das variáveis relacionadas a cada um desses indicadores, observando-se as ponderações previstas no modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) definiu-se a mediana como ponto de corte.

A SB foi mensurada por meio do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento composto por 22 questões sobre sentimentos e atitudes que englobam três dimensões fundamentais da síndrome, exaustão emocional (9 afirmativas), despersonalização (5 afirmativas) e realização pessoal (8 afirmativas) divididos em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6^(7,8).

Assim, as dimensões que caracterizam a SB foram descritas de maneira independente, utilizados pontos de corte, considerando para exaustão emocional: nível alto da SB (≥ 27 pontos), nível moderado da SB (entre 17 a 26 pontos) e nível baixo da SB ($<$ que 16 pontos); para a despersonalização: nível alto (≥ 13 pontos), nível moderado (entre 7 a 12 pontos) e nível baixo ($<$ 6 pontos). A pontuação relacionada à realização pessoal vai em direção oposta às outras, para nível alto (entre 0 a 31 pontos), nível moderado (de 32 a 38 pontos) e nível baixo (≥ 39 pontos)^(7,8).

Ainda não existe consenso na literatura científica para a classificação da SB. Nesse sentido, Grunfeld et al. (2000)⁽⁹⁾ classificam a síndrome pela presença de nível alto em uma das três

dimensões do MBI: exaustão, despersonalização ou realização pessoal. Esse estudo adotou o critério Grunfeld et al. (2000)⁽⁹⁾ para a classificação da SB.

Foi realizado um estudo piloto em uma unidade de emergência pediátrica da cidade, com a finalidade de verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de dados com 6 profissionais: dois médicos, dois enfermeiros e dois fisioterapeutas. As sugestões foram incorporadas, tendo gerado algumas modificações no instrumento original. O trabalho foi divulgado em todos os hospitais que possuíam unidades de terapia intensiva na cidade.

Análise dos resultados e estatística

Para minimizar erros de digitação e garantir o controle da qualidade dos dados digitados, realizou-se dupla digitação utilizando o programa *EpiData for Windows* versão 3.1. Após esse procedimento, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 9.0, para a análise estatística.

A análise descritiva dos dados foi realizada a partir do cálculo da frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e das medidas de tendência central e dispersão das variáveis numéricas. Realizou-se análise de associação entre as variáveis independentes; faixa etária, sexo, atividade em regime de plantão, carga horária semanal de plantão, carga horária semanal de trabalho em atividades que geram renda, renda mensal, forma de inserção no mercado de trabalho (assalariado setor público ou outros), demanda (JCQ), controle (JCQ) e seus quadrantes com o resultado do MBI (presença e ausência de *Burnout*), adotado como variável dependente. A razão de prevalência (RP) foi utilizada para medir a associação entre as variáveis estudadas e o Intervalo de Confiança com nível de significância de 95% (IC – 95%) foi utilizado para medir a significância estatística⁽¹⁰⁾. Os dados foram apresentados em tabelas.

RESULTADOS

Entre os enfermeiros estudados, houve o predomínio do sexo feminino 90,8%. Sustenta-se que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina^(1,12). A média de idade encontrada foi de 33,9 anos, com desvio padrão de $\pm 6,3$ e valor mínimo e máximo em (21 e 52), respectivamente. No que diz respeito ao estado civil, a maioria, 57,0% relataram ter companheiro e em relação ao número de filhos 54,0% informaram não ter filhos. Com relação aos hábitos de

vida, 4,6% relataram fazer uso de tabaco e 50,8% informaram fazer uso de bebida alcoólica. Quanto a atividade física, 53,8% praticavam.

Quanto às características profissionais, o tipo predominante de contrato de trabalho foi o celetista (contrato segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT) combinado a outros tipos de contratos temporários, representando 72% dos enfermeiros estudados, corroborando com a precarização nos contratos de trabalho, situação frequentemente encontrada na atualidade⁽¹³⁾. O contrato como assalariado no setor público foi informado por 28,0% dos enfermeiros. Observou-se também, que a maioria, 64,0% tinha outro vínculo empregatício. A média da renda líquida mensal variou entre 3 a 6 salários mínimos para 77,8% e 22,2% informou renda superior a 6 salários mínimos.

Entre os trabalhadores estudados, 66,0% possuíam título de especialista em terapia intensiva. Com relação ao tempo de trabalho em UTI, 57,4% apresentaram tempo de serviço menor ou igual a 6 anos e 42,6% maior que 7 anos. No tocante a jornada de trabalho, 49,2% informaram trabalhar mais que 54 horas semanais, em atividades que geram renda. No que se refere ao turno de trabalho, 66,0% informaram trabalhar em regime de plantão noturno por 24 horas semanais no mínimo. Também foi observado que, a maioria dos profissionais 66,5% trabalhavam em outro local e que na UTI a maioria 53,8% cuidavam de 10 pacientes ou mais (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, hábitos de vida e fatores relacionados ao trabalho dos enfermeiros intensivistas de uma grande cidade da Bahia, Brasil, 2016.

Características Pessoais e Funcionais	N*	%
Gênero	65	100,0
Feminino	59	90,8
Masculino	06	9,2
Idade	62	100,0
≤ 34 anos	39	62,9
> 34 anos	23	37,1
Estado civil	63	100,0
Com companheiro	36	57,1
Sem companheiro	27	42,9
Filhos	63	100,0
Sim	29	46,0
Não	34	54,0
Tabagismo	64	100,0
Sim	03	4,6
Não	61	95,3
Etilismo	65	100,0
Sim	33	50,8
Não	32	49,2
Atividade física	65	100,0
Sim	35	53,8
Não	30	46,2
Vínculo empregatício	64	100,0
Assalariado público	18	28,0
Outros (contratos temporários)	46	72,0
Plantão noturno	47	100,0
≤ 24 horas	31	66,0
> 24 horas	16	34,0
Jornada de trabalho semanal**	61	100,0
≤ 54 horas	31	50,8
> 54 horas	30	49,2
Outro trabalho	63	100,0
Sim	40	63,5
Não	23	36,5
Especialista em UTI	56	100,0
Sim	37	66,0
Não	19	34,0
Tempo de trabalho na UTI (anos)	61	100,0
≤ 6 anos	35	57,4
> 7 anos	26	42,6
Setor de trabalho	60	100,0
UTI adulto	27	41,5
UTI pediátrica e neonatal	33	51,0
Pacientes sob sua responsabilidade	63	100,0
≤ 10 pacientes	28	44,4
> 10 pacientes	35	55,6
Renda**	63	100,0
Abaixo de 3.000,00 até 6.000,00	49	77,8
6.001 a 20.000,00	14	22,2

Nota: UTI: unidade de terapia intensiva.

* Respostas válidas, excluídas às ignoradas. ** atividades que geram renda.

A Tabela 2 apresenta a frequência das dimensões e a prevalência do *Burnout*, avaliadas por meio do MBI. O *Burnout* foi classificado pelo nível alto em pelo menos uma dimensão do MBI. Observou-se uma prevalência de 53,6% da síndrome de *Burnout* entre enfermeiros intensivistas. Quando as dimensões foram analisadas separadamente, verificou-se que 41,0% apresentavam alto nível de exaustão emocional, 6,5% de despersonalização e 17,0% revelou baixo nível de realização pessoal. Foi elevada a frequência do nível moderado de despersonalização, 30,5%.

Tabela 2 – Frequência das dimensões e prevalência da Síndrome de *Burnout* medidos pelo *Maslach Burnout Inventory* em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade da Bahia, Brasil, 2016.

Dimensões	N*	%
Exaustão emocional	61	100
Baixa	19	31,0
Moderada	17	28,0
Alta	25	41,0
Despersonalização	62	100
Baixa	39	63,0
Moderada	19	30,5
Alta	04	6,5
Ineficácia	60	100
Alta	10	17,0
Moderada	15	25,0
Baixa	35	58,0
Síndrome de <i>Burnout</i>**	56	100
Sim	30	53,6
Não	26	44,4

*Respostas válidas, excluídas as ignoradas

** Síndrome de *Burnout*, classificada pelo nível alto em uma das dimensões do MBI.

A Tabela 3 apresenta a Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC) para a associação entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e a síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas. Os resultados encontrados revelaram uma prevalência de 63,2% em profissionais com idade igual ou inferior a 34 anos (RP = 1,37), resultado que não apresentou significância estatística. Os enfermeiros que informaram ter companheiro apresentaram uma prevalência de 57,1% (RP = 1,06). Os que informaram não ter filhos apresentaram uma prevalência de 57,6% (RP = 1,07). Os que informaram uso de tabaco e fazer uso de bebida alcoólica apresentaram uma prevalência de 100% (RP = 1,84), e de 65,6% (RP = 1,45) respectivamente, resultados estatisticamente significantes. A não realização de atividade física apresentou a menor prevalência 48,3% (RP = 0,78) resultado que não apresentou significância estatística.

Tabela 3 – Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% para a associação entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade da Bahia, Brasil, 2016.

Variáveis	Enfermeiros com suspeição da síndrome de <i>burnout</i>			
	n*	Prevalência %	RP	IC
Idade				
≤ 34 anos	24	63,2		
> 34 anos	10	45,5	1,37	0,82-----2,33
Estado civil				
Com companheiro	20	57,1		
Sem companheiro	14	53,8	1,06	0,61-----1,89
Filhos				
Não	19	57,6		
Sim	15	53,6	1,07	0,68-----1,69
Tabagismo				
Outros	03	100		
Nunca	32	54,2	1,84	1,46-----2,33**
Etilismo				
Sim	21	65,6		
Não	14	45,2	1,45	1,43-----1,79**
Atividade física				
Não	14	48,3		
Sim	21	61,8	0,78	0,49-----1,24

*Respostas válidas, excluídas às ignoradas.

**Resultado estatisticamente significante.

A prevalência de síndrome de *Burnout* apresentou-se mais elevada entre os enfermeiros que infirmaram; vínculo empregatício no setor público 66,7% (RP = 1,28), com carga horária de plantão noturno igual ou inferior a 24 horas 65,0% (RP = 1,39), com jornada de trabalho semanal igual ou superior a 36 horas 61,5% (RP = 1,07), que informaram não apresentar outro trabalho 65,8% (RP = 1,51), que possuíam título de especialista em Terapia Intensiva 58,9% (RP = 2,36), entre aqueles que informaram assistir 10 ou mais pacientes 65,7% (RP = 1,42), entre os que trabalhavam em UTI adulto 66,7% (RP = 1,25) e entre os que informaram renda mensal igual ou inferior a R\$ 3.000,00 com 60,4% (RP = 1,57). Os resultados encontrados não apresentaram significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 – Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% para a associação entre variáveis relacionadas ao trabalho e Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade da Bahia, Brasil, 2016.

Variáveis	Enfermeiros com suspeição da síndrome de <i>burnout</i>			
	n*	Prevalência %	RP	IC
Vínculo empregatício				
Assalariado público	12	66,7	1,28	0,83-----1,96
Outros	23	52,3		
Plantão noturno**				
≤ 24 horas	26	65,0	1,39	0,76-----2,50
> 24 horas	07	46,7		
Jornada de trabalho**				
≥ 36 horas	08	61,5	1,07	0,65-----1,76
< 36 horas	27	57,4		
Outro trabalho				
Não	25	65,8	1,51	0,90-----2,54
Sim	10	43,5		
Especialista em UTI				
Sim	33	58,9	2,36	0,43-----13,0
Não	01	25,0		
Tempo de trabalho na UTI				
> 7 anos	15	57,7	1,01	0,65-----1,56
≤ 6 anos	20	57,1		
Setor de trabalho				
UTI adulto	18	66,7	1,25	0,82-----1,92
UTI pediátrica e neonatal	16	53,3		
Quantidade de Paciente				
> 10 pacientes	23	65,7	1,42	0,88-----2,30
≤ 10 pacientes	12	46,2		
Renda***				
≤3.000,00	29	60,4	1,57	0,76-----3,24
3.001 a 20.000,00	05	38,5		

Nota: UTI: unidade de terapia intensiva

*Respostas válidas, excluídas às ignoradas

**Semanais.

***Atividades que geram renda.

A prevalência da síndrome de *Burnout* apresentou diferenças segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Controle. Os resultados apontaram que os enfermeiros intensivistas que informaram trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram prevalência de 72,7% e 63,9% respectivamente. A razão de prevalência obtida entre a situação de alta exigência e a situação de baixa exigência foi de 1,53, porém, esse resultado não apresentou significância estatística. (Tabela 5).

Tabela 5 – Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% para a associação entre grupos do modelo demanda-controle e Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas de uma grande cidade da Bahia, Brasil, 2016.

Grupos do modelo demanda-controle (JCQ)	Síndrome de <i>Burnout</i>			
	n	Prevalência (%)	RP	IC
Alta Exigência* ↑ Demanda + ↓ Controle	14	63,0	—	—
Baixa Exigência ↓ Demanda + ↑ Controle	5	41,7	1,53	0,73—3,20
Trabalho Passivo ↓ Demanda + ↓ Controle	6	42,9	1,49	0,75—2,93
Trabalho Ativo ↑ Demanda + ↑ Controle	8	72,7	0,88	0,54—1,41

Nota:

n = Respostas válidas. RP = Razão de Prevalência. IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

*A RP foi calculada com a situação de alta exigência no numerador.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo revelaram elevada prevalência da síndrome de *Burnout* 53,6%, resultado preocupante, tendo em vista que os profissionais estudados atuam na assistência direta a pacientes graves, onde o erro na execução dos procedimentos pode representar sequelas graves ou até mesmo o óbito de pacientes. Achados de outros estudos que empregaram o critério de Grunfeld et al, (2000)⁽⁹⁾, apresentaram resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, a saber, Zanatta e Lucca (2015)⁽¹⁴⁾ encontraram uma prevalência de SB de 50,8% em enfermeiros de um hospital especializado em oncologia e hematologia infantil em São Paulo. Ribeiro e colaboradores (2014)⁽¹⁵⁾ observaram uma prevalência da SB de 55,4% entre enfermeiros que atuavam em clínica médica no estado de São Paulo. Em outro estudo com profissionais de saúde que incluíam trabalhadores de enfermagem, Silva, et al., (2015)⁽¹⁶⁾, observaram uma prevalência da SB de 55,3%.

Ntantana e colaboradores (2017)⁽¹⁷⁾, em estudo realizado na Grécia, estimaram uma prevalência de 56,9% de SB em trabalhadores de saúde, que atuavam em UTI e Al-Dardas e colaboradores (2010)⁽¹⁸⁾, em estudo realizado na Arábia Saudita, observaram uma prevalência da SB de 28,9% entre enfermeiros, com uma frequência de 45% do nível alto na dimensão exaustão emocional e 28,9% na dimensão despersonalização.

Em pesquisa com enfermeiros trabalhadores de UTI de um hospital universitário de grande porte da cidade de São Paulo (SP), Brasil, evidenciou-se uma prevalência da SB de 14,3%⁽¹⁹⁾ identificada pelo nível alto, em pelo menos uma das dimensões. Do mesmo modo, em estudos realizados na China, Itália e Portugal, encontraram prevalência de *Burnout* 16,0%⁽²⁰⁾, 35,7%⁽²¹⁾ e 31,0%⁽²²⁾, respectivamente. Na sua maioria os resultados dos estudos consultados revelaram estimativas elevadas de prevalência da síndrome de *Burnout* entre enfermeiros intensivistas de diferentes países.

Esse estudo observou uma maior frequência do nível alto na dimensão exaustão emocional (41,0%), seguido de baixa realização pessoal/ineficácia (17,0%) e despersonalização (6,5%), em outros estudos com enfermeiros, foram encontradas taxas que variaram de 16,1% a 42,6% para a exaustão emocional, de 6,1% a 35,6% para realização pessoal e de 2,4% a 25% para Despersonalização⁽²²⁻²⁴⁾.

Em estudo realizado por Zhang, Huang, Guan (2014)⁽²⁰⁾, com enfermeiros intensivistas na China, observou-se uma frequência de 43,2% na dimensão exaustão emocional, seguida por 41,2% na dimensão realização pessoal e 26,1% na despersonalização. Assim, os resultados apontam para uma maior frequência do nível alto na dimensão exaustão emocional, entre os enfermeiros trabalhadores de UTI.

Sobre o perfil dos enfermeiros, de acordo com as características sociodemográficas e hábitos de vida, trata-se de uma população jovem, predominantemente do sexo feminino, com companheiro e sem filhos, corroborando com os achados de Muse, Love, Christensen (2015)⁽²⁵⁾, neste estudo, obteve-se uma prevalência mais elevada da SB entre os indivíduos mais jovens na dimensão exaustão emocional. Outros estudos, com enfermeiros de UTI e de unidades críticas, observaram uma maior prevalência de *Burnout* entre os indivíduos mais jovens do que os com idade mais avançada, evidenciando que essa população pode ser considerada mais exposta a situações de estresse, o que pode estar relacionado a pouca experiência em lidar com situações críticas que exigem respostas rápidas no ambiente de trabalho^(19,25).

Com relação aos hábitos de vida, a maioria, informou realizar atividade física, não fumar e fazer uso de bebida alcoólica. Nesse estudo foi observada uma associação entre realização de atividade física e baixa prevalência de *Burnout*. A literatura consultada aponta para os benefícios da atividade física na saúde desses trabalhadores, tais como: melhora cognitiva, redução do estresse, dos sintomas de ansiedade e depressão, diminuição dos conflitos nas relações interpessoais e menor sensação de cansaço durante as atividades laborais⁽²⁶⁾.

Os resultados apontaram uma associação entre o consumo de álcool (etilismo) e SB. Embora não seja possível qualificar estes profissionais como bebedores problemas, a *American Nurses*

Association (2008) estimou que, cerca de 10% dos enfermeiros são dependentes de álcool e outras drogas, o que pode comprometer sua saúde e seu desempenho profissional, colocando em risco a segurança dos pacientes⁽²⁷⁾.

Em relação ao perfil dos enfermeiros, de acordo com as variáveis laborais, o tempo médio de trabalho em UTI foi de aproximadamente 6 anos, similar ao encontrado em outro estudo com estes profissionais⁽²²⁾. Observou-se ainda elevada carga horária de trabalho em outras atividades remuneradas na área de atuação da enfermagem. A maioria possui título de especialista em terapia intensiva e declararam receber uma renda mensal entre 3.000,00 a 6.000,00 reais.

Autores corroboram que o desequilíbrio entre o salário e a carga horária de trabalho, pode aumentar significativamente a probabilidade dos enfermeiros em apresentar a síndrome de *Burnout*⁽²²⁾. A categoria de enfermagem ainda hoje, luta para a definição de um piso salarial. A maioria dos enfermeiros relatou trabalhar em outro local, esse fato pode estar relacionado a uma busca por aumento da renda. Em estudo realizado por Zanatta e Lucca (2015)⁽¹⁴⁾, foi observado que 35,1% dos enfermeiros possuíam dois vínculos de trabalho, o que pode contribuir para a sobrecarga laboral desses profissionais^(14, 28, 29).

Os trabalhadores estudados em sua maioria revelaram atender mais de 10 pacientes por plantão, a prevalência da SB apresentou-se superior aos daqueles que informaram atender menos de 10 pacientes por plantão. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, publicada em 11 de maio de 2012, define que o enfermeiro assistencial em UTI, deve atender no máximo dez pacientes (1:10)⁽³⁰⁾. Considerando que a relação enfermeiros-pacientes pode estar associada a uma assistência de qualidade, com segurança e eficácia, corroborando com a Resolução COFEN número 543/ 2017⁽³¹⁾, que considera o quantitativo e o qualitativo de profissionais de enfermagem interferir, diretamente, na segurança e na qualidade da assistência prestada ao paciente⁽³²⁾.

Autores corroboram que, a segurança do paciente influi sobre a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e está relacionado com as boas práticas assistenciais⁽³³⁾. A preocupação com a segurança do paciente, tem o objetivo de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano associado ao atendimento prestado pelos trabalhadores de saúde⁽³⁴⁾. É importante destacar que, a UTI é um setor que atende pessoas em estado grave que necessitam de cuidados imediatos e em condições adequadas. Assim, a sobrecarga de demandas no ambiente da UTI e a ocorrência do SB entre os trabalhadores de enfermagem podem prejudicar a qualidade do cuidado prestado, colocando em risco a segurança dos pacientes⁽³⁵⁾.

A prevalência da síndrome de *Burnout* foi elevada, em todos os quadrantes do modelo demanda-controle. Os enfermeiros intensivistas estudados apresentaram prevalência da SB mais elevada

que o encontrado em outros estudos^(13, 21, 22). Constatou-se elevada prevalência da SB na situação de alta exigência, confirmando a principal predição do modelo, a saber, que o trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresenta maior risco à saúde mental dos trabalhadores. A elevada prevalência da SB na situação de trabalho ativo (alta demanda e alto controle) foi um achado inesperado, tendo em vista que, observa-se na maioria dos estudos, prevalência mais elevada na situação de trabalho passivo. Esses achados sugerem que embora o profissional considere que o seu trabalho apresente alto controle, a alta demanda parece estar mais associada com o sofrimento mental. Esse resultado corrobora com o obtido por Tironi e colaboradores (2009)⁽⁵⁾, que encontraram uma alta prevalência da SB na situação de alta exigência, confirmando a demanda como o componente mais importante para o sofrimento mental em trabalhadores de terapia intensiva.

Limitações do estudo

É importante destacar algumas limitações dos estudos de corte transversal como, a avaliação da relação entre exposição e desfecho num mesmo momento que fornece apenas um retrato da situação, impossibilitando o estabelecimento denexo causal. Além disso, é interessante ponderar o efeito do trabalhador sadio sobre a prevalência encontrada, pois, nesses estudos, selecionam-se trabalhadores sadios, excluindo-se os trabalhadores doentes que se encontram afastados do trabalho. Além disso, por ser um estudo exploratório, não foram realizadas análises de interação e confundimento, procedimentos que permitem estabelecer evidências mais robustas. Por fim, em estudos que utilizam questionários autoaplicáveis, ainda que sejam validados e amplamente utilizados em pesquisa, apresentam dificuldades para o controle de perdas de dados.

Contribuições para a área da Enfermagem

Estudos sobre a prevalência da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros intensivistas ainda são escassos. Embora seja uma população que apresenta características específicas, os achados revelaram elevada prevalência da SB, que estimulam a realização de novas investigações, que possam identificar mais precisamente os fatores associados a essa prevalência, no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram elevada prevalência da síndrome de *Burnout* e elevada sobrecarga de trabalho entre os enfermeiros intensivistas. Observou-se associação entre a SB e idade igual ou inferior a 34 anos, consumo de tabaco, uso de bebida alcoólica, carga horária de plantão noturno igual ou inferior a 24 horas, não apresentar outro vínculo de trabalho, possuir título de especialista em Terapia Intensiva, assistir 10 ou mais pacientes por plantão, perceber renda mensal igual ou inferior a R\$ 3.000,00 e considerar o trabalho ativo ou com alta exigência.

Os resultados desse estudo podem contribuir para discussão sobre as condições de trabalho no ambiente de UTI que expõe os trabalhadores de enfermagem a fatores estressantes, principalmente ao cuidado de pacientes em situações críticas e com risco de morte.

REFERÊNCIAS

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann. Rev. Psychol.* [Internet]. 2001. [cited 2016 Mar 19]; 52: 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em 12/11/2018.
2. Moreira DS, Magnago, RF, Sakae TM, Magajewski, FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1559-1568, jul, 2009.
3. Mudallal RH, Othman WMAL, Hassan NF. Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, v. 54, p.1–10, 2017.
4. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt 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. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.
5. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A Bitencourt A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2009.
6. Karasek RA. *Job Content Questionnaire and user's guide*. Revision 1.1. Lowell: University of Massachusetts; 1985.
7. Maslach C, Jackson S. The measurement of experience Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, p. 99-113, 1981.
8. Maslach C, Goldberg J. Prevention of Burnout: news perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, Washington, v.7, n.1, p. 63-74, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/222495735_Prevention_of_burnout_New_perspectives. Acesso em: 16 de nov. 2018.

9. Grunfeld E, Whelan, TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, v.163, p.166-9, 2000.
10. Silvany Neto AM. *Bioestatística sem segredos*. Salvador; 2008.
11. Brasil, MS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto, 2017.
12. 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 June; 27(2): 125-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-07X2015000200125&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>. Acesso em: 23 de nov. 2018.
13. Araújo ST, Silva SH, Silva MN, Coelho ACC, Pires CGS, Melo CMM. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 19]; 52:03411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100489&lng=pt. Epub 20-Dez-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017050503411>.
14. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 49, n. 2, p. 253-258, apr. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103194/101597>>. Acesso em: 06 dez. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>.
15. Ribeiro VF, Filho CF, Valenti VE, Ferreira M, Abreu LC, de Carvalho TD, Ferreira C. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. 2014. <http://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>.
16. 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 June; 27(2): 125-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-07X2015000200125&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>. Acesso em: 23 de nov., 2018.
17. Ntantanaa A, Matamisa D, Savvidoua S, Giannakoub M, Gouvac M, Nakosd G, Koulourasd V. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>.
18. Al-Dardas H, Al-Enizi N, Al-Gazal M, Al-Maghrabi G, Al-Turki H, Al-Turki R. Síndrome de Burnout entre enfermeiras multinacionais que trabalham na Arábia Saudita. *Ann Afr Med*. 2010; 9 (4): 226-9. doi: 10.4103 / 1596-3519.70960.
19. Vasconcelos EM, Martino MMF, França SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(1):135-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>.
20. Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ. Open* 2014;4:e 004813.doi:10.1136/bmjopen-2014-004813.

21. Giannini A, Miccinesi GE, Buzzoni C, Borreani C. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med* (2013) 39:2180–2187 Doi: 10.1007/s00134-013-3087-5.
22. 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 multicentre study. *BMC Anesthesiology*. 2013, 13:38.
23. Benitez M, Rodriguez E. Burnout's Syndrome in the nursing staff of intensive care in a hospital of Montevideo city. *Enfermería (Montev.)* [Internet]. 2014;3(1):21-7. Available from: http://ucu.edu.uy/sites/default/files/publicaciones/2014/revista_enfermeria_cuidados_humanizados_vol.3_1_jun2014.pdf.
24. Afecto MCP, Teixeira MB. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursng*, vol. 8, n. 1.2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2009.2107/453>>. Acesso em: 05.12.18.
25. Muse S, Love M, Christensen K. Intensive OutPatient therapy for Clergy Burnout: how much difference can a week make? *J Relig Health* [Internet]. 2015;55(1):147-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682015>.
26. Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(1):115-120.
27. American Nurses Association (ANA). Nursing quality indicators: definitions and implications. 2008. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/>>. Acesso em: 26 nov. 2018
28. Galindo RH, Feliciano KVO, Lima RAS, Souza AI. Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):420-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>.
29. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Lat Am Enferm*. 2010;18(6):1084-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, “Resolução Nº 26 de 11 de maio de 2012”, Ministério da Saúde, 11 maio 2012. [Online]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html Acesso em 03 nov. 2018.
31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 543/2017. In: Conselho Federal de Enfermagem. [texto na internet]. Brasília, DF: 2017. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>. Acesso em 04 de dez de 2018.
32. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 Out; 70(5): 1083-1088. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>. Acesso em: 20 de nov. 2018.
33. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

34. Balsanelli AP, Cunha ICKO. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. *Acta Paul Enferm*, São Paulo. v. 26, n. 6, p. 561-8, 2013.

35. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*, Brasília. v. 67, n. 5, p. 692-9, 2014.

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS

Artigo original

Como citar este artigo: Santos CLC, Barbosa GB, Nascimento DSS, Martins Júnior DS, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de Síndrome da Estafa Profissional e fatores associados em Fisioterapeutas Intensivistas. Rev Pesq Fisio. 2018;8(2):336-344. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8n2.2022

Journals BAHIANA
REVISTA DE PESQUISA FISIOLÓGICA

Prevalência de Síndrome da Estafa Profissional e fatores associados em fisioterapeutas intensivistas

Prevalence of the Burnout Syndrome and associated factors in intensivist physical therapists

Cleide Lucilla Camargo Santos¹, Gabriella Bcné Barbosa², Dcise Santos Silva Nascimento³, Davi Félix Martins Júnior⁴, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁵

¹Autora para correspondência. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-9494-3781. lidelucilla@hotmail.com

²Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7183-0222. gbarbosa2004@gmail.com

³Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-0094-2618. dslmjr@hotmail.com

⁴Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-7486-7371. davifm2004@gmail.com

⁵Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6307-3760. nasobrinho@terra.com.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: Os estudos sobre síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas são raros e muitos desses profissionais ainda desconhecem esta síndrome. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência e os fatores associados da Síndrome da Estafa Profissional (burnout), em fisioterapeutas trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal de uma cidade da Bahia. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico de corte transversal, em uma população de 60 fisioterapeutas trabalhadores de Terapia Intensiva na cidade de Feira de Santana, Bahia. Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos, características do trabalho e a síndrome de burnout por meio do Maslach Burnout Inventory (MBI). **RESULTADOS:** 51,7% trabalhavam em UTI adulto, 20,0% em UTI pediátrica e 28,3% em UTI neonatal, muitos profissionais trabalhavam em duas ou mais unidades, 80,0% do sexo feminino e 20,0% do sexo masculino, com média de idade de 32,2 ± 4,9, 55,0% era solteiro e 45,0% tinha parceiro, 58,3% não tinham filhos e 41,7% tinham filhos. A prevalência da síndrome de burnout foi de 33,3%, considerando -se o nível alto em pelo menos uma das três dimensões do MBI. **CONCLUSÃO:** Observou-se elevada prevalência da síndrome de burnout entre os fisioterapeutas intensivistas estudados. Os resultados estimulam a se continuar investigando as condições de trabalho e outros fatores que podem estar associados a essa elevada prevalência.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Studies on burnout syndrome in intensivist physical therapists are rare and many of these professionals are unaware of this syndrome. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence and associated factors of professional burnout syndrome in physical therapists working in adult, pediatric and neonatal intensive care units in the state of Bahia, Brazil. **METHODS:** A cross-sectional study was carried out in a group of 60 physical therapists working in intensive care in the city of Feira de Santana, Bahia, Brazil. A self-administered questionnaire assessed sociodemographic data, work characteristics, and burnout syndrome was assessed using the Maslach Burnout Inventory (MBI). **RESULTS:** 51.7% worked in adult ICU, 20.0% in pediatric ICU and 28.3% in neonatal ICU; in addition, several professionals worked in two or more units. The mean age was 32.2 ± 4.9 years, 80.0% were female and 20.0% male, 55.0% were single, 45.0% had a partner, 58.3% had no children and 41.7% had children. The prevalence of burnout syndrome was 33.3%, considered a high level in at least one of the three dimensions of the MBI. **CONCLUSION:** We observed a high prevalence of burnout syndrome among the intensivist physical therapists studied. The results support further investigation of the working conditions and other factors that might be associated with this high prevalence.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento profissional. Fisioterapeutas. Prevalência. Unidade de Terapia Intensiva.

KEYWORDS: Professional exhaustion. Physiotherapists. Prevalence. Intensive Care Unit.

Submetido: 12/07/2018, Aceito: 13/08/2018, Publicado: 20/08/2018
Rev Pesq Fisio, Salvador, 2018, Agosto;8(2):336-344
Doi: [10.17267/2238-2704rpf.v8n2.2022](https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8n2.2022) | ISSN: 2238-2704

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL EM
FISIOTERAPEUTAS INTENSIVAS DE UMA GRANDE CIDADE DA BAHIA**

SÍNDROME DE *BURNOUT* FISIOTERAPEUTAS INTENSIVAS

CLEIDE Lucilla Carneiro SANTOS¹, GABRIELLA Bené BARBOSA², DAVI Félix MARTINS JÚNIOR³, CARLITO Lopes NASCIMENTO SOBRINHO⁴

Autora correspondente: 1. Fisioterapeuta, Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS Feira de Santana –BA. Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Feira de Santana, Avenida Transnordestina s/n – Novo Horizonte, Feira de Santana – BA, CEP: 44036 – 900. Telefone: (75) 99175 5264. E-mail: kleidelucylla@hotmail.com

2. Cirurgiã-Dentista, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS Feira de Santana –BA.

3. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS Feira de Santana –BA.

4. Professor Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS Feira de Santana –BA.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Fisioterapeutas. Prevalência. Unidade de Terapia Intensiva.

Keywords: *Burnout*. Physical Therapists. Prevalence. Intensive Care Units.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados da Síndrome da Estafa Profissional (*burnout*), em Fisioterapeutas trabalhadores de Terapia Intensiva de uma grande cidade da Bahia.

Métodos: Estudo epidemiológico de corte transversal, em uma população de 60 fisioterapeutas trabalhadores de Terapia Intensiva de uma grande cidade da Bahia. Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos, características do trabalho e o *burnout* por meio do *Maslach Burnout Inventory*.

Resultados: A prevalência da síndrome de *burnout* quando adotado o critério de ter nível alto em pelo menos uma das três dimensões foi de 33,3%. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o *burnout* e as variáveis: idade, sexo, situação conjugal, ter filhos, renda mensal, tempo de trabalho, carga horária de trabalho (semanal, de plantão noturno e de toda atividade que gera renda ao longo da semana) e se vem de outro trabalho antes do plantão.

Considerações finais: Observou-se elevada prevalência de síndrome de *burnout* entre os fisioterapeutas intensivistas quando considerado o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas. Os resultados sinalizam a necessidade de rever as condições de trabalho desses profissionais e estimulam os autores a continuarem investindo nessa linha de pesquisa buscando caracterizar mais precisamente as condições de trabalho, a relação fisioterapeuta-paciente e a motivação desses profissionais que atuam em Terapia Intensiva.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Fisioterapeutas. Prevalência. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and associated factors of the Professional Burn Syndrome in Physical Therapy workers of intensive care in a large city in Bahia.

Methods: A cross-sectional epidemiological study was carried out in a population of 60 physiotherapists working in intensive care in a large city in Bahia. A self-administered questionnaire assessed sociodemographic data, job characteristics, and burnout through the *Maslach Burnout Inventory*.

Results: The prevalence of burnout syndrome when the criterion of having high level in at least one of the three dimensions was 33.3%. There was a statistically significant association between burnout and variables: age, sex, marital status, having children, monthly income, working time, workload (weekly, night shift, and any activity that generates income along the Week) and if it comes from another job before the shift.

Final considerations: There was a high prevalence of burnout syndrome among intensive care physio-therapists when considering the high level criterion in at least one of the dimensions assessed. The results indicate the need to review the working conditions of these professionals and encourage the authors to continue investing in this line of research, seeking to characterize more precisely the working conditions, the physiotherapist-patient relationship and the motivation of these professionals who work in Intensive Care.

Keywords: *Burnout*. Physical Therapists. Prevalence. Intensive. Care Units.

Prevalência da síndrome de *burnout* em fisioterapeutas intensivistas.
Fatores associados à síndrome de *burnout* em fisioterapeutas intensivistas.
Observou-se elevada prevalência de síndrome de *burnout* nos trabalhadores.
São necessárias estratégias de promoção e proteção à saúde desses trabalhadores.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental do trabalhador vem ganhando espaço nos discursos acadêmicos nas últimas décadas, essa perspectiva tem sido abordada na literatura que demonstra preocupação com os profissionais de saúde que frequentemente são expostos a sobrecarga física e mental, em especial os fisioterapeutas trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que são vulneráveis ao estresse crônico relacionado ao trabalho, por desenvolver a função de reabilitar que exige forte interação com o cliente⁽¹⁾.

O estresse laboral que atinge o trabalhador ocorre quando o mesmo considera as demandas do trabalho excessivas, ultrapassando a sua capacidade de enfrentamento⁽²⁾. Esse estresse quando se torna constante pode desencadear a síndrome da estafa profissional (*Burnout*), uma síndrome psicológica provocada por estresse crônico relacionado ao trabalho em trabalhadores que apresentam contato direto e por tempo prolongado com outros seres humanos⁽³⁾, como por exemplo, o fisioterapeuta intensivista que tem contato direto e frequente com o paciente crítico e seus familiares.

O estresse no trabalho em UTI ocorre principalmente por se tratar de um ambiente fechado, com ritmo acelerado de trabalho, rotinas exigentes, necessidade de condutas rápidas, convívio com sofrimento e morte, incerteza e elevada carga horária de trabalho, podendo gerar desequilíbrio na saúde física e psíquica dos trabalhadores⁽⁴⁾.

A terapia intensiva é uma especialidade particularmente estressante por diversas razões, em especial, por lidar com o sofrimento e a morte diariamente. O trabalho exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos⁽⁵⁾.

A síndrome de *Burnout* é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. A exaustão emocional se refere ao esgotamento tanto físico como mental do indivíduo. É considerado o marco inicial da síndrome e decorre principalmente da sobrecarga e do conflito pessoal nas relações interpessoais. A despersonalização não significa que o indivíduo deixou de ter sua personalidade, mas que esta vem sofrendo alterações, ou seja, instabilidade emocional que leva o profissional a um contato frio e impessoal com pacientes e colegas de

trabalho, por fim, a ineficácia, evidencia o sentimento de insatisfação com as atividades laborais que realiza, ou seja, auto avaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho, é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho^(3,6).

O profissional fisioterapeuta passou a ser membro integrante da equipe multidisciplinar nas UTI, por meio da Portaria 3432/98 do Ministério da Saúde que também definiu a proporção de leitos por profissional, que não deve ultrapassar a de 01 (um) fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos nos turnos matutino e vespertino, compondo a equipe básica de saúde junto à médicos e enfermeiros⁽⁷⁾.

Na literatura nacional os estudos sobre síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas são raros e muitos desses profissionais ainda desconhecem esta síndrome. Entretanto, essa não é a situação na literatura internacional. Um estudo conduzido em um hospital em Massachusetts mostrou um alto percentual de fisioterapeutas que apresentavam *Burnout*⁽⁸⁾. Outro estudo conduzido no Japão revelou que fisioterapeutas apresentavam nível moderado de *Burnout*⁽⁹⁾. No estudo de Pavlakis, Raftopoulos e Theodorou⁽¹⁾, a prevalência de *Burnout* em fisioterapeutas foi de 13,8% dos que trabalhavam no setor público e 25,5% dos que trabalhavam no setor privado.

Em um estudo com fisioterapeutas que trabalhavam em hospitais de cuidados agudos, foi relatado que a síndrome de *burnout* tem relação não só com estresse no ambiente de trabalho, mas também com a personalidade do indivíduo e defini a síndrome como um sentimento de esgotamento emocional e físico, juntamente com um profundo sentimento de frustração e fracasso⁽¹⁰⁾.

O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência da síndrome de *Burnout* e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, características do trabalho, e a prevalência da síndrome de *Burnout* entre os fisioterapeutas trabalhadores de UTI de uma grande cidade da Bahia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, exploratório entre fisioterapeutas trabalhadores de UTI de uma grande cidade da Bahia que aceitaram participar do estudo.

A população foi de 60 fisioterapeutas intensivistas de sete (07) hospitais da cidade de Feira de Santana – BA, todos que participaram do estudo leram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre as unidades, tem um (01) hospital geral de referência de urgência e emergência da macrorregião Centro-leste da Bahia, um (01) estadual de

referência em atendimento pediátrico, um (01) municipal e quatro (04) particulares, sendo uma maternidade, um (01) de referência em cardiologia, e dois (02) de urgência/emergência (adulto/pediátrico) e ambulatório. A população estimada da cidade para o ano de 2016 é de 622.639 habitantes, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹¹⁾, apresenta como área da unidade territorial 1.337,993km², e sua densidade demográfica se encontra em 416,03 hab/km².

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), Parecer nº 1.355.188, cumprindo dessa forma as determinações da Resolução 466/2012⁽¹²⁾, e a coleta de dados foi realizada nos meses julho a setembro de 2016.

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 estafa profissional; qualidade de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde; hábitos de vida e padrão de sono; fatores de estresse na UTI.

O questionário e o TCLE foram entregues a cada profissional nas unidades pelos pesquisadores, marcando-se com os trabalhadores o local e a hora da devolução. Os profissionais que não devolviam o questionário no mesmo dia da coleta era realizado um contato telefônico para garantir a devolução do questionário respondido, sendo os devolvidos em envelopes lacrados para garantir o sigilo e a 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 três dimensões fundamentais da síndrome, divididos em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6, possibilitando descrever de forma independente, cada uma das dimensões. A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito.

Para exaustão emocional, uma pontuação ≥ 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações ≥ 13 indicam alto nível, 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 alto nível, de 32 a 38 nível moderado e ≥ 39 , baixo^{(13), (6)}.

Por não haver consenso na literatura para a interpretação da escala MBI descrevem-se os resultados segundo os critérios sinalizados por Tucunduva et al,⁽¹⁴⁾ que caracterizou como estafa profissional a presença de pelo menos uma das três dimensões em nível alto.

Um estudo piloto foi realizado em uma unidade de emergência pediátrica da cidade, com a finalidade de verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de dados. Foram estudados 6 profissionais: dois médicos, dois enfermeiros e dois fisioterapeutas. As sugestões foram incorporadas, tendo gerado algumas modificações no instrumento original.

Para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação foi realizada uma dupla digitação dos dados coletados utilizando o programa EpiData for Windows versão 3.1, com a finalidade de corrigir possíveis erros/inconsistências. Após esta etapa, os dados foram exportados o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0, disponibilizado pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Análise descritiva dos dados foi realizada a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média das variáveis numéricas.

Realizou-se análise da associação entre as variáveis independentes: (características pessoais): idade, sexo, situação conjugal, ter filhos, renda mensal e tempo em anos de trabalho; e (características do trabalho): carga horária habitual de plantão em UTI, carga horária semanal de trabalho em UTI, carga horária de plantão noturno em UTI, carga horária total de trabalho ao longo da semana e se vem de outro trabalho antes do plantão da UTI, com os resultados do MBI, adotados como variáveis dependentes. A Razão de Prevalência (RP) foi utilizada para medir as associações entre as variáveis estudadas⁽¹⁵⁾. Por se tratar de um estudo populacional não foram realizados cálculos de inferência estatística⁽¹⁶⁾.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 60 fisioterapeutas intensivistas, destes 51,7% trabalham em UTI adulto, 20,0% em UTI pediátrica e 28,3% em UTI neonatal, muitos profissionais trabalham em duas ou mais unidades.

Entre os estudados, 80,0% são do sexo feminino e 20,0% do sexo masculino. A maioria tinha entre 24 - 33 anos 60,0%, com média de idade de $32,22 \pm 4,9$. Com relação à situação conjugal, 55,0% eram solteiros, 35,7% eram casados, 5,0% tinham união estável e 3,3% eram divorciados. Dos fisioterapeutas que participaram deste estudo, 58,3% não tinham filhos e 41,7% tinham filhos. Com relação a formação acadêmica, 76,7% têm especialização, destes 43,3% em Terapia Intensiva. Quanto a cor da pele, 53,3% referiram parda, 30,0% branca, 8,3% preta, 6,7% amarela e 1,7% não sabe.

No que se refere a renda líquida mensal, a maioria 63,3% informou renda na faixa de R\$ 3.001,00 a 6.000,00, 18,3% tem renda de R\$ 0 a 3.000,00, 11,7% tem renda na faixa de R\$ 6.000,00 a 10.000,00 e 6,7% R\$ 10.001,00 a 20.000,00 (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população de fisioterapeutas intensivistas. Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características sociodemográficas dos fisioterapeutas intensivistas	N*	%
Sexo		
Feminino	48	80,0
Masculino	12	20,0
Faixa Etária		
≤ 33 anos	36	60,0
34 anos ou mais	24	40,0
Situação Conjugal		
Solteiro	33	55,0
Casado	22	35,7
União estável	3	5,0
Divorciado (a)	2	3,3
Filhos		
Não	35	58,3
Sim	25	41,7
Renda Mensal		
≤ 3.000,00	11	18,3
3.000,00 – 6.000,00	38	63,3
6.000,00 – 10.000,00	7	11,7
10.000,00 – 20.000,00	4	6,7

Nota: * Respostas válidas excluídas as ignoradas

Com relação ao tempo de trabalho em UTI, a maioria 63,3% dos fisioterapeutas tinha até 5 anos de trabalho em UTI, desses, 13,3% tinha apenas um ano, 36,7% tinha mais de 5 anos, dentre esses, 21,8% dos profissionais tinham tempo de trabalho em UTI igual ou superior a dez anos.

Com relação à carga horária de trabalho em UTI, a maioria 55,0% habitualmente tem plantão de 24 horas, 41,7% tem plantão de 12 horas e 3,3% tem outra carga horária. Com relação à carga horária semanal de trabalho, a maioria 63,4% tem carga horária de 24 a 30 horas, 31,8% de 36 a 78 horas e apenas 5,0% tem até 12 horas semanais de trabalho.

Em relação ao plantão noturno, 90,0% tem plantões de 12 - 24 horas e 10,0% tem plantões de 36 - 96 horas, com uma média de 19,25 e mediana de 12 horas de plantão noturno. Em relação a jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as atividades que geram renda, a média de carga horária foi de 57,26, e a mediana de 55,5 horas por semana, sendo

que 46,6% tem jornada maior que 56 horas e 53,4% tem jornada menor que 56 horas por semana.

O tipo de vinculação mais frequente é como assalariado privado 26,7%, seguido de assalariado público 23,3%, depois cooperativado 21,7% e outros 28,2% (prestador de serviço, contrato temporário e pessoa jurídica) e 39% trabalham em dois ou mais hospitais (Tabela 2).

Tabela 2 - Características do trabalho da população de fisioterapeutas intensivistas. Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características funcionais dos fisioterapeutas intensivistas	N*	%
Tempo de Trabalho (anos) (N= 60)		
≤ 5 anos	38	63,3
≥ 6 anos	22	37,7
CH** de Trabalho em UTI (N= 60)		
24 horas	33	55,0
12 horas	24	41,7
Outros	2	3,3
CH Semanal de Trabalho em UTI (N=60)		
12 horas	3	5,0
24 – 30 Horas	38	63,4
36 – 78 Horas	18	31,8
CH de Plantão Noturno em UTI (N= 60)		
12 – 24 Horas	53	90,0
36 – 96 Horas	6	10,0
CH total semanal (n=58)		
≤ 56 horas	30	53,4
Maior que 56 horas	27	46,6
Vínculo Institucional (N=60)		
Assalariado privado	16	26,1
Assalariado público	14	23,3
Cooperativado	13	21,7
Outros***	16	28,2

Nota: * Respostas válidas excluídas as ignoradas **CH =Carga horária ***Outros: prestador de serviço, contrato temporário e pessoa jurídica

Com relação ao *Burnout*, a análise das dimensões separadamente, apontou uma prevalência 38,3%, de exaustão emocional, seguida de despersonalização com 16,7% e ineficácia 15,0%. A síndrome de *Burnout* foi observada em 33,3% quando adotado o critério de ter nível alto em pelo menos uma das três dimensões (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de *Burnout* em suas dimensões, em uma população de fisioterapeutas intensivistas, Feira de Santana, 2016

EXAUSTÃO EMOCIONAL		N	%
Alto		23	38,3
Moderado		19	31,7
Baixo		17	30,0
DESPERSONALIZAÇÃO			
Alto		10	16,7
Moderado		7	11,7
Baixo		42	71,7
INEFICÁCIA			
Alto		9	15,0
Moderado		23	40,0
Baixo		27	45,0
Total		59	100
NÍVEL ALTO NAS DIMENSÕES DO <i>BURNOUT</i>			
Em uma dimensão		20	33,3
Em duas dimensões		8	13,6
Em três dimensões		2	3,4

Foi realizada associação entre o *Burnout* (score alto em pelo menos uma das três dimensões) com as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal, ter filhos, renda mensal e tempo em anos de trabalho (Tabela 4); e com as características do trabalho: carga horária habitual de plantão, carga horária semanal de trabalho, carga horária de plantão noturno, carga horária total de trabalho ao longo da semana e se vem de outro trabalho antes do plantão (Tabela 5).

Tabela 4 – Associação medida pela Razão de Prevalência (RP) entre as características sociodemográficas e o nível alto em pelo menos uma dimensão do *Burnout* na população de fisioterapeutas intensivistas. Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características Sociodemográficas	Nível alto em uma dimensão do <i>Burnout</i>				RP
	Sim	%	Não	%	
Sexo (n=60)					
Masculino	6	50,0	6	50,0	1,71
Feminino	14	29,1	34	70,9	-
Idade (n= 60)					
34 anos ou mais	10	41,7	14	58,3	1,50
≤ 33 anos	10	27,8	26	72,2	-
Situação Conjugal (n= 60)					
Solteiro	12	36,4	21	63,6	1,22
Com companheiro (a)	8	29,7	19	70,3	-
Ter filhos (n=60)					
Não	14	40,0	21	60,0	1,66
Sim	6	24,0	19	76,0	-
Renda mensal (n= 60)					
≤ R\$ 6.000,00	17	34,7	32	65,3	1,27
Maior que R\$ 6.000,00	3	27,3	8	72,7	-
Tempo/anos de trabalho (n=60)					
≥ 6 anos	9	40,9	13	59,1	1,41
Menor que 6 anos	11	29,0	27	71,0	-

Tabela 5 – Associação medida pela Razão de Prevalência (RP) entre as características do trabalho e o nível alto em pelo menos uma dimensão do *Burnout* na população de fisioterapeutas intensivistas. Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características do trabalho	Nível alto em uma dimensão do <i>Burnout</i>				RP
	Sim	%	Não	%	
CH* de plantão (n= 60)					
Maior que 12 horas	12	34,3	23	65,7	1,07
≤ 12 horas	8	32,0	17	68,0	-
CH semanal em UTI (n=60)					
Maior que 30 horas	7	36,9	12	63,1	1,16
≤ 30 horas	13	31,7	28	68,3	-
CH plantão noturno (n=60)					
Maior que 12 horas	9	42,9	12	57,1	1,51
≤ 12 horas	11	28,2	28	71,8	-
CH total semanal (n=58)					
Maior que 56 horas	12	44,4	15	55,6	1,72
≤ 56 horas	8	25,9	23	74,1	-
Vem de outro trabalho (n=60)					
Sim	9	41,0	13	59,0	1,41
Não	11	28,9	27	71,1	-

Nota: *CH =Carga horária

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam um perfil de fisioterapeutas intensivistas em sua maioria jovens, do sexo feminino, solteiros, com até 5 anos de trabalho em UTI, com renda líquida mensal na faixa de R\$ 3.001,00 a 6.000,00, carga horária habitual de plantão de até 24 horas, carga horária semanal de trabalho de 24 a 30 horas, carga horária de plantões noturnos de 12 - 24 horas, com vínculo de trabalho assalariado (privado/público), trabalham em dois ou mais hospitais e atendem pelo menos 10 pacientes por plantão.

As características sociodemográficas dos fisioterapeutas nesse estudo apontaram semelhança com outros estudos revisados. Predomínio do sexo feminino, solteiros, idade média menor que 40 anos e com até 5 anos de trabalho em fisioterapia ^(1,8,9,17,18,19,20,21,22,23,24,25).

A prevalência de *Burnout* neste estudo, considerando nível alto nas dimensões exaustão, despersonalização e ineficácia foi de 38,3%, 16,7% e 15,0% respectivamente, assemelhou-se às prevalências encontradas em outros estudos em cada dimensão separadamente. Em um estudo ⁽⁸⁾ realizado em um hospital de Massachussets 46% dos fisioterapeutas apresentaram alto nível de exaustão, 20% de despersonalização e 60% de ineficácia.

No estudo de Gisbert, Los Fayos e Montesinos⁽²⁰⁾, 35,3% apresentaram nível alto para exaustão, 21,3% para despersonalização e 19,4% nível alto para ineficácia, e Nowakowska-Domagala, et al.,⁽²⁴⁾ no seu estudo encontraram em 17% da amostra estudada nível alto de exaustão, 16% de despersonalização e 15% com nível alto de ineficácia.

Considerando o escore alto em pelo menos uma dimensão, a prevalência de *Burnout* neste estudo, foi de 33,3% e 3,4% quando considerado o escore alto em três dimensões simultaneamente, resultado um pouco menor que o estudo de Al-Imam DM, Al-Sobayel⁽²⁶⁾ que foi encontrado nível alto de *burnout* nas três dimensões em 7,5% da amostra estudada.

Foi realizada análise de associação das características sociodemográficas e do trabalho com *Burnout*. A prevalência de *Burnout* apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis: sexo, idade, situação conjugal, ter filhos, renda mensal e tempo de trabalho como fisioterapeuta, carga horária de plantão, carga horária semanal total em UTI, carga horária de plantão noturno e se vem de outro trabalho antes do plantão.

Observou-se maior prevalência de *Burnout* entre os fisioterapeutas do sexo masculino (RP 1,71), com idade ≥ 34 anos (RP 1,50), entre os que informaram não ter filhos (RP 1,66), que informaram renda mensal \leq R\$ 6.000,00 (RP 1,27), entre os solteiros (RP 1,22) e com tempo em anos de trabalho como fisioterapeuta ≥ 6 anos (RP 1,41).

Observou-se que quanto ao tempo em anos de trabalho como fisioterapeuta, os resultados desse estudo divergem dos estudos pesquisados^(8,17,18,21,27,26), nos quais, os fisioterapeutas que estavam susceptíveis a desenvolver a síndrome de esgotamento profissional foram os que informaram tempo de atuação (< 5 anos), sendo observado que o maior tempo de atividade laboral não apresentou associação com o aparecimento dos sintomas.

Em relação as características do trabalho, observou-se maior prevalência de *Burnout* entre os fisioterapeutas, que informaram carga horária semanal de trabalho > 30 horas (RP 1,16), carga horária de plantão noturno maior que 12 horas (RP 1,51), carga horária total semanal > 56 horas (RP 1,72) e se vem de outro trabalho antes do plantão (RP 1,41).

Apesar da escassez de estudos na literatura nacional e internacional associando a síndrome de *Burnout* com as características do trabalho do fisioterapeuta intensivista, esse estudo demonstrou associação estatisticamente significativa da carga horária de trabalho (semanal, de plantão noturno e de toda atividade que gera renda ao longo da semana) com a síndrome de *Burnout*. Alguns autores^(10,23) relatam que, o aumento da sobrecarga laboral pode levar o profissional a diminuir o contato com o paciente e dessa forma menos serviços são fornecidos e há pouco ou nenhum acompanhamento, que pode repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.

Ressalta-se que o presente estudo é pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos profissionais fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva, em uma cidade do interior do Brasil e avaliar a prevalência de *Burnout* e fatores associados nesta população.

Entretanto, é necessário tecer algumas considerações metodológicas: os estudos de corte transversal não permitem estabelecer nexos causais, apenas apontam a associação entre as variáveis estudadas; nesse estudo, em virtude do tamanho da população estudada, optou-se por não realizar análises de confundimento e interação, procedimentos importantes para conclusões mais robustas; a utilização do questionário autoaplicável, pela característica subjetiva do respondente, pode influenciar os resultados a depender do grau de compreensão, bem como, permite a devolução de questionários com respostas incompletas.

Por fim observou-se uma escassez na literatura de estudos que abordem o *burnout* em fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva, assim prejudicando a comparação e a discussão dos resultados observados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram elevada prevalência de síndrome de *Burnout* entre os fisioterapeutas estudados quando considerado o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas, sinalizam a necessidade de rever as condições de trabalho desses profissionais e a reflexão sobre a adoção de medidas que possam modificar os resultados encontrados. Dessa forma, estimulam os autores a continuarem investindo nessa linha de pesquisa buscando caracterizar mais precisamente as condições de trabalho, a relação fisioterapeuta-paciente e a motivação desses profissionais que atuam em Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. BMC Health Serv Res [Internet]. 2010;10:63. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77949468254&partnerID=tZOtx3y1>
2. Araújo, Tânia Maria de Araújo 1 Graça, Cláudia Cerqueira Graça 1 Araújo E. Estresse ocupacional e saúde : contribuições do Modelo Demanda-Controle Occupational stress and health : Job Strain Model contribution. Stress Int J Biol Stress. 2003;285-97.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;11(2):343-61.
4. Barros DDS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida

- ADM, 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*. 2008;20(3):235–40.
5. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DDS, 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*. 2009;55(6):656–62.
 6. Pereira B, A.M.T. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 2010;
 7. BRASIL P, GM/MS. Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. - DOU Nº 154 Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Ministério da Saúde. 1998;(D):1–5.
 8. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, Schindler T, Jette DU. Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Phys Ther*. 1993;73(11):750–756-761.
 9. Ogiwara S, Hayashi H. Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture. *J Phys Ther Sci*. 2002;14(1):7–13.
 10. Wolfe GA. Burnout of therapists: inevitable or preventable? *Phys Ther*. 1981;61(7):1046–50.
 11. IBGE. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2910800> Acesso em: 03 fevereiro de 2017. Censo Demográfico 2010. 2010;Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidad>.
 12. MS B. Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP. Diário Of da União [Internet]. 2012;12:59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 13. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. California, Jossey-Bass Publ USA. 1997;
 14. Tucunduva LTCDM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM De, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):108–12.
 15. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Guanabara/ Koogan. 2012;Rio de Janeiro.
 16. Silvano Neto AM. Bioestatística sem segredos. 2008;1ª edição(Salvador):321.
 17. Scutter S, Gould M. Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia. *Aust J Physiother*. 1995;41(0004–9514 (Print)):115–8.
 18. Wandling BJ, Smith BS. Burnout in orthopaedic physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1997;26(3):124–30.
 19. Castro Sánchez AM, Rodríguez Claro ML, Moreno Lorenzo C, VicenteMartín C, Arroyo Morales M, Fernández Fernández MJ. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*. 2006;28(1):17–22.
 20. Gisbert M, Los Fayos E, Montesinos M. Burnout en fisioterapeutas Españoles. *Psicothema*. 2008;20(3):361–8.
 21. Bermúdez, L.C; Molina, A.J.C; López, J.L.S; Rivera D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007. 2008;
 22. Tragea P, Damigos M, Mavreas V, Gouva M. Επαγγελματική Φυσικοθεραπευτών Εξουθένωση σε Δείγμα Ελλήνων Burn out among Greek physical therapists. 2012;77–82.
 23. Pustułka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywoszański Ł, Stożek J. Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. *Med Pr*. 2014;65(4):453–62.
 24. Nowakowska-Domagala K, Jabłkowska-Górecka K, Kostrzanowska-Jarmakowska L, Morteń M, Stecz P. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015;94(24):e906. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4616538&tool=pmcentrez&rend>

ertype=abstract

25. Tironi MOS, Teles JMM, Barros D de S, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins DF, et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):270–7.
26. Al-Imam DM, Al-Sobayel HI. The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. *J Phys Ther Sci*. 2014;26(8):1193–8.
27. Ibikunle P, Umeadi O, Ummunah J. Predictors of Burnout Syndrome Among Nigerian Physiotherapists. *African J Physiother Rehabil Sci*. 2012;4(1–2):1–7.

6. DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a maioria dos médicos intensivistas são jovens, do sexo masculino, com situação conjugal estável, sem filhos, com pós-graduação, remuneração mensal superior a R\$ 10.000,00, elevada carga horária semanal de trabalho e realizam o trabalho em regime de plantão noturno.

O aumento das exigências no trabalho pode levar o profissional a diminuir o contato com o paciente e isso pode repercutir diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde (TIRONI ET AL, 2016). Além disso, profissionais que têm a saúde comprometida e prestam assistência direta, podem cometer erros, o que pode comprometer a segurança dos pacientes (MERLANI ET AL, 2011; RIBEIRO ET AL, 2014; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017).

Os plantões, especialmente os noturnos, podem alterar o biorritmo de sono, a alimentação e as atividades sociais (FRANÇA ET AL, 2012). Não assistir TV/Cinema e não dormir nos horários livres também são preditores para a ocorrência da Síndrome de *Burnout*, o que pode ser explicado, pela excessiva carga horária dedicada ao trabalho, que por sua vez, reduz o tempo livre para realizar atividades de esporte, lazer e de cuidados pessoais contribuindo para elevar a prevalência de Burnout (LEITER; BAKKER; MASLACH, 2014), bem como, desenvolver outros problemas de saúde, como: hipertensão, distúrbios do sono, distúrbios gastrointestinais, alterações posturais, dentre outros (FOGAÇA ET AL, 2008; ARORA ET AL, 2013).

A elevada prevalência da Síndrome de Burnout (47,9%), entre os médicos estudados, encontra semelhança com outros estudos realizados com profissionais de saúde (EMBRIACO, 2007; BARROS ET AL, 2016). A medicina intensiva possui estressores, como lidar diretamente com a morte, tomar decisões rápidas e ter controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares. Portanto, o médico intensivista necessita também de elevada qualificação profissional, elevado nível de atenção e atualização técnico científica (FOGAÇA ET AL, 2008; ARORA ET AL, 2013).

A Síndrome de Burnout é um fenômeno multifatorial, visto que se trata de uma combinação de características pessoais, do tipo de atividade realizada e das condições da instituição onde o trabalho é realizado (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Pode ser considerada um problema de saúde ocupacional produzindo implicações tanto para os profissionais, como para os familiares, pacientes e organizações (BARROS ET AL, 2016).

No presente estudo, entre os médicos, a exaustão emocional teve uma maior prevalência (44,0%), seguida da despersonalização (15,4%) e ineficácia (10,0%). A primeira é entendida como uma reação às exigências do trabalho e pode estar relacionada à sobrecarga laboral, física ou emocional, sendo considerada como um dos gatilhos para a ocorrência de Burnout (TIRONI ET AL, 2016). A segunda, caracterizada por atitudes frias e negativas e comportamento depreciativo em relação às pessoas diretamente envolvidas com o trabalho, pode levar o trabalhador a ser cínico e irônico com os receptores do seu trabalho (ARORA ET AL, 2013). A ineficácia, considerada como a última reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho, caracteriza-se pela perda da autoconfiança, sensação de fracasso levando a um sentimento de baixa realização pessoal e no trabalho (ARORA ET AL, 2013; TIRONI ET AL, 2016).

Os médicos pesquisados informaram elevada frequência de queixas relacionadas à saúde mental, problemas posturais e queixas somáticas. Nascimento Sobrinho et al, 2006 encontraram prevalência elevada de sofrimento mental e queixas posturais, sugerindo que as características tradicionais e atuais do trabalho médico podem contribuir para o adoecimento desses trabalhadores.

Dessa forma, os resultados encontrados podem estar associados às especificidades do trabalho médico, e em especial, do médico intensivista, por lidar com a dor, o sofrimento, a morte, com a necessidade de controle emocional no contato com pacientes e familiares, por exigir elevada atenção e raciocínio rápido gerando uma rotina laboral marcada pelo estresse, entre outros fatores que podem ocasionar desgaste físico e mental (BARROS ET AL, 2008).

Na categoria de enfermagem, prevaleceu as trabalhadoras do sexo feminino, jovens, com situação conjugal estável, sem filhos, pós-graduados, remuneração entre R\$ 6.001,00 a 10.000,00, elevada carga horária de trabalho semanal em regime de plantão, com realização de trabalho em regime de plantão noturno e dupla jornada laboral. Quanto aos hábitos de vida, a maioria realiza atividade física, não fumava e consumia bebida alcoólica.

A prevalência de DPM foi de 24,6%, resultado semelhante a outros estudos (SILVA ET AL, 2015). Em um estudo com trabalhadores de enfermagem de UTI, a prevalência geral de DPM foi de 42,5% (AMARAL, 2006). Em outros ambientes de trabalho de atuação de enfermeiros, tais como atenção básica à saúde e docência, obtiveram-se prevalências semelhantes às encontradas neste estudo (BARBOSA ET AL, 2012; TAVARES ET AL, 2014). Pode-se refletir que os DPM fazem parte de uma realidade presente no trabalho dos enfermeiros em diferentes ambientes laborais, que podem apresentar consequências diretas para a sua saúde e

para a qualidade de assistência prestada, seja na área hospitalar, na atenção básica ou na docência, por isso, podem ser considerados um problema de saúde pública.

Neste estudo, verificou-se que a prevalência de DPM foi maior entre enfermeiros mais jovens (RP = 1,77), semelhante ao encontrado no estudo de Kirchhof e colaboradores (2009). A depressão atinge frequentemente os profissionais mais jovens, apontando para uma possível vulnerabilidade a situações de estresse e de adoecimento, devido à pouca experiência em lidar com situações cotidianas no ambiente de trabalho (VASCONCELOS; MARTINO, 2017).

A elevada carga horária de trabalho semanal em regime de plantão dos enfermeiros pode ser um fator desencadeador de estresse e sofrimento mental. As condições de trabalho podem interferir diretamente na saúde dos trabalhadores. Este estudo revelou uma associação positiva entre a elevada carga horária de trabalho em UTI e DPM, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos (KIRCHHOF ET AL 2009; VASCONCELOS; MARTINO, 2017). Quanto ao regime de trabalho de plantão noturno, verificou-se uma razão de prevalência de 1,50, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos sobre o estresse e Burnout entre enfermeiros (KIRCHHOF ET AL 2009; INOUE, 2013; ANDOLHE, 2015).

O trabalho noturno está associado a níveis de estresse elevados, podendo potencializar a ocorrência de complicações à saúde, pois, o desequilíbrio do ritmo biológico provoca maiores níveis de estresse e piora a qualidade do sono. No plantão noturno os profissionais sentem-se solitários, desgastados, levando a condições desfavoráveis no estado físico e mental, produzindo sensações de cansaço, alteração do humor, falta de controle e dificuldades em realizar tarefas (GIRONDI; GELBCKE, 2011).

Ao analisar o duplo vínculo, a prevalência de DPM foi maior em profissionais que costumavam assumir o plantão na UTI vindos de outro trabalho, apontando uma associação positiva entre a dupla jornada laboral e DPM, o que pode indicar uma maior susceptibilidade ao sofrimento mental (INOUE, 2013; TAVARES ET AL, 2014).

Em relação ao tipo de UTI, foi encontrada uma associação positiva entre DPM e UTI pediátrica e neonatal. Este dado nos sugere uma reflexão sobre o contexto que envolve as especificidades do trabalho nessas unidades: cuidar de crianças ou recém-nascidos em estado crítico, com risco iminente de morte. Profissionais intensivistas relataram maior sofrimento mental diante do óbito e do agravamento do quadro do paciente infantil. Tal situação pode estar relacionada ao significado da vida na infância, quando a morte escapa à ordem considerada natural da existência humana. Dessa forma, a sensação para os profissionais é de que a vida não

foi vivida o suficiente, diante da precocidade da morte (CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2015).

Com relação aos hábitos de vida, observou-se uma fraca associação entre a falta de atividade física e DPM. A literatura biomédica aponta inúmeros benefícios relacionados com a prática da atividade física nos hábitos cotidianos e profissionais, tais como: melhora cognitiva, combate ao estresse, ansiedade, depressão, melhora das relações interpessoais, energia e menos cansaço durante a vida laboral (FREIRE ET AL, 2015).

O presente estudo avaliou de maneira genérica a prática de atividade física entre os trabalhadores estudados, sem a utilização de instrumento específico e validado. Além disso, esse resultado pode sugerir viés de causalidade reversa, frequente em estudos de corte transversal. Neste caso, os trabalhadores que informaram praticar atividade física, podem ter adotado esse comportamento para buscar melhor qualidade de vida, quando já apresentavam algum grau de sofrimento mental. Portanto, o resultado obtido deve ser analisado com cautela, pois a abordagem adotada apresenta baixa precisão.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, foi encontrada associação positiva com DPM (RP = 1,61). O levantamento nacional sobre o padrão de consumo de álcool na população brasileira apresenta resultado semelhante (50%) (UFSP, 2014). Além disso, a American Nurses Association (ANA) estimou que cerca de 10% dos enfermeiros são dependentes de álcool e/ou de outras drogas, o que pode comprometer sua saúde e seu desempenho profissional, colocando em risco a segurança do paciente (KUNYK, 2015).

Nos enfermeiros, os resultados revelaram elevada prevalência de Burnout (53,6%), o que é preocupante, já que os profissionais estudados atuam na assistência direta a pacientes graves, onde o erro na execução dos procedimentos pode representar sequelas graves ou até o óbito. Outros estudos, que empregaram o critério de Grunfeld et al, (2000), apresentaram resultados semelhantes variando entre 28,0% e 57,0% (AL-DARDAS ET AL, 2010; GIANNINI, 2013; TEIXEIRA ET AL, 2013; ZHANG; HUANG; GUAN, 2014; RIBEIRO ET AL, 2014; ZANATTA; LUCCA 2015; SILVA ET AL 2015; NTANTANAA ET AL, 2017; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018). Os resultados dos estudos consultados revelaram estimativas elevadas de prevalência da síndrome de Burnout entre enfermeiros intensivistas de diferentes países.

Esse estudo observou entre os enfermeiros, uma maior frequência do nível alto na dimensão exaustão emocional (41,0%), seguido de baixa realização pessoal/ineficácia (17,0%) e despersonalização (6,5%), em outros estudos com enfermeiros, foram encontradas taxas que variaram de 16,1% a 42,6% para a exaustão emocional, de 6,1% a 35,6% para realização pessoal

e de 2,4% a 25% para Despersonalização (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; TEIXEIRA ET AL, 2013). Os resultados apontam para uma maior frequência do nível alto na dimensão exaustão emocional, entre os enfermeiros trabalhadores de UTI.

Ao analisar as características sociodemográficas e hábitos de vida, observou-se, predominantemente, uma população jovem, do sexo feminino, com companheiro e sem filhos, semelhante aos achados de Muse, Love, Christensen (2015). Observou-se ainda uma prevalência mais elevada da SB entre os indivíduos mais jovens, na dimensão exaustão emocional. Resultados semelhantes a outros estudos com enfermeiros de UTI e de unidades críticas, evidenciando que essa população pode ser considerada mais exposta a situações de estresse, o que pode estar relacionado a pouca experiência em lidar com situações críticas que exigem respostas rápidas no ambiente de trabalho (MUSE; LOVE; CHRISTENSEN, 2015; VASCONCELOS; MARTINO, 2017).

Com relação aos hábitos de vida, a maioria, informou realizar atividade física, não fumar e fazer uso de bebida alcoólica. Neste estudo foi observada uma associação entre realização de atividade física e baixa prevalência de Burnout. A literatura consultada aponta para os benefícios da atividade física na saúde desses trabalhadores, tais como: melhora cognitiva, redução do estresse, dos sintomas de ansiedade e depressão, diminuição dos conflitos nas relações interpessoais e menor sensação de cansaço durante as atividades laborais (SIVA ET AL, 2010).

Os resultados apontaram uma associação entre o consumo de álcool e Burnout. Embora não seja possível qualificar estes profissionais como bebedores problemas, a American Nurses Association (2008) estimou que, cerca de 10% dos enfermeiros são dependentes de álcool e outras drogas, o que pode comprometer sua saúde e seu desempenho profissional, colocando em risco a segurança dos pacientes (ANA, 2008).

Em relação ao perfil dos enfermeiros, de acordo com as variáveis laborais, o tempo médio de trabalho em UTI foi de aproximadamente seis (06) anos, similar ao encontrado em outro estudo com estes profissionais (TEIXEIRA ET AL, 2013). Observou-se ainda elevada carga horária de trabalho em outras atividades remuneradas na área de atuação da enfermagem. A maioria possui título de especialista em terapia intensiva e declararam receber uma renda mensal entre 3.000,00 a 6.000,00 reais.

O desequilíbrio entre o salário e a carga horária de trabalho pode aumentar, significativamente, a probabilidade dos enfermeiros desenvolver Burnout (TEIXEIRA ET AL, 2013). A categoria de enfermagem, ainda hoje, luta para a definição de um piso salarial. A maioria dos enfermeiros relatou trabalhar em outro local, esse fato pode estar relacionado a uma

busca por aumento da renda. Em estudo realizado por Zanatta e Lucca (2015), foi observado que 35,1% dos enfermeiros possuíam dois vínculos de trabalho, o que pode contribuir para a sobrecarga laboral desses profissionais (LORENZ, BENATTI; SABINO, 2010; GALINDO ET AL, 2012; ZANATTA; LUCCA, 2015).

Os trabalhadores estudados em sua maioria revelaram atender mais de 10 pacientes por plantão, a prevalência da SB apresentou-se superior aos daqueles que informaram atender menos de 10 pacientes por plantão. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, publicada em 11 de maio de 2012, define que o enfermeiro assistencial em UTI, deve atender no máximo dez pacientes (1:10) (ANVISA, 2018). Considerando que a relação enfermeiros-pacientes pode estar associada a uma assistência de qualidade, com segurança e eficácia, corroborando com a Resolução COFEN número 543/ 2017 (COFEN, 2017), que considera o quantitativo e o qualitativo de profissionais de enfermagem interferir, diretamente, na segurança e na qualidade da assistência prestada ao paciente (RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017). A segurança do paciente influi sobre a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e está relacionado com as boas práticas assistenciais (SOUSA; MENDES, 2014).

A preocupação com a segurança do paciente, tem o objetivo de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano associado ao atendimento prestado pelos trabalhadores de saúde (BALSANELLI; CUNHA, 2013). É importante destacar que, a UTI é um setor que atende pessoas em estado grave que necessitam de cuidados imediatos e em condições adequadas. Assim, a sobrecarga de demandas no ambiente da UTI e a ocorrência do SB entre os trabalhadores de enfermagem podem prejudicar a qualidade do cuidado prestado, colocando em risco a segurança dos pacientes (NOVARETTI, 2014).

A prevalência de Burnout foi elevada em todos os quadrantes do modelo demanda-controle e considerada a mais elevada quando comparada com a encontrado em outros estudos (GIANNINI, 2013; TEIXEIRA ET AL, 2013; ARAÚJO ET AL, 2018). Na situação de alta exigência (alta demanda e baixo controle), constatou-se elevada prevalência Burnout, confirmando a principal predição do modelo. Ou seja, o trabalho em alta exigência apresenta maior risco à saúde mental dos trabalhadores. Na situação de trabalho ativo (alta demanda e alto controle), a elevada prevalência de *Burnout* foi um achado inesperado, já que, na maioria dos estudos, a prevalência mais elevada é na situação de trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle).

Os achados sugerem que, embora o profissional considere que o seu trabalho apresente alto controle, a alta demanda parece estar mais associada com o sofrimento mental. Esse resultado corrobora com o obtido por Tironi e colaboradores (2009), que encontraram uma

alta prevalência da SB na situação de alta exigência, confirmando a demanda como o componente mais importante para o sofrimento mental em trabalhadores de terapia intensiva.

Os resultados apontaram elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores na população estudada, bem como, associação entre DPM e idade, carga horária de plantão em UTI, carga horária semanal de trabalho, realização de plantão noturno, duplo vínculo, tipo de UTI, atividade física e consumo de álcool.

Os resultados também revelaram elevada prevalência de *Burnout* e elevada sobrecarga de trabalho entre os enfermeiros. Observou-se associação entre Burnout e indivíduos jovens, fumantes, que faziam uso de bebida alcoólica, que trabalhavam em regime de plantão noturno, com duplo vínculo de trabalho, que possuem título de especialista em Terapia Intensiva, assistir 10 ou mais pacientes por plantão, perceber renda mensal \leq R\$ 3.000,00 e considerar o trabalho ativo ou com alta exigência.

Entre os fisioterapeutas prevaleceu o sexo feminino, ser jovem, solteiro, com até 05 anos de trabalho em UTI, renda entre R\$ 3.001,00 a 6.000,00, carga horária habitual de plantão de até 24 horas, carga horária semanal de trabalho de 24 a 30 horas, carga horária de plantões noturnos de 12 - 24 horas, com vínculo de trabalho assalariado (privado/público), com mais de um vínculo de trabalho e atendendo a, pelo menos, 10 pacientes por plantão. Resultados semelhantes aos de outros estudos revisados, como o predomínio do sexo feminino, solteiros, jovens e com até 05 anos de trabalho em fisioterapia (OGIWARA; HAYASHI, 2002; CASTRO ET AL, 2006; GISBERT; LOS FAYOS; MONTESINOS, 2008; BERMÚDEZ ET AL, 2008; PAVLAKIS; RAFTOPOULOS; THEODOROU, 2010; TRAGEA, 2012; PUSTUŁKA-PIWNIK, 2014; NOWAKOWSKA-DOMAGALA, 2015; TIRONI ET AL, 2016).

Entre os fisioterapeutas a exaustão emocional teve uma maior prevalência (38,3%), seguida da despersonalização (16,7%) e ineficácia (15,0%). Estes achados são semelhantes as prevalências encontradas em outros estudos (8, 20, 24).

Considerando o escore alto em pelo menos uma das dimensões, a prevalência de Burnout neste estudo foi de 33,3% e, quando considerado o escore alto nas três dimensões, a prevalência foi de 3,4%. Resultado menor que o encontrado no estudo de Al-Imam e Al-Sobayel (2014).

A análise de associação entre as características sociodemográficas e do trabalho com Burnout foi realizada e observou-se associação com sexo, idade, situação conjugal, ter filhos, renda mensal, tempo de trabalho como fisioterapeuta, carga horária de plantão, carga horária semanal total em UTI, carga horária de plantão noturno e se vem de outro trabalho antes do plantão. Observou-se maior prevalência de Burnout entre os fisioterapeutas do sexo masculino

(RP 1,71), jovens (RP 1,50), sem filhos (RP 1,66), renda \leq R\$ 6.000,00 (RP 1,27), solteiros (RP 1,22) e que trabalham como fisioterapeuta há mais de 06 anos (RP 1,41).

Ao analisar o tempo de atuação como fisioterapeuta, em anos de trabalho, os resultados deste estudo divergem dos estudos pesquisados (BERMÚDEZ ET AL, 2008; IBIKUNLE; UMEADI; UMMUNAH, 2012; AL-IMAM; AL-SOBAYEL, 2014), nos quais, os fisioterapeutas que estavam susceptíveis a desenvolver Burnout foram os que informaram menor tempo de atuação (< 05 anos).

Em relação às características do trabalho, observou-se maior prevalência de Burnout entre os fisioterapeutas, que informaram carga horária semanal de trabalho > 30 horas (RP 1,16), carga horária de plantão noturno maior que 12 horas (RP 1,51), carga horária total semanal > 56 horas (RP 1,72) e se vem de outro trabalho antes do plantão (RP 1,41).

Apesar da escassez de estudos na literatura nacional e internacional associando *Burnout* e características do trabalho do fisioterapeuta intensivista, este estudo demonstrou associação da carga horária de trabalho (semanal, de plantão noturno e de toda atividade que gera renda ao longo da semana) com Burnout. Alguns autores (PUSTUŁKA-PIWNIK, 2014) relataram que o aumento da sobrecarga laboral pode levar o profissional a diminuir o contato com o paciente e dessa forma, menos serviços são fornecidos e há pouco ou nenhum acompanhamento, o que pode repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na população estudada, médicos enfermeiros e fisioterapeutas intensivistas, observou-se a predominância de indivíduos jovens, sem filhos, pós-graduados, com companheiros, múltiplos vínculos laborais, elevada carga horária de trabalho semanal e de plantão noturno.

Elevada prevalência da Síndrome de *Burnout* nas três categorias profissionais foi apontada nos resultados. Entre os enfermeiros observou-se associação com idade, uso de tabaco, uso de bebida alcoólica, carga horária de plantão noturno, vínculo de trabalho, possuir título de especialista em Terapia Intensiva, número de pacientes assistidos por plantão, renda mensal e considerar o trabalho ativo ou de alta exigência. Entre os fisioterapeutas observou-se associação com sexo, idade, ter filhos, carga horária de plantão noturno e carga horária total de trabalho semanal.

Os resultados apontaram, ainda, elevada prevalência de Distúrbio Psíquico Menor entre os enfermeiros e associação com idade, carga horária total de trabalho semanal em UTI; carga horária total de trabalho semanal, plantão noturno, duplo vínculo, tipo de Unidade de Terapia Intensiva e consumo de bebida alcoólica.

O presente estudo tem o mérito de ser populacional e assim, poder analisar todas as pessoas do grupo estudado, além de ser pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, em uma cidade do interior do Brasil.

Algumas considerações metodológicas devem ser colocadas: os estudos de corte transversal não permitem estabelecer nexos causais, apenas apontam a associação entre as variáveis estudadas. Está sujeito ao efeito do trabalhador sadio, assim, trabalhadores com diagnóstico de Síndrome de *Burnout* e Distúrbio Psíquico Menor, podem ter sido afastados de suas funções ou mesmo excluídos da força de trabalho ativa, não sendo alcançados neste estudo; os resultados podem sugerir viés de causalidade reversa, frequente em estudos de corte transversal. Neste caso, os trabalhadores que informaram praticar atividade física podem ter adotado esse comportamento para buscar melhor qualidade de vida, quando já apresentavam algum grau de sofrimento mental. Dessa forma, o resultado obtido deve ser analisado com cautela; por se tratar de estudo exploratório, não foram realizadas análises de interação e confundimento, procedimentos que permitem estabelecer evidências mais robustas. Foram realizadas apenas análises bivariadas; e a utilização do questionário autoaplicável, pela

característica subjetiva do respondente, pode influenciar os resultados a depender do grau de compreensão, bem como, permite a devolução de questionários com respostas incompletas.

Os resultados desse estudo revelam a importância das condições de trabalho e das características das unidades pesquisadas como fatores associados ao sofrimento mental dos trabalhadores intensivistas. Essa investigação possibilitou apontar aspectos que envolvem o cenário de atuação desses trabalhadores, devendo contribuir para a discussão sobre a melhoria das condições de trabalho que favoreçam a qualidade de vida desses profissionais, buscando construir propostas de mudanças desses ambientes laborais.

Os resultados encontrados estimulam a continuidade das investigações sobre os fatores relacionados à prevalência da Síndrome de *Burnout* e do sofrimento mental em trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva.

8. PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

O trabalho apresentado deu início à construção de uma linha de investigação que desejo dar continuidade, Saúde Mental de Trabalhadores de Terapia Intensiva. Dessa forma, pretende-se:

1. Discutir a necessidade de padronização da interpretação dos resultados do MBI para a definição da presença ou ausência de *Burnout*, bem como, estabelecer um critério consensual para a definição da síndrome (presença do nível alto em apenas uma dimensão ou presença do nível alto nas três dimensões medidas pelo MBI). Assim, será possível comparar os resultados de estudos realizados entre a mesma categoria profissional e entre categorias diferentes e apontar possíveis fatores associados ao *Burnout*. Uma *letter* (Apêndices) foi elaborada e será submetida a uma revista, criteriosamente escolhida, com a intenção de discutirmos com pesquisadores dedicados ao tema e chegarmos a um consenso.
2. Explorar o banco de dados para novas análises, com o objetivo de produzir conhecimento científico envolvendo as três categorias profissionais, buscando ampliar os achados sobre *Burnout* e Distúrbio Psíquico Menor em intensivistas. Encontra-se em andamento um artigo sobre a Prevalência de *Burnout* e fatores associados em médicos intensivistas.
3. Supervisionar duas dissertações de mestrado intituladas “Prevalência e fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em fisioterapeutas intensivistas de uma grande cidade da Bahia” e “Distúrbios Psíquicos Menores e fatores associados em médicos trabalhadores de UTI de uma grande cidade do Estado da Bahia” (Anexos).
4. Organizar a edição de um livro sobre Saúde Mental de Trabalhadores de Terapia Intensiva, com a finalidade de compilar toda a produção de conhecimento atual da Sala de Situação sobre *Burnout* e Distúrbio Psíquico Menor em intensivistas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, RM; GONÇALVES, RMA; SIMÕES, ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev bras enferm.* 2014 maio-jun;67(3):386-93.
- AFFECTO MCP, TEIXEIRA MB. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursng*, vol. 8, n. 1.2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2009.2107/453>>. Acesso em: 05.12.18.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, “Resolução Nº 26 de 11 de maio de 2012”, Ministério da Saúde, 11 maio 2012. [Online]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html Acesso em 03 nov. 2018.
- AL-DARDAS H, AL-ENIZI N, AL-GAZAL M, AL-MAGHRABI G, AL-TURKI H, AL-TURKI R. Síndrome de Burnout entre enfermeiras multinacionais que trabalham na Arábia Saudita. *Ann Afr Med.* 2010; 9 (4): 226-9. doi: 10.4103 / 1596-3519.70960.
- AL-IMAM DM, AL-SOBAYEL HI. The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. *J Phys Ther Sci.* 2014;26(8):1193–8.
- AMARAL TR. Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas [dissertação]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 115 f.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). Nursing quality indicators: definitions and implications. 2008. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/>>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- ANDOLHE R, BARBOSA RL, OLIVEIRA EM, COSTA ALS, PADILHA KG. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(spe):58-64.
- ARAÚJO, TM. Distúrbios Psíquicos Menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem. “Tese de Doutorado”. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.
- ARAÚJO, TM; AQUINO, E; MENEZES, G; SANTOS, CO; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (4): 424-33.
- ARAÚJO, TM; GRAÇA, CG; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8 (4): 991-1003.
- ARAÚJO, TM; PINHO, PS; ALMEIDA, MMG. Prevalência de TMC em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Mater Infant* 2005; 5(3): 337-48.

ARAÚJO ST, SILVA SH, SILVA MN, COELHO ACC, PIRES CGS, MELO CMM. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 19]; 52:03411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100489&lng=pt. Epub 20-Dez-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017050503411>.

ARORA M, ASHA S, CHINNAPPA J, DIWAN AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. Emergency Medicine Australasia, v. 25, n. 6, p. 491-495, 2013. DOI 10.1093/heapol/czh031.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo, Ed. Revinter, 2004.

BALSANELLI AP, CUNHA ICKO. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. Acta Paul Enferm, São Paulo. v. 26, n. 6, p. 561-8, 2013.

BARBOSA, GB; CORREIA, AKS; OLIVEIRA, LMM; SANTOS, VC; FERREIRA, SMS; MARTINS JÚNIOR, DF ET AL. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. Rev Bras Saúde Ocup. 2012;37(126):306-15.

BARROS, DS, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sociodemográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20 (3): 235-240.

BARROS MMS, ALMEIDA SP, BARRETO ALP, FARO SRS, ARAÚJO MRM, FARO A. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. Temas em Psicologia, v. 24, n. 1, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-26>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000100020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.

BENEVIDES-PEREIRA, AMT (org). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERMÚDEZ, L.C; MOLINA, A.J.C; LÓPEZ, J.L.S; RIVERA D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principais factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

CASTRO SÁNCHEZ AM, RODRÍGUEZ CLARO ML, MORENO LORENZO C, VICENTE MARTÍN C, ARROYO MORALES M, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ MJ. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. Fisioterapia. 2006;28(1):17-22.

CHERER EQ, QUINTANA AM, PINHEIRO UMS. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. Estud psicol. 2015;32(4):685-94.

CLEVER, LH. A Saúde do médico. In: Beeson PG; McDermott W, editores. Cecil-Loeb: Tratado de Medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1990.

- COLFORD, JM; LITT, RC. The revealed sleeve of care - managing the stress of residency training. JAMA 1989; 261: 889-93.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O Médico e o Seu Trabalho. Brasília, DF: CFM; 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Os Médicos e a Saúde no Brasil. Brasília, DF: CFM; 1998.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 543/2017. In: Conselho Federal de Enfermagem. [texto na internet]. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>. Acesso em 04 de dez de 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2002.
- COSTA, AG; LUDERMIR, AB. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):73-9.
- COSTA, JSD; MENEZES, AMB; OLINTO, MTA; GIGANTE, DP; MACEDO, S; BRITTO, MAP; FUCHS, SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(2):164-73.
- COUTINHO, ESF; ALMEIDA-FILHO, N; MARI, JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. Rev Psiquiatr Clín 1999; 26: 246-56.
- DEJOURS, C. A loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Editora Cortez-Oboré: 1987.
- DEJOURS, C. Introdução à Psicopatologia do Trabalho. Tempo Social – Ver Sociol USP, 1989; 1(2): 97-103.
- EMBRIACO N, AZOULAY E, BARRAU K, KENTISH N, POCHARD F, LOUNDOU A, PAPAIZIAN L. High Level of Burnout in Intensivists: prevalence and associated factors. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v 175, n. 7, p. 686-692, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>.
- DONNANGELLO, MCF. Medicina e Sociedade. O Médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira 1975.
- FERREIRA, FG; CHAVES, EC. Estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. Revista de enfermagem do complexo HC. São Paulo. FMUSP, 2001.
- FOGAÇA MC, CARVALHO WB, CÍTERO VA, NOGUEIRA-MARTINS LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008. DOI 10.1590/S0103-507X2008000300009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.

FRANÇA FM, FERRARI R, FERRARI DC, ALVES ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two médium-sized hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5): 961-70.

FREIRE CB, DIAS RF, SCHWINGEL PA, FRANÇA EET, ANDRADE FMD, COSTA EC, et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):26-31.

GALINDO RH, FELICIANO KVO, LIMA RAS, SOUZA AI. Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):420-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>.

GIANNINI A, MICCINESI GE, BUZZONI C, BORREANI C. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med* (2013) 39:2180–2187 Doi: 10.1007/s00134-013-3087-5.

GISBERT M, LOS FAYOS E, MONTESINOS M. Burnout en fisioterapeutas Españoles. *Psicothema*. 2008;20(3):361–8. GIRONDI JBR, GELBCKE FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. *Enferm foco*. 2011;2(3):191-4.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Common mental disorders – a bio-social model. 2nd ed. London: Tavistock/Routledge: 1993.

GOULART, FAA; CARVALHO, GCM. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília, Conselho Federal de Medicina, Brasília – DF, 1998.

GRUNFELD E, WHELAN, TJ, ZITZELSBERGER L, WILLAN AR, MONTESANTO B, EVANS WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, v.163, p.166-9, 2000.

HARDING, TW; ARANGO, MV; BALTAZAR, J; CLIMENT, CE; IBRAHIM, HH; LADRIDO-IGNACIO, L; MURTHY, RS; WIG, NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2910800> Acesso em: 03 fevereiro de 2017. Censo Demográfico 2017. 2017;Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidad>.

IBIKUNLE P, UMEADI O, UMMUNAH J. Predictors of Burnout Syndrome Among Nigerian Physiotherapists. *African J Physiother Rehabil Sci*. 2012;4(1–2):1–7.

INOUE KC, VERSA GLGS, MURASSAKI ACY, MELO WA, MATSUDA LM. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):722-9.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Relatório 2012 [Internet]. São Paulo; 2014 [cited 2017 May 5]. Available from: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

JOHNSON, JV; HALL, EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am Public Health* 1988; 78(10):1336-42.

KARASEK, R. A.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; BONGERS, P.; AMICK, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally Comparative assessments of psychosocial job characteristics. *JOccup. Health Psychol*, n. 3, p. 322-355, 1998.

KARASEK, RA; Job Content Questionnaire and user`s guide. Revision 1.1. Lowell: University of Massachusetts; 1985.

KIRCHHOF ALC, MAGNAGO TSBS, CAMPONOCARA S, GRIEP RH, TAVARES JP, PRESTES FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2009 [cited 2017 Apr 30];18(2):215-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200003

KUNYK D. Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *J Nurs Manag.* 2015;23(1):54-64.

KYRIACOU, C. Teacher Stress: directions for future research. *Educational Review, Birmingham v. 53, n. 1, p. 27-35, 2001.*

LACAZ, FA. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000; 5(1): 151-161.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: um estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 1997; 18(2):133-144.

LEITER MP, BAKKER AB, MASLACH C. *Burnout no trabalho: uma perspectiva psicológica.* Nova Iorque: Psychology Press, 2014.

LIMA, MS; SOARES, BGO; MARI, JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Calem* 1999; 26(5): 225-35.

LORENZ VR, BENATTI MCC, SABINO MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Lat Am Enferm.* 2010;18(6):1084-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>.

LUDERMIR, AB; MELO-FILHO, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a TMC. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):213-21.

MARI, JJ; WILLIAMS, P. Validity study of psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit J Psych* 1986; 148: 23-36.

MASLACH, C. A multidimensional theory of burnout. In COOPER, Cary. *Theories of organizacional stress.* Manchester: Oxford University Press, 1998.

MASLACH, C; SCHAUFELI, WB; LEITER, MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology.* Volume 52, Page 397 – 422, Fev 2001.

MERLANI, P; VERDON, M; BUSINGER, A; DOMENIGHETTI, G; PARGGER, H; RICOU, B; STRESI+ GROUP. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(10):1140–6. doi:10.1164/rccm.201101-0068OC. Disponível em:

<http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201101-0068OC>

MUSE S, LOVE M, CHRISTENSEN K. Intensive OutPatient therapy for Clergy Burnout: how much difference can a week make? *J Relig Health* [Internet]. 2015;55(1):147-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682015>.

NASCIMENTO SOBRINHO, CL; CARVALHO, FM; BONFIM, TAS; CIRINO, CAS; FERREIRA, IS. Condições de Trabalho e Saúde Mental dos Médicos em Salvador, Brasil. *Salvador. Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2006; 22(1):131-140.

NASCIMENTO SOBRINHO, CL; NASCIMENTO, MA. Trabalho e Saúde dos Médicos. In: SIMESP (org) *Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico*. São Paulo: SIMESP; 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras Med Trab Belo Horizonte* 2003; 1(1): 56-68. OLIVEIRA, NF; SANTANA, VS; LOPES, AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 31 (1): 90-99; 1997.

NOVARETTI MCZ, SANTOS EV, QUITÉRIO LM, DAUD-GALLOTTI RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm, Brasília*. v. 67, n. 5, p. 692-9, 2014.

NOWAKOWSKA-DOMAGALA K, JABLKOWSKA-GÓRECKA K, KOSTRZANOWSKA-JARMAKOWSKA L, MORTON M, STECZ P. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015;94(24):e906. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4616538&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

NTANTANAA A, MATAMISA D, SAVVIDOUA S, GIANNAKOUB M, GOUVAC M, NAKOSD G, KOULOURLAS V. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>. OGIWARA S, HAYASHI H. Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture. *J Phys Ther Sci*. 2002;14(1):7–13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID X*, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa; 2002.

PAVLAKIS A, RAFTOPOULOS V, THEODOROU M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010;10:63. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77949468254&partnerID=tZOtx3y1>.

- PUSTUŁKA-PIWNIK U, RYN ZJ, KRZYWOSZAŃSKI Ł, STOŹEK J. Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. *Med Pr.* 2014;65(4):453–62.
- RIBEIRO, VF; FILHO, CF; VALENTI, VE; FERREIRA, M; ABREU, LC; CARVALHO, TD; FERREIRA, C. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. 2014. <http://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>.
- RODRIGUES, CCFM; SANTOS, VEP; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Out; 70(5): 1083-1088. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.
- SANTOS, CLC; BARBOSA, GB; NASCIMENTO, DSS; MARTINS JÚNIOR, DF; NASCIMENTO SOBRINHO, CL. Prevalência de Síndrome da Estafa Profissional e fatores associados em fisioterapeutas intensivistas. *Rev Pesq Fisio.* 2018;8(3):336-344. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i3.2032
- SCHRAIBER, LB. *O Médico e o seu Trabalho. Limites da Liberdade.* São Paulo: Editora HUCITEC; 1993.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado.* Rio de Janeiro, RJ: Cortez, 1994.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: Mendes. R. *Patologia do trabalho: atualizada e ampliada.* São Paulo: Atheneu; 2003. p.1141-82.
- SILVA, FPP. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *PSI – Rev. Psicol. Social e Institucional*, 2000; 2(1): 1-20.
- SILVA RS, SILVA I, SILVA RA, SOUZA L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15(1):115-120.
- SILVA JLL, SOARES RS, COSTA FS, RAMOS AS, LIMA FB, TEIXEIRA LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(2):125-33.
- SOUSA P, MENDES W. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
- TAVARES JP, MAGNAGO TSBS, BECK CLC, SILVA RM, PRESTES FC, LAUTERT L. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. *Esc Anna Nery.* 2014;18(3):407-14.
- 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 multicentre study. *BMC Anesthesiology.* 2013, 13:38.
- TIRONI MOS, BARBOSA GB, ROCHA GS, COSTA KBA, MATOS MA, NASCIMENTO SOBRINHO CL. Revisão sistemática sobre prevalência de Burnout em médicos intensivistas. *Rev Inter Educ Saúde.* 2018;2(1):xx-xx. doi:10.17267/2594-7907ijhe.v2i1.1950.

TIRONI MOS, TELES JMM, BARROS DS, VIEIRA DFVB, SILVA FILHO CM, MARTINS JÚNIOR DF, MATOS MA, NASCIMENTO SOBRINHO CL. Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas de Cinco Capitais Brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, jul./set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2016000300270&lng=en&nr=iso. Acesso em: 9 nov. 2018.

TIRONI MOS, NASCIMENTO SOBRINHO CL, BARROS DS, REIS EJFB, MARQUES FILHO ES, ALMEIDA A BITENCOURT A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2009.

TRAGEA P, DAMIGOS M, MAVREAS V, GOUVA M. Επαγγελματική Φυσικοθεραπευτών Εξουθένωση σε Δείγμα Ελλήνων Burn out among Greek physical therapists. 2012;77-82.

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.

TRIGO TR, TENG CT, HALLAK JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín São Paulo*. 2007;34(5);223-33.

TUCANDUVA, LTCM; PRUDENTE, FV; CENTOFANTI, G; SOUZA, CM; MONTEIRO, TA; VINCE, FAH; SAMANO, EST; GONÇALVES, MS; DEL GIGLIO, A. A Síndrome de Estafa Profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc. Médica Brasileira*. 2006; 52 (2); 108-112.

VASCONCELOS EM, MARTINO MMF. Preditores da sintomatologia depressiva em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):17-31.

VASCONCELOS EM, MARTINO MMF, FRANÇA SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(1):135-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: Division of Mental Health; 1994.

ZANATTA AB, LUCCA SR. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 253-258, apr. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103194/101597>>. Acesso em: 06 dez. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>.

ZHANG XC, HUANG DS, GUAN P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ. Open* 2014;4:e004813.doi:10.1136/bmjopen-2014-004813.

APÊNDICES

SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

BURNOUT SYNDROME IN PHYSIOTHERAPISTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Cleide Lucilla Carneiro Santos¹, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho², Gabriela Bencê Barbosa³

Autora para correspondência: Cleide Lucilla Carneiro Santos - lcclucilla@ufes.br
¹Fisioterapeuta, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde (DASU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil.
²Médico, Doutor em Medicina, Professor na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil.
³Doutora, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil.

RESUMO | **Introdução:** O estudo das relações entre o trabalho do fisioterapeuta e a síndrome de burnout constitui-se um desafio para se entender o processo saúde-doença desse profissional, por ser pouco conhecido na literatura nacional e internacional. **Objetivo:** Descrever a produção científica existente na literatura sobre a prevalência da síndrome de burnout e os fatores associados em fisioterapeutas. **Metodologia:** Foi utilizado o portal de periódicos da BVS, no qual estão incluídas as bases de dados MEDLINE (PubMed), IBECs e LILACS, considerando-se o período de janeiro de 1980 a março de 2016. Os critérios de inclusão foram: estudos com fisioterapeutas, originais, com delineamento transversal, populacionais e/ou amostrais, que utilizaram o Maslach Burnout Inventory (MBI) para a identificação da síndrome. **Resultados:** Dos 35 estudos encontrados que abordavam a síndrome de burnout na categoria fisioterapeuta, 13 estudos foram elegíveis para revisão, por atenderem os critérios de inclusão. **Considerações finais:** Foi observado, na produção científica existente, uma heterogeneidade de achados de prevalência e de fatores associados ao burnout em fisioterapeutas. Sendo que não há consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach. Observou-se ainda a adoção de variados pontos de corte para a definição das três dimensões do burnout. Sugere-se a adoção de uma interpretação consensual dos resultados do questionário de Maslach e a utilização de pontos de corte padronizados para a definição das dimensões da síndrome.

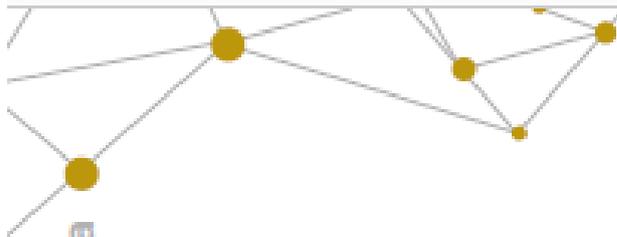
Palavras-chave: Esgotamento profissional, Fisioterapeutas, Saúde, Prevalência.

ABSTRACT | **Introduction:** The study of the relationship between the work of the physiotherapist and the burnout syndrome is a challenge to understand the health-disease process of this professional, being little known in national and international literature. **Objective:** To describe the scientific papers in the literature about prevalence of burnout syndrome and associated factors among physiotherapists. **Methods:** The BVS journal portal was used, in which databases are included: MEDLINE (PubMed), LILACS and IBECs, considering the period from January 1980 to March 2016. Inclusion criteria were: studies with physiotherapists, original, with cross-sectional, population and / or sample, which used the Maslach Burnout Inventory (MBI) for identify the syndrome. **Results:** Of the 35 studies found that addressed burnout syndrome in the physiotherapist category, 13 studies were eligible for review, because they fit the inclusion criteria. **Final considerations:** The results observed in the existing scientific literature revealed a heterogeneous prevalence of findings and factors associated with burnout in physiotherapist. The results showed that there is no consensus in the literature for the interpretation of Maslach questionnaire. It was noted the adoption of various cutoff points for the definition of the three burnout dimensions. It is suggested the adoption of a consensual interpretation of the results of the Maslach questionnaire and the use of standard cutoff points to define the dimensions of the syndrome.

Keywords: Burnout, Physical Therapists, Exhaustion, Prevalence.

Submetido em 15/09/2016, aceite para publicação em 19/01/2017 e publicado em 21/02/2017
 DOI: 10.17267/2238-3794rpt.v7i1.1099





Revisão sistemática sobre prevalência de Burnout em médicos intensivistas

Systematic review on the prevalence of Burnout Syndrome in intensivivist physicians

Márcia Oliveira Staffa Tironi¹, Gabriella Bené Barbosa², Gabriel Silva Rocha³, Karolc Brito Alvea Costa⁴, Marcos Alcinda Mator⁵, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁶

*Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-3242-4847. marciratironi@bahiana.edu.br

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7183-0332. gabriellabarbosa@ig.com.br

²Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6950-4475. gsracha13@yahoo.com.br

³Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7841-8284. karolcbr@fev.ufes.br

⁴Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-3592-986X. marcosalmator@hotmail.com

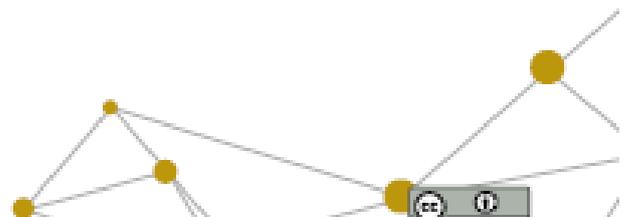
⁵Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6387-3760. marclm@ruv.ufes.br

Resumo | O trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI) pode ser considerado um dos mais estressantes para o médico e a relação entre este trabalho e o burnout ainda é pouco estudada. Realizou-se revisão sistemática com o objetivo de descrever a produção científica sobre a prevalência e os fatores associados ao burnout em médicos intensivistas, publicados nas bases de dados: IBICS, LILACS, MEDLINE, Psyc Info, PubMed e Scielo. Os critérios de inclusão foram estudos originais, com delineamento transversal, que utilizaram o *Maslach Burnout Inventory (MBI)* em médicos intensivistas. A busca identificou 118 artigos e destes, 09 artigos foram elegíveis. A segunda década dos anos 2000 teve a maior concentração de artigos e cinco publicações foram realizadas no Brasil, o que pode significar um incremento na produção científica nacional sobre o tema. Os resultados dos estudos que utilizaram como critério diagnóstico o nível alto em pelo menos uma dimensão da síndrome, apontaram elevada prevalência de burnout. Observou-se também uma diversidade de fatores associados a prevalência de burnout. Constatou-se uma heterogeneidade de critérios para identificação da síndrome e de formas de cálculo e de interpretação dos resultados do MBI. Sugere-se a padronização dos critérios para identificação da síndrome, dos cálculos e da interpretação dos resultados do MBI.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão sistemática; Síndrome de burnout; Prevalência; Médicos intensivistas; Unidades de terapia intensiva.

Abstract | The work in intensive care unit (ICU) can be considered one of the most stressful for the physician and the relation between this work and the burnout syndrome is still little studied. A systematic review was carried out to describe the scientific production on the prevalence and factors related with burnout syndrome in intensive care physicians, published in databases: IBICS, LILACS, MEDLINE, Psyc Info, PubMed and Scielo. Inclusion criteria were original studies, with transversal delimitation, that used the *Maslach Burnout Inventory (MBI)* in intensive care physicians. The search identified 118 articles and of these, 09 articles were eligible. The second decade of the 2000s had the largest concentration of articles and five publications were held in Brazil, which may mean an increase in the national scientific production on the subject. The results of the studies that used as a diagnostic criterion the high level in at least one dimension of the syndrome, indicated a high prevalence of burnout. It was also observed a diversity of factors associated with the prevalence of burnout. It was found a heterogeneity of criteria for identifying the syndrome and ways of calculating and interpreting MBI results. It is suggested to standardize the criteria for identification of the syndrome, calculations and interpretation of MBI results.

KEYWORDS: Systematic review; Burnout syndrome; Prevalence; Intensivists; Intensive care units.



Prezada(o)s autora(e)s,

Encaminhamos à V. Sa. o Parecer 1 do(s) Consultor(es) sobre o seu manuscrito nº **28605/2019** “**SÍNDROME DE *BURNOUT* E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**”, submetido à publicação na Revista Baiana de Enfermagem. Comunicamos a V. Sa. o prazo de **07 dias** (a partir da data de hoje – **18/02/2019**) para o cumprimento das adequações do artigo, visando continuidade do processo de avaliação. Caso não possa atender ao prazo proferido, comunicar-nos o fato com a maior brevidade.

Solicitamos que as **alterações sejam feitas em fonte na cor azul no texto do arquivo original em anexo** para facilitar a identificação pelas (os) consultoras (es). E, que seja enviada **carta-resposta em atenção às sugestões apresentadas nos pareceres (responder cada ponto apresentado nos pareceres separadamente)**. **Caso haja alguma sugestão que não seja atendida, apresentar uma exposição dos motivos do não acatamento.**

Anexamos a este:

1. **Parecer 1**
2. **Original**

Favor confirmar recebimento deste e-mail.

Salvador, 18 de fevereiro de 2019.

Att,

Comissão Editorial – Revista Baiana de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Burnout syndrome: from definition to standardization

Gabriella Bené Barbosa (Autor principal)

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), BA - Brasil; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE).

E-mail: gbenebarbosaster@gmail.com

[HTTP://orcid.org/0000-0001-7183-0333](http://orcid.org/0000-0001-7183-0333)

ORCID: 0000-0001-7183-0333

Celular: (71) 98713-3469

Endereço: Rua Guaraçáima, nº 730, Ed. Monte Alverne, Apto. 102. Piatã. Salvador – BA, Brasil.

CEP: 41.650-320.

Márcia Oliveira Staffa Tironi

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (UEFS/DSAU/SSAEE).

E-mail: mtironi@terra.com.br

[HTTP://orcid.org/0000-0003-3242-4847](http://orcid.org/0000-0003-3242-4847)

ORCID: 0000-0003-3242-4847

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), BA - Brasil; Departamento de Saúde (DSAU); Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE).

E-mail: mon.ica@terra.com.br

[HTTP://orcid.org/0000-0002-6387-3760](http://orcid.org/0000-0002-6387-3760)

ORCID: 0000-0002-6387-3760

Burnout syndrome: from definition to standardization

With the purpose of evaluating the work and health situation of Brazilian health professionals and conducting studies for the development, validation, adaptation and use of health-measuring instruments, a group of researchers from the Center of Surveillance and Epidemiological and Statistical Analysis at the Department of Health of the State University of Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS), have for the past 15 years been committed to the study of burnout syndrome (BS) in intensive care settings, conducting intervention studies for the betterment of work conditions, wages, health and quality of life—improvements eventually translated into higher-quality care.

BS may be quantified with a number of self-administered tools. The most widely used is the Maslach Burnout Inventory (MBI) which includes 22 statements covering the three basic dimensions of the syndrome. Using three 7-point scales (0-6), the level of BS is determined by adding the scores of each dimension. The result is expressed as ‘low’, ‘moderate’ or ‘high’ in relation to cut-off values, or as ‘present’ in all three dimensions¹ or in at least one dimension².

The results of the MBI may be interpreted in two ways: i) as a categorical variable (low, moderate, high) in each dimension, with positivity for BS defined as a high level in at least one dimension; or ii) as a score in relation to a cut-off (high/low) based on the mean or median in each dimension. The authors define high level as a score above the mean or median in the dimensions ‘emotional exhaustion’ (EE) and ‘depersonalization’ (DP), and below the mean or median in the dimension ‘personal achievement’ (PA)³. A diagnosis of BS requires a high level in at least one dimension^{4,5}.

Our results highlight the need for standardizing the interpretation of MBI scores in order to establish criteria for the presence/absence of BS. Thus, to classify the three dimensions as high or low and establish the presence/absence of BS, the method of interpretation must be defined (three categories or mean/median score) with which each dimension is scored (low, moderate or high). Finally, reaching a consensus regarding the criteria employed (‘present’ in all three dimensions or in at least one dimension) is necessary in order to make studies on professionals of the same or different categories comparable and identify factors associated with BS.

Key words: Epidemiology. Burnout. Meta-analysis.

Referências

1. RAMIREZ AJ, GRAHAM J, RICHARDS MA, CUFF A, GREGORY WM, LEANING MS, ET AL. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-69.
2. GRUNFELD E, WHELAN TJ, ZITZELSBERGER L, WILLAN AR, MONTESANTO B, EVANS WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000;163:166-9.3. 28.
3. 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>.
4. MARUCCO AM, FLAMENCO E, RAGAZOLI PN. Estudio para evaluar el Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout) y la calidad de vida laboral en docentes de educación primaria básica (ex EGB 1 y 2) del Programa Integral para la Igualdad Educativa del Conurbano Bonaerense Sur. *Rev Electr Inter Ação Psy*.2004;1(1):19-33.
5. GILLIAN JJ. An exploratory study of the prevalence and nature of burnout among public primary and secondary qualified school teachers in Saint Lucia. *BMC Public Health*. 2007;32(8):435-48.



INFORME DE PUBLICAÇÃO

Prezado(a) Sr(a), Cleide Lucilla Carneiro Santos

É com grande satisfação que informamos que o trabalho intitulado: "SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA", foi publicado no livro eletrônico "Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional" e está disponível em nosso site no ícone catálogo.

Para mais informações, por favor entre em contato através de nossos canais de comunicação.

Atenciosamente

Atena Editora - CNPJ: 28.080.837/0001-29

Rua Júlia Lopes, 558, Ortás

Ponta Grossa - PR - CEP: 84.070-202

E-mail: contato@atenaeditora.com.br

Site: www.atenaeditora.com.br

...

[Mensagem cortada] [Exibir toda a mensagem](#)

 Responder  Encaminhar

RiO 2017

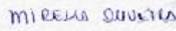
Rio de Janeiro - 8 a 11 de novembro de 2017

XIII Congresso Mundial
de Medicina Intensiva
**XXII Congresso Brasileiro
de Medicina Intensiva - CBMI**

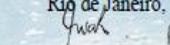
NO FRONTIERS FOR EXCELLENCE

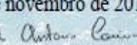
CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho "Burnout em trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia" foi aprovado para apresentação como e-Pôster na categoria Epidemiologia, tendo como Autor **Gabriella Bené Barbosa** e Co-autores **Lucio Couto de Oliveira Junior, Enéias Ribeiro de Oliveira, Jamile Prado Oliveira Santos, Gabriel Silva Rocha, Roan da Silva Gomes Sampaio, Sílvia Feitosa de Sousa, Jailson Vieira Machado, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho** no *XIII Congresso Mundial de Medicina Intensiva e XXII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva - CBMI*, realizado no período 8 a 11 de novembro de 2017 no Rio de Janeiro - RJ


Mirella Cristina de Oliveira
Presidente da AMIB


Jean-Louis Vincent
Presidente da WFSICCM

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2017.

Afonso Ribeiro Neto
Presidente do Congresso Mundial 2017


Ricardo Antonio Correia Lima
Presidente do XXII CBMI



RiO 2017

Rio de Janeiro - 8 a 11 de novembro de 2017

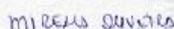
XIII Congresso Mundial
de Medicina Intensiva

XXII Congresso Brasileiro
de Medicina Intensiva - CBMI

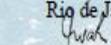
NO FRONTIERS FOR EXCELLENCE

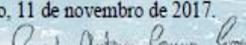
CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho "Síndrome da Estafa Profissional em fisioterapeutas trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva" foi aprovado para apresentação como e-Pôster na categoria Epidemiologia, tendo como Autor **Cleide Lucilla Carneiro Santos** e Co-autores **Gabriella Bené Barbosa, Enéias Ribeiro de Oliveira, Roan da Silva Gomes Sampaio, Gabriel Silva Rocha, Karole Brito Alves Costa, Jamile Prado Oliveira Santos, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho** no *XIII Congresso Mundial de Medicina Intensiva e XXII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva - CBMI*, realizado no período 8 a 11 de novembro de 2017 no Rio de Janeiro - RJ


Miriam Cristina de Oliveira
Presidente da AMIB


Jean-Louis Vincent
Presidente da WFOTCCM

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2017.

Álvaro Morillo
Presidente do Congresso Mundial 2017


Ricardo Antonio Careia Lima
Presidente do XXI CBMI





GLOBAL
HUMAN
CARING
CONGRESS
SANTIAGO 2017



Watson Caring
Science Institute

Certificado

- Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Gabriela René Barbosa, Núbia Samara Caribé de Aragao
- Características psicosociales del trabajo de enfermeros de unidad de terapia intensiva en una ciudad del estado Bahía, Brasil
- Presentación en Modalidad Póster en el Global Human Caring Congress, 20 a 23 de noviembre de 2017

Norte y Sur se unen en un cuidado mas Humano

Erika Caballero
Directora Congreso

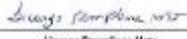
PhD. Jean Watson
Watson Caring Institute

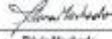


CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho "BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES INTENSIVISTAS" foi aprovado para apresentação como e-Pôster na categoria Epidemiologia tendo como Autor **Gabriella Bené Barbosa** e Co-autores **Karole Brito Alves Costa, Cleide Lucilla Carneiro Santos, Sílvia Feitosa de Sousa, Jailson Vieira Machado, Davi Felix Martins Júnior, Jamile Prado Oliveira Santos, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho** durante o *VII Congresso Luso Brasileiro de Medicina Intensiva*, realizado no período de 17 a 19 de maio de 2018 em Salvador - BA

19 de maio de 2018


Licurgo Percepciona Neto
Presidente do VII Congresso
do VII Congresso de Medicina Intensiva


Fabiana Machado
Diretora Científica AMIB


Cleo Leite Mendes
Presidente do AMIB



Certificado

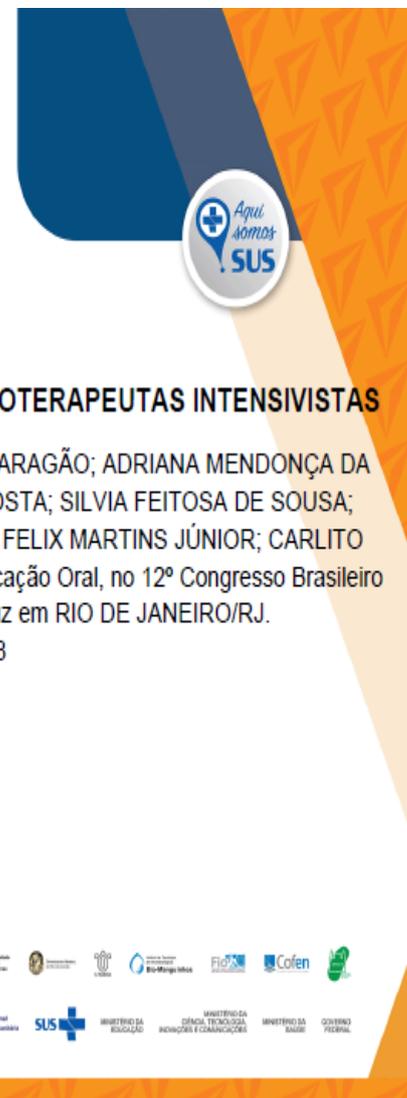
Certificamos a apresentação oral intitulada: "**BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES INTENSIVISTAS**", de autoria de Karole Brito Alves Costa, co-autoria de Carlito Lopes Nascimento e Gabriella Bené Barbosa e sob orientação de Gabriella Bené Barbosa no *III Congresso de Medicina do Recôncavo da Bahia - III RECONMED: "O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA FORMAÇÃO E NA PRÁTICA MÉDICA"*, coordenado por Joanderson dos Santos Cruz, promovido pelo Centro de Ciências da Saúde - CCS/UFRB, realizado em Santo Antônio de Jesus - BA, no período de 22 a 24 de maio de 2019.

Nº de registro 26704/2018


Tatiana Ribeiro Velloso
Pró-Reitora de Extensão



a autenticidade deste documento pode ser verificada através da URL:
<http://certificados.ufb.edu.br/proext/validar/81DF31A8>



Certificamos que o trabalho

SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS, ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS

dos autores: GABRIELLA BENÉ BARBOSA; NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO; ADRIANA MENDONÇA DA SILVA; ROAN DA SILVA GOMES SAMPAIO; KAROLE BRITO ALVES COSTA; SILVIA FEITOSA DE SOUSA; JAILSON VIEIRA MACHADO; JAMILE PRADO OLIVEIRA SANTOS; DAVI FELIX MARTINS JÚNIOR; CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO, foi apresentado na modalidade Comunicação Oral, no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorrido de 26 a 29 de julho de 2018 na Fiocruz em RIO DE JANEIRO/RJ.

RIO DE JANEIRO, 29 de julho de 2018

Gastão Wagner de Sousa Campos
Presidente da Abrasco





Gabriella Bené Barbosa <gbenebarbosaster@gmail.com>

Fwd: XXXVII CBP - Pôster aprovado!

1 mensagem

Sam Aragão <nscaribe@hotmail.com>
Para: Gabriella Bené <gbenebarbosaster@gmail.com>

26 de junho de 2019 09:45

[Obter o Outlook para Android](#)

From: Micheli Souza - ABP Eventos <operacional.congresso@abp.org.br>
Sent: Monday, June 24, 2019 7:35:10 PM
To: nscaribe@hotmail.com
Subject: XXXVII CBP - Pôster aprovado!



Rio de Janeiro, 24 de junho de 2019

CT.0049/19

Prezado(a) Dr(a), Núbia Samara Caribé de Aragão,

Em nome das Comissões Organizadora e Científica Internacional do XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – XXXVII CBP, a ser realizado de 9 a 12 de outubro de 2019, no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções RioCentro, temos a satisfação de informar que o seu trabalho (descrito abaixo), inscrito na categoria “Pôsteres” foi analisado pela Comissão de Avaliação e considerado APTO para apresentação no Congresso.

Pedimos a gentileza de verificar se os dados abaixo (categoria, área temática, apresentador, título e autores) estão corretos, pois assim constarão nas publicações do Congresso e no Certificado. Lembramos que o nome do apresentador constará sempre em primeiro lugar.

Pôster Número: 00162**Categoria: POECR5**

Área Temática: Epidemiologia

Autor/Apresentador: Núbia Samara Caribé de Aragão

Título: SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores: Aragão, N.S.C.; Barbosa, G.B.; Santos, C.L.C.; Nascimento, D.S.S.; Martins Júnior, D.F.; Nascimento Sobrinho, C.L.

As "Sessões de Pôsteres" serão realizadas no Centro de Convenções Riocentro, nos dias 9,10 e 11 de outubro de 2019, no horário de 10h às 17h e durante esse período os trabalhos programados devem ficar expostos. A fixação dos pôsteres deve ser feita no horário de 08h às 10h no dia designado pela Comissão para a exibição, em data a ser informada posteriormente.

Os responsáveis deverão estar presentes no local de exposição do seu trabalho durante a "Apresentação dos Pôsteres" que se realizará das 12h às 14h.

A área máxima prevista para colocação dos pôsteres é de 1,20m de altura x 0,90m de largura.

Lembramos que, para o trabalho ser exposto, o apresentador deverá estar inscrito no XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

*Inscra-se e aproveite valores e condições especiais.
Até 10 de julho com parcelamento em até 4 vezes sem juros.*

Atenciosamente,

Juliana Rodrigues

Assistente de Eventos

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP

Tel./Fax (21) 2190-7500

congresso2@abp.org.br

10/07/2019

Gmail - XXXVII CBP - Pôster aprovado!



Gabriella Bené Barbosa <gbenebarbosacbr@gmail.com>

XXXVII CBP - Pôster aprovado!

8 mensagens

Michelle Souza - ABP Eventos <operacional.congresso@abp.org.br>
Para: gbenebarbosacbr@gmail.com

25 de Junho de 2019 08:24



Rio de Janeiro, 25 de junho de 2019

CT.0049/19

Prezado(a) Dr(a). Gabriella Bené Barbosa,

Em nome das Comissões Organizadora e Científica Internacional do XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – XXXVII CBP, a ser realizado de 9 a 12 de outubro de 2019, no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções Riocentro, temos a satisfação de informar que o seu trabalho (descrito abaixo), inscrito na categoria "Pôsteres" foi analisado pela Comissão de Avaliação e considerado APTO para apresentação no Congresso.

Pedimos a gentileza de verificar se os dados abaixo (categoria, área temática, apresentador, título e autores) estão corretos, pois assim constarão nas publicações do Congresso e no Certificado. Lembramos que o nome do apresentador constará sempre em primeiro lugar.

Qualquer alteração necessária, enviar para congresso2@abp.org.br

Pôster Número: 00294
Categoria: POECRS
Área Temática: Medicina do Trabalho
Autor/Apresentador: Gabriella Bené Barbosa
Título: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTAS

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=68873ee1c1&view=pt&search=all&permmsgid=thread-F%3A1637311621001637850&siml=msg-F%3A163731...> 1/11

Autores: Barbosa, G.B.; Oliveira, E.R.; Aragão, N.S.C.;
Martins Júnior, D.F.; Nascimento Sobrinho, C.L.

As "Sessões de Pôsteres" serão realizadas no Centro de Convenções Riocentro, nos dias 9,10 e 11 de outubro de 2019, no horário de 10h às 17h e durante esse período os trabalhos programados devem ficar expostos. A afixação dos pôsteres deve ser feita no horário de 08h às 10h no dia designado pela Comissão para a edição, em data a ser informada posteriormente.

Os responsáveis deverão estar presentes no local da exposição do seu trabalho durante a "Apresentação dos Pôsteres" que se realizará das 12h às 14h.

A área máxima prevista para colocação dos pôsteres é de 1,20m de altura x 0,90m de largura.

Lembramos que, para o trabalho ser exposto, o apresentador deverá estar inscrito no XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

***Inscriva-se e aproveite valores e condições especiais.
Até 10 de julho com parcelamento em até 4 vezes sem juros.***

Atenciosamente,

Juliana Rodrigues

Assistente de Eventos

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP

Tel./Fax (21) 2100-7500

congresso2@abp.org.br

Siga nossa rede



PSICOFOBIA É UM CRIME!

(Psicofobia é o preconceito contra os portadores de Transtornos e de Deficiências Mentais)

Obj: Entre nesta campanha de ABP contra o Estigma, coloque a frase acima na sua assinatura.

Atualize seus dados. A ABP quer falar com você!



Gabriella Bené Barbosa <gbenebarbosaster@gmail.com>

XXXVII CBP - Pôster aprovado!

7 mensagens

Micheilli Souza - ABP Eventos <operacional.congresso@abp.org.br>
Para: gbenebarbosaster@gmail.com

25 de junho de 2019 08:24



Rio de Janeiro, 25 de junho de 2019

CT.0048/19

Prezado(a) Dr(a), Gabriella Bené Barbosa,

Em nome das Comissões Organizadora e Científica Internacional do XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – XXXVII CBP, a ser realizado de 9 a 12 de outubro de 2019, no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções Riocentro, temos a satisfação de informar que o seu trabalho (descrito abaixo), inscrito na categoria “Pôsteres” foi analisado pela Comissão de Avaliação e considerado APTO para apresentação no Congresso.

Pedimos a gentileza de verificar se os dados abaixo (categoria, área temática, apresentador, título e autores) estão corretos, pois assim constarão nas publicações do Congresso e no Certificado. Lembramos que o nome do apresentador constará sempre em primeiro lugar.

Qualquer alteração necessária, enviar para congresso2@abp.org.br

Pôster Número: 00289
Categoria: POECRS
Área Temática: Medicina do Trabalho
Autor/Apresentador: Gabriella Bené Barbosa

Título: PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

Autores: Barbosa, G.B.; Nascimento, D.S.S.; Santos C.L.C.; Araújo, N.S.C.; Martins Júnior, D.F.; Nascimento Sobrinho, C.L.

As "Sessões de Pôsteres" serão realizadas no Centro de Convenções RioCentro, nos dias 9,10 e 11 de outubro de 2019, no horário de 10h às 17h e durante esse período os trabalhos programados devem ficar expostos. A fixação dos pôsteres deve ser feita no horário de 08h às 10h no dia designado pela Comissão para a exibição, em data a ser informada posteriormente.

Os responsáveis deverão estar presentes no local da exposição do seu trabalho durante a "Apresentação dos Pôsteres" que se realizará das 12h às 14h.

A área máxima prevista para colocação dos pôsteres é de 1,20m de altura x 0,90m de largura.

Lembramos que, para o trabalho ser exposto, o apresentador deverá estar inscrito no XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

*Inscriva-se e aproveite valores e condições especiais.
Até 10 de julho com parcelamento em até 4 vezes sem juros.*

Atenciosamente,

Juliana Rodrigues

Assistente de Eventos

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP

Tel./Fax (21) 2199-7500

congresso2@abp.org.br

Siga-nos na rede





Gabriella Bené Barbosa <gbenebarbosaster@gmail.com>

Fwd: XXXVII CBP - Pôster aprovado!

1 mensagem

Sam Aragão <nscaribe@hotmail.com>
Para: Gabriella Bené <gbenebarbosaster@gmail.com>

25 de junho de 2019 09:45

[Obter o Outlook para Android](#)

From: Michelli Souza - ABP Eventos <operacional.congresso@abp.org.br>
Sent: Monday, June 24, 2019 7:33:10 PM
To: nscaribe@hotmail.com
Subject: XXXVII CBP - Pôster aprovado!

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2019

CT.0049/19

Prezado(a) Dr(a). Núbia Samara Caribé de Aragão,

Em nome das Comissões Organizadora e Científica Internacional do XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – XXXVII CBP, a ser realizado de 9 a 12 de outubro de 2019, no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções Riocentro, temos a satisfação de informar que o seu trabalho (descrito abaixo), inscrito na categoria “Pôsteres” foi analisado pela Comissão de Avaliação e considerado APTO para apresentação no Congresso.

Pedimos a gentileza de verificar se os dados abaixo (categoria, área temática, apresentador, título e autores) estão corretos, pois assim constarão nas publicações do Congresso e no Certificado. Lembramos que o nome do apresentador constará sempre em primeiro lugar.

Pôster Número: 00163**Categoria: POECRS**

Área Temática: Epidemiologia

Autor/Apresentador: Núbia Samara Caribé de Aragão

Título: SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Autores: Aragão, N.S.C; Barbosa, G.B.; Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

As "Sessões de Pôsteres" serão realizadas no Centro de Convenções Riocentro, nos dias 9,10 e 11 de outubro de 2019, no horário de 10h às 17h e durante esse período os trabalhos programados devem ficar expostos. A afixação dos pôsteres deve ser feita no horário de 08h às 10h no dia designado pela Comissão para a exibição, em data a ser informada posteriormente.

Os responsáveis deverão estar presentes no local da exposição do seu trabalho durante a "Apresentação dos Pôsteres" que se realizará das 12h às 14h.

A área máxima prevista para colocação dos pôsteres é de 1,20m de altura x 0,90m de largura.

Lembramos que, para o trabalho ser exposto, o apresentador deverá estar inscrito no XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

*Inscriva-se e aproveite valores e condições especiais.
Até 10 de julho com parcelamento em até 4 vezes sem juros.*

Atenciosamente,

Juliana Rodrigues

Assistente de Eventos

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP

Tel./Fax (21) 2199-7500

congresso3@abp.org.br

Siga nossa rede

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução 466/2012 do CNS

Prezado Profissional,

Eu, **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**, pesquisador e coordenador da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) venho, por meio deste, convidar-lhe a participar do estudo intitulado "**SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**", 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 dos profissionais intensivistas de uma grande cidade do estado da Bahia. A coleta será realizada a partir do envio, para o seu local de trabalho, de um envelope contendo duas cópias do TCLE e um questionário. Após assinar uma das cópias do TCLE e responder ao questionário sem a sua identificação, você lacrará o envelope e o colocará em uma caixa ou urna que será deixada no seu local de trabalho, a outra cópia do TCLE deverá ficar com você. O questionário é composto de sete blocos de questões com: a identificação geral do entrevistado; características do seu ambiente de trabalho percebidas como nocivas à sua saúde; informações sobre a qualidade de vida; queixas de doenças para avaliar a sua situação global de saúde, avaliação da Síndrome de Estafa Profissional, Questões sobre doenças e acidentes de trabalho; problemas de saúde recentes e hábitos de vida; triagem de alcoolismo; e informações sobre sofrimento mental. Aproveito 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, mesmo nas publicações, e que sua participação é voluntária podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem necessidade de dar explicações e sem nenhum prejuízo. Se em decorrência da sua participação na pesquisa você tiver algum dano, você será indenizado. Poderá pedir informações, a qualquer momento que sentir necessidade, na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Endereço: Avenida Transnordestina, S/N- Novo Horizonte. Tel.: (75) 3161-8409. CEP 44036-900, Feira de Santana/BA, onde os registros serão guardados por cinco (05) anos e depois destruídos. Caso queira obter qualquer esclarecimento ético, entrar em contato com o CEP-UEFS pelo (75) 3161-8067 ou pelo CEP@uefs.br. Os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas e dentro das entidades profissionais envolvidas para a discussão e formulação de soluções dos problemas identificados. Também serão discutidas com os intensivistas suas atuais condições de trabalho e apontar a existência de possíveis situações de risco, para a saúde dos mesmos. Os riscos do estudo são em relação ao constrangimento e/ou desconforto em responder alguma pergunta, sentir-se incomodado quanto ao tempo dispensado à pesquisa ou ser prejudicado no trabalho por responder a perguntas inerentes à instituição onde trabalha. Se isso ocorrer, não precisará responder. A participação nesta pesquisa não lhe trará custos financeiros. Dessa forma, gostaria de contar com o seu consentimento e apoio, ao mesmo tempo em que fico a disposição para eventuais esclarecimentos. Caso sinta-se devidamente esclarecido e concordar em participar da pesquisa, voluntariamente, favor assinar este termo em duas vias, ficando com uma delas.

Feira de Santana, ____ de _____ de _____.

Participante: _____

Pesquisador Responsável: _____

Unidades de Terapia Intensiva de Feira de Santana

Cuidando da Saúde dos Intensivistas!

**Condições de Trabalho e
Saúde dos Intensivistas**

Participe dessa pesquisa!



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



CREFITO - 7

Folder Distribuído para os profissionais das Unidades de Terapia Intensiva



Condições de Trabalho e Saúde dos Intensivistas

APOIO:



CREFITO - 7

REALIZAÇÃO:



UEFS

CityLife Central Hospital



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Evandro do Nascimento Silva
Reitor

Norma Lúcia Fernandes de Almeida
Vice-Reitora

Eurelino Teixeira Coelho Neto
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-graduação

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Diretora do Departamento de Saúde

Carlito Lopes do Nascimento Sobrinho
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)

Davi Félix Martins Jr.
Vice-Coordenador da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística

Gabriella Bené Barbosa
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)



Cuidando da Saúde dos



Intensivistas

Feira de Santana, BA
2016

APRESENTAÇÃO

Conhecer as relações entre condições de trabalho e saúde são fundamentais na área da saúde do trabalhador. Dentre as categorias profissionais, destacamos a dos trabalhadores de saúde que atuam no cuidado a outros trabalhadores. Assim, conhecer as relações entre trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde, torna-se estratégico na busca de padrões mais qualificados e saudáveis de vida.

Para uma melhor compreensão dessas relações entre trabalhadores médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, os convidamos a participar de um estudo que busca conhecer de maneira mais objetiva e aprofundada essas relações.

OBJETIVO

Estimar a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) e Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de *Burnout*) e os fatores associados, em trabalhadores de UTI (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) de uma grande cidade do Estado da Bahia.

METODOLOGIA

O estudo utilizará um instrumento de coleta de dados estruturado e validado que será distribuído e respondido por você, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse procedimento tomará apenas, trinta minutos do seu tempo. A pesquisadora ficará responsável pela coleta dos questionários e as informações coletadas serão mantidas em sigilo.

Participe !

Mobilize seus colegas!

Gabriella Bené Barbosa
Doutoranda

Prof. Dr. Carlito L. Nascimento Sobrinho
Orientador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
SALA DE SITUAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E ESTATÍSTICA

Condições de Trabalho e Saúde dos Intensivistas



Feira de Santana, BA
2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

**Evandro do Nascimento Silva
Reitor**

**Norma Lúcia Fernandes de Almeida
Vice-Reitora**

**Eurelino Teixeira Coelho Neto
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-graduação**

**Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Diretora do Departamento de Saúde**

**Carlito Lopes do Nascimento Sobrinho
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(PPGSC)**

**Davi Félix Martins Jr.
Vice-Coordenador da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e
Estatística**

**Gabriella Bené Barbosa
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)**

APRESENTAÇÃO

Conhecer as relações entre condições de trabalho e saúde são fundamentais na área da saúde do trabalhador. Dentre as categorias profissionais, destacamos a dos trabalhadores de saúde que atuam no cuidado a outros trabalhadores. Assim, conhecer as relações entre trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde, torna-se estratégico na busca de padrões mais qualificados e saudáveis de vida.

Para uma melhor compreensão dessas relações entre trabalhadores médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, os convidamos a participar de um estudo que busca conhecer de maneira mais objetiva e aprofundada essas relações.

Agradecemos a participação!!

Número do Questionário

Saúde Mental de Trabalhadores Intensivistas de uma Grande Cidade do Estado da Bahia

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.

Hospital: _____ Nº de Leitos _____
 UTI: Adulto Pediátrica Neonatal

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

Informações Sociodemográficas

1. Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	2. Idade: _____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantos? _____
4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> união consensual /estável <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
5. Qual a sua formação profissional? <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta		
6. Você possui Pós-Graduação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
7. Possui título de especialista? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Em UTI <input type="checkbox"/> Outra área	
8. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> amarela (oriental) <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> origem indígena <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> não sabe		

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Há quanto tempo você trabalha em UTI? _____ anos
2. Seu vínculo de trabalho atual é: ₁ <input type="checkbox"/> Sócio ₂ <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica ₃ <input type="checkbox"/> Assalariado privado ₄ <input type="checkbox"/> Contrato temporário privado ₅ <input type="checkbox"/> Cooperativado ₆ <input type="checkbox"/> Assalariado público ₇ <input type="checkbox"/> Contrato temporário privado ₈ <input type="checkbox"/> Prestador de serviços
3. Você tem participação na produtividade de alguma UTI onde trabalha? ₀ <input type="checkbox"/> Não ₁ <input type="checkbox"/> Sim
4. Você exerce algum papel de: ₁ <input type="checkbox"/> Diarista ₂ <input type="checkbox"/> Resp. Técnico ₃ <input type="checkbox"/> Coordenador ₄ <input type="checkbox"/> Não
5. Você tem outra atividade de trabalho fora da UTI? ₀ <input type="checkbox"/> Não ₁ <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
6. Em quantos hospitais você trabalha em UTI? ₁ <input type="checkbox"/> 1 ₂ <input type="checkbox"/> 2 ₃ <input type="checkbox"/> 3 ₄ <input type="checkbox"/> >3
7. Qual a quantidade máxima de pacientes que você cuida por plantão? _____
8. Sobre os seus plantões em UTI, A Carga Horária (CH) habitual de plantão é: ₁ <input type="checkbox"/> 6h ₂ <input type="checkbox"/> 12h ₃ <input type="checkbox"/> 18h ₄ <input type="checkbox"/> 24h ₅ <input type="checkbox"/> Outros CH Total Semanal: _____ horas CH de Plantão Noturno: _____ horas
9. Você costuma vir de outro trabalho antes do seu plantão em UTI? ₁ <input type="checkbox"/> Nunca ₂ <input type="checkbox"/> Raramente ₃ <input type="checkbox"/> Frequentemente ₄ <input type="checkbox"/> Sempre
10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? _____ horas semanais.
11. Sua renda líquida mensal gira em torno de (R\$): ₁ <input type="checkbox"/> 0 a 3.000,00 ₂ <input type="checkbox"/> 3.001,00 a 6.000,00 ₃ <input type="checkbox"/> 6.001,00 a 10.000,00 ₄ <input type="checkbox"/> 10.001,00 a 20.000,00 ₅ <input type="checkbox"/> > 20.000,00

BLOCO III - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

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

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No meu trabalho, tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Meu trabalho envolve muita negociação / conversa / entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Meu chefe /coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 1 <input type="checkbox"/> não tenho chefe /coordenador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Meu supervisor me trata com respeito. 1 <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25. Meu chefe /coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. 1 <input type="checkbox"/> não tenho chefe /coordenador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Características	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. Eu sou tratado(a) com respeito pelos meus colegas de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

BLOCO IV- ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE E AO 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 se sentiu assim marque (0). Se já se sentiu assim, marque de 1 a 6, o que melhor descreva a frequência de seu sentimento.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano no máximo	No máximo uma vez por mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Diariamente

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

21. Em meu trabalho, lido com problemas emocionais de forma muito calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os pacientes às vezes me culpam por seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

BLOCO 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	2	3	4	5
Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa

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

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente 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

8	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
9	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					

10	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
11	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
12	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					
13	Quão bem você é capaz de se locomover?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

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

1	2	3	4	5
Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom

15	Quão bem você é capaz de se locomover?					
----	--	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
----	---	--	--	--	--	--

BLOCO VI - 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.

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

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

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).

muito boa
 boa
 moderada
 baixa
 muito baixa

<p>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).</p> <p><input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> baixa <input type="checkbox"/> muito baixa</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> até 9 dias <input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias <input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias <input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias</p>
<p>5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?</p> <p><input type="checkbox"/> é improvável <input type="checkbox"/> não estou muito certo <input type="checkbox"/> bastante provável</p>
<p>6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?</p> <p><input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?</p> <p><input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?</p> <p><input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca</p>

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

Agora falaremos um pouco sobre a sua saúde.

<p>1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> muito bom <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim</p>
<p>2. Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção</p>

Diagnóstico	Sim	Não
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia/ eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico	Sim	Não
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LER/DORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença dos rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hérnia de disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lombalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro(s)? [ANOTAR]

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. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em relação ao Padrão de Sono:

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

BLOCO IX- FATORES DE ESTRESSE NA UTI

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

Lidar com o sofrimento e a morte	0	1	2	3
Lidar com a angústia dos familiares	0	1	2	3
Ruídos excessivos	0	1	2	3
Relacionamento com a equipe	0	1	2	3
Problemas administrativos	0	1	2	3
Falta de recursos materiais	0	1	2	3
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	0	1	2	3
Pressão para dar alta aos pacientes	0	1	2	3
Ritmo acelerado das atividades	0	1	2	3
Quantidade de pacientes por profissional de saúde	0	1	2	3

Comprometimento da equipe	0	1	2	3
Cuidar do paciente terminal	0	1	2	3
Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	0	1	2	3
Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e familiares	0	1	2	3

Em sua opinião, o ₁enfermeiro ₂fisioterapeuta ₃médico da UTI é visto como:

- | |
|---|
| ₁ <input type="checkbox"/> Profissional competente, com capacidade de resolução e liderança
₂ <input type="checkbox"/> Membro de uma equipe multiprofissional
₃ <input type="checkbox"/> Desgastado, sobrecarregado, exigido além de suas responsabilidades
₄ <input type="checkbox"/> Indivíduo que merece total cuidado e atenção, com história e personalidade individuais
₅ <input type="checkbox"/> Consciência da gravidade do prognóstico do paciente
₆ <input type="checkbox"/> Objeto de trabalho, com o qual o profissional se envolve de forma distante
₇ <input type="checkbox"/> Essencial para o exercício da cura/tratamento do paciente
₈ <input type="checkbox"/> Descartável, pouco valorizado, visto apenas pela contribuição técnica |
|---|

Muito obrigado por sua colaboração!



Cuidando da Saúde dos Intensivistas

REALIZAÇÃO:



UEFS



APOIO:



CREFITO - 7



ANEXOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CLEIDE LUCILLA CARNEIRO SANTOS**

**SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL EM FISIOTERAPEUTAS
TRABALHADORES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UMA
GRANDE CIDADE DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA/BA

2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

DEISE DOS SANTOS SILVA NASCIMENTO

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM ENFERMEIRAS
INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DA BAHIA**

Feira de Santana - BA
2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE
BURNOUT EM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS EM UMA
CIDADE DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2018



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PROJETO DE PESQUISA

MARA RÚBIA SENA DE JESUS

**DISTÚRBIO PSÍQUICOS MENORES E FATORES ASSOCIADOS EM MÉDICOS
TRABALHADORES DE UTI DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA
2019



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PROJETO DE PESQUISA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS
MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS
DE UMA GRANDE CIDADE DA BAHIA.**

LORENA PACHECO CORDEIRO LISBOA
POSSÍVEL ORIENTADOR: Prof. CARLITO L. NASCIMENTO SOBRINHO

**FEIRA DE SANTANA-BA
2019**



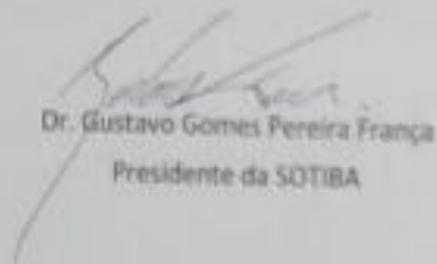
SOTIBA - SOCIEDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA BAHIA
ENDEREÇO: RUA BAEPENDE Nº 162 – ONDINA
TELEFAX: (71) 3332-4844
www.sotiba.org.br / secretaria@sotiba.org.br



DECLARAÇÃO

Salvador, 16/09/2015

Declaro para os devidos fins que, a SOTIBA apoiará a pesquisa intitulada "Saúde mental de trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", sob coordenação do Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.



Dr. Gustavo Gomes Pereira França
Presidente da SOTIBA



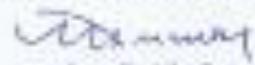
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o Coordenador da pesquisa intitulada "Saúde mental de trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", Carliro Lopes Nascimento Sobrinho, e sua equipe de colaboradores, a desenvolver a coleta de dados do estudo nesta instituição, desde que tenha a devida autorização dos sujeitos de pesquisa.

Feira de Santana, 09 de outubro de 2015.


Dr. Alexandre Silva Dumas
Dr. Alexandre Silva Dumas
MÉDICO MÉDICO - HGCA

OBS: A pesquisa só poderá ser iniciada após a apresentação do documento de autorização do Comitê de Ética e do consentimento.

09/10/15 
Dr. Alexandre Silva Dumas
MÉDICO MÉDICO - HGCA



HOSPITAL DOM PEDRO
DE ALCÂNTARA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o Coordenador da pesquisa intitulado "Saúde mental de trabalhadoras intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, e sua equipe de colaboradoras, a desenvolver a coleta de dados do estudo nesta instituição, desde que tenha a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Feira de Santana, 01, de Setembro de 2015.


CNPJ 17.099.120/1
CRM 10.000

Dr. Cláudio Barros

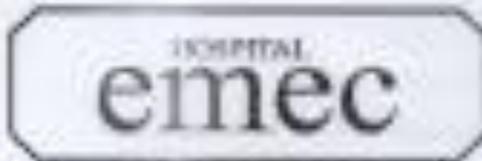
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o Coordenador da pesquisa intitulada "Saúde mental de trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, e sua equipe de colaboradores, a desenvolver a coleta de dados do estudo nesta instituição, desde que tenha a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Feira de Santana, 20 de Setembro de 2015.



Milena Pessoa de Moura Pinheiro



Empresamento Médico-Cirúrgico Ltda

Av. Getúlio Vargas, 1.185 - PAIS (75) 414-8800
Fax (75) 328.3750 - CEP 44.215.000 - Feira de
Santana - Bahia

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AUTOREI A PESQUISA INTITULADA "ANÁLISE PSICOLÓGICA DE TRABALHADORES INTERVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA" NESTA INSTITUIÇÃO COM DEVIDOS TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E CONHECIMENTO DOS MESMOS.

ATT:

DR. CLEUSA ALMEIDA PITA

407 - Feira de Santana - Bahia
Diretora Geral, Presidente



Petrópolis, 22 de junho de 2011

AUTORIZAÇÃO

O serviço de Educação Permanente deste Hospital AUTORIZA o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Saúde Mental de Trabalhadores Intermédios de uma cidade do Nordeste do Brasil" nesta instituição. Este estudo será realizado pelo pesquisador Dr. Carlos Lopes Nascimento Sobrinho e pesquisadores colaboradores: Daniella Martins Almeida, Gabriella Dani Barbosa, Mariana de Andrade Nascimento, Rosely Cabral de Carvalho, Rita Vitorino Freitas Andrade, Colleen Martins Fêles da Universidade Estadual de Petrópolis-RJ.

Entendemos que a coleta de dados se dará mediante apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa. Após obter o parecer favorável, o pesquisador deverá compor com o presente a sua solicitação para cópia deste documento para obtenção de dados de coleta de dados.

Protocolo de Autorização nº. 005/2011

Assinatura:


Dr. Arno Cavallari G.P. Passos
Coord. Educação Permanente IEPH



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o Coordenador da pesquisa intitulada "Saúde mental de trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, e sua equipe de colaboradoras, a desenvolver a coleta de dados do estudo nesta instituição, desde que tenha a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Feira de Santana, 07, de Setembro de 2015.



Dr. Carli Lopes Nascimento



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o Coordenador da pesquisa intitulada "Saúde mental de trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia", Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, e sua equipe de colaboradoras, a desenvolver a coleta de dados do estado nesta instituição, desde que tenha a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Feira de Santana, 04, de 07 de 2015.



Dr. Érico Oliveira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Pesquisador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49119315.4.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.355.188

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) coordenado pelo prof^o Dr. CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO, com a colaboração de Davi Félix Martins Júnior, Gabriela Bené Barbosa, Mônica de Andrade Nascimento, Rosely Cabral de Carvalho, Kalo Vinícius Freitas Andrade e Colbert Martins Filho, todos vinculados à UEFS.

O projeto aborda que: "O trabalho é uma atividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados, por meio dele o homem se constitui como sujeito e mantém relações interpessoais. As condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e adoecimento do trabalhador (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2004; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Com as transformações nos processos produtivos que aconteceram nas últimas décadas, as relações entre trabalho, estresse e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores têm sido abordadas em estudos com diferentes abordagens metodológicas e entre trabalhadores de diversas categorias profissionais (ARAÚJO ET AL, 2003). Dentre essas categorias profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, em especial os atuantes em Unidades de Terapia

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: 1.355.188

Intensiva (UTI), tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral e o período prolongado em situações que exigem grande envolvimento emocional (GOULART; CARVALHO, 1998).*(Informações básicas Plataforma Brasil)

Os pesquisadores buscam através de um "Estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, exploratório, estimar a prevalência da Síndrome de Estafa Profissional (Síndrome de Burnout), Sofrimento Mental e outros problemas de saúde em Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas trabalhadores de UTI de uma grande cidade do Estado da Bahia" (Projeto p. 03). Participação da pesquisa "Todos os trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas) de sete(07) hospitais, de uma grande cidade do Estado da Bahia, que consentirem em participar do estudo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)" (Projeto p.15). Os dados serão coletados através de um questionário padronizado, respondido pelos próprios profissionais, não sendo necessário que o mesmo se identifique. O questionário constará de sete blocos de questões. "Os questionários serão acompanhados de carta de apresentação e justificativa do trabalho e encaminhados aos trabalhadores da UTI. Os profissionais estudados serão ainda contatados por telefone, pelos pesquisadores, buscando minimizar perdas e recusas" (Projeto p. 15). Os dados coletados serão submetidos a análise estatística através do programa Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 9.0, disponibilizado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DGAI/UEFS).

Consta no projeto um orçamento no valor de R\$ 68.400,00 com a descrição da contrapartida da UEFS, através do apoio da Sala de Situação e Análise Epidemiológica Estatística. O cronograma do projeto encontra-se adequado e atualizado, evidenciando o retorno ao CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores e Síndrome de Estafa Profissional (Síndrome de Burnout), em trabalhadores de UTI (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) de uma grande cidade do Estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de UTI dessa cidade;
2. Estimar a prevalência da Síndrome de Estafa profissional (burnout) e Distúrbio Psíquico Menor

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3181-8087 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Protocolo: 1.355.188

entre os trabalhadores de UTI dessa cidade;

3. Descrever a possível associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física) e aspectos psicossociais do trabalho (demanda e controle) e a prevalência da Síndrome de Estafa profissional (burnout) entre os trabalhadores de UTI dessa cidade;

4. Descrever a possível associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar), hábitos de vida (fumar, beber, praticar atividade física) e aspectos psicossociais do trabalho (demanda e controle) e a prevalência de Distúrbio Psíquico Menor entre os trabalhadores de UTI dessa cidade;

5. Conhecer a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) dos trabalhadores de UTI dessa cidade;

6. Identificar hábitos de vida relacionados à saúde (uso de bebida alcoólica, tabaco, realização de exames preventivos, prática de atividade física) dos trabalhadores de UTI dessa cidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador avalia de forma clara os riscos e benefícios da pesquisa, deixando-os explícitos.

"Os riscos envolvidos nesse estudo referem-se a perda do sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Porém, foi garantido pelo pesquisador que será garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados, por meio da não identificação nominal do instrumento individual de coleta de dados e da análise agregada dos dados coletados que impossibilitará a identificação dos sujeitos da pesquisa." (Informações básicas Plataforma Brasil)

"Os riscos do estudo são em relação ao constrangimento e/ou desconforto em responder alguma pergunta, sentir-se incomodado quanto ao tempo dispensado à pesquisa ou ser prejudicado no trabalho por responder a perguntas inerentes à instituição onde trabalha." (TCLE)

E quanto aos benefícios "Estimular a reflexão no interior das categorias de trabalhadores envolvidas no estudo sobre a melhoria das condições de trabalho, remuneração, saúde e qualidade de vida; Como consequência estimular a discussão sobre a repercussão da melhoria das condições de trabalho, remuneração, saúde e qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos para a melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de terapia intensiva (UTI)." (Informações básicas Plataforma Brasil)

"Os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas e dentro das entidades

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3181-8087 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.355.188

profissionais envolvidas para a discussão e formulação de soluções dos problemas identificados. Também serão discutidas com os intensivistas suas atuais condições de trabalho e apontar a existência de possíveis situações de risco, para a saúde dos mesmos." (TCLE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considero a pesquisa interessante e com relevância para área de saúde do trabalhador, algo importante para qualidade de vida. Apresenta uma bibliografia extensa e atualizada e possui viabilidade ética.

O projeto apresenta trechos da fundamentação teórica e metodologia utilizadas em outro projeto de pesquisa com tema similar do mesmo autor intitulado: "Trabalho, Saúde e qualidade de vida de intensivistas brasileiros" aprovado em 29/10/2013 por este CEP, bem como semelhança de alguns objetivos. O pesquisador responsável justifica que ambos os projetos foram construídos pelos mesmos pesquisadores da UEFS, daí algumas semelhanças; destaca que as populações são distintas e que estão buscando novas evidências de que o trabalho em Unidade Terapia Intensiva caracteriza-se por estresses contínuos, podendo gerar sofrimento mental e estafa nos profissionais.

No projeto, o pesquisador refere que haverá o contato com o Departamento de RH de cada instituição apenas para identificação dos trabalhadores que estão vinculados à UTI, sem a pretensão de colher outros dados cadastrais.

Os pesquisadores demonstram compromisso ético com os participantes, esclarecendo os meios de manutenção do anonimato, confidencialidade e o retorno dos resultados. Reforça-se a importância do retorno às instituições envolvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo e o TCLE contempla a Resolução 466/2012.

Ressalta-se que foram apresentadas as autorizações de 07 hospitais campos do estudo no protocolo: Hospital São Matheus, EMEC, Maternidade Santa Emília, Hospital da Mulher, Hospital Dom Pedro de Alcântara, Hospital Geral Clériston Andrade e Hospital Estadual da Criança (HEC).

No que se refere a estas autorizações, não se encontra explícito pelos diretores/responsáveis que

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



Continuação do Parecer: 1.355.168

pode vincular o nome da instituição aos resultados encontrados; então sugere-se cautela dos pesquisadores no processo de análise e divulgação dos dados, e se possível evitar esta interrelação instituição/resultados para prevenção de danos indiretos.

A Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (SOTIBA) declarou apoio ao projeto por meio escrito.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que 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 participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme instil 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. 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_541612.pdf	07/11/2015 08:55:31		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_CEP_resposta.pdf	07/11/2015 08:54:03	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SOTIBA.pdf	07/11/2015 08:51:31	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HGCA.pdf	07/11/2015 08:50:54	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HEC.pdf	07/11/2015 08:50:28	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Rosely.pdf	07/11/2015 08:48:09	Carlito Lopes Nascimento	Aceito

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.355.188

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Rosely.pdf	07/11/2015 08:48:09	Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Monica.pdf	07/11/2015 08:47:47	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Colbert.pdf	07/11/2015 08:45:01	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Davi.pdf	07/11/2015 08:44:32	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pesquisa_Intensivistas_82.pdf	07/11/2015 08:42:25	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas_Final_82.pdf	07/11/2015 08:41:52	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Sao_Mateus.pdf	08/09/2015 09:28:10	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Santa_Emilia.pdf	08/09/2015 09:27:27	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_D_Pedro.pdf	08/09/2015 09:26:51	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Gabriela.pdf	08/09/2015 09:26:14	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_456_Carlito.pdf	08/09/2015 09:25:22	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Questionario_PP_Intensivistas.pdf	31/08/2015 12:46:43	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Questionário_Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas.pdf	23/07/2015 09:44:03		Aceito
Outros	Declaração HIP3.pdf	23/07/2015 09:41:53		Aceito
Outros	Declaração EMEC.pdf	23/07/2015 09:41:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pesquisa_Intensivistas.pdf	30/06/2015 08:19:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas_Final.pdf	30/06/2015 08:19:22		Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-480

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cap@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.355.168

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Rosely.pdf	07/11/2015 08:48:09	Sobrinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Monica.pdf	07/11/2015 08:47:47	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Colbert.pdf	07/11/2015 08:45:01	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Davi.pdf	07/11/2015 08:44:32	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pesquisa_Intensivistas_82.pdf	07/11/2015 08:42:25	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas_Fina_82.pdf	07/11/2015 08:41:52	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Sao_Mateus.pdf	08/09/2015 09:28:10	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Santa_Emilia.pdf	08/09/2015 09:27:27	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_D_Pedro.pdf	08/09/2015 09:26:51	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Gabriella.pdf	08/09/2015 09:26:14	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466_Carlito.pdf	08/09/2015 09:25:22	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Outros	Questionario_PP_Intensivistas.pdf	31/08/2015 12:46:43	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Acelto
Outros	Questionario_Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas.pdf	23/07/2015 09:44:03		Acelto
Outros	Declaração HIP3.pdf	23/07/2015 09:41:53		Acelto
Outros	Declaração EMEC.pdf	23/07/2015 09:41:27		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pesquisa_Intensivistas.pdf	30/06/2015 08:19:42		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa_Intensivistas_Fina_82.pdf	30/06/2015 08:19:22		Acelto

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8087 E-mail: csp@uefs.br