

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas”

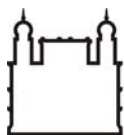
Por:

Jorge Luiz Lima da Silva

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Reis Teixeira

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Fatores psicossociais e síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas”

apresentada por

Jorge Luiz Lima da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Dra. Denise de Assis Corrêa Sória;

Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira;

Profª. Dra. Katia Reis de Souza;

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira;

Profª. Dra. Liliane Reis Teixeira – Orientadora.

Tese defendida e aprovada em 03 de março de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586a Silva, Jorge Luiz Lima da
Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre
trabalhadores de enfermagem intensivistas. / Jorge Luiz
Lima da Silva. -- 2015.
151f.

Orientador: Liliane Reis Teixeira
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Saúde do trabalhador. 2. Condições de trabalho.
3. Transtornos mentais. 4. Estresse psicológico.
5. Enfermagem. 6. Esgotamento profissional. 7. Unidades
de Terapia Intensiva. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11



Em memória de meus queridos tios, árduos trabalhadores:

*João Batista Lima da Silva
e
Sebastião Lima da Silva*

— AGRADECIMENTOS —

À Fiocruz e seu corpo docente, meus sinceros agradecimentos pela contribuição nessa capacitação árdua de quatro anos.

À Liliane Reis Teixeira, por me incentivar nesses anos que me testaram com desafios, que foram além do curso de doutorado. Sem seu apoio como orientadora, conselheira e amiga creio que seria impossível o término do trabalho de conclusão.

À minha banca de qualificação e de defesa pelas contribuições pertinentes a este estudo.

À Universidade Federal Fluminense, em especial, ao Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria e colegas de trabalho.

Às amigas que me incentivaram, primordialmente, e me fizeram acreditar nessa empreitada: Profas. Dras. Ândrea Cardoso Souza e Marilda Andrade.

Aos meus alunos (todos), em especial, àqueles que hoje são profissionais e me auxiliaram e estimularam nessa caminhada: Danusa de Souza Ramos e Fabiano Bitencourt Lima.

Aos meus “fiéis escudeiros” que muito me auxiliaram e incentivaram, até a defesa deste estudo: Felipe dos Santos Costa e Rafael da Silva Soares, com certeza vocês ajudaram muito, além de serem amigos dedicados aos estudos de saúde coletiva!

Aos colegas da sala dezessete, um nicho de muitos devaneios, discussões, momentos de alegria e de reflexão com: Gilvânia Coutinho, Thiago Diniz, Daniel Valente e Eliana Napoleão. "A leveza e descontração incentiva a criatividade".

A amiga Neusa Ramos pelo apoio e compreensão nos momentos de reflexão sobre minha vida acadêmica, e por ceder inúmeras vezes espaço para escrever, e estudar em seu instituto de educação e saúde.

Aos meus colegas de turma: Aline Guio Cavaca; Armando Cypriano; Carolina Esposti; Flávia Portugal e Tatiana Figueiredo, por compartilharem momentos de alegria e ouvirem e confortar-me, nos de tristeza.

.....

De acordo com o médico austríaco, Hans Selye, que utilizou o termo pela primeira vez em 1936, o estresse faz parte do nosso mecanismo de sobrevivência

Coaching

RESUMO

Os aspectos psicossociais referem-se a elementos do ambiente organizacional que sofrem influências das características individuais ao serem vivenciados pelos trabalhadores, estão relacionados ao macro contexto histórico, social de cada pessoa. O estresse é elemento-chave referente aos aspectos psicossociais. O estudo objetivou analisar a prevalência da síndrome de burnout (SB), segundo os aspectos psicossociais, sócio-demográficos e laborais de trabalhadores de enfermagem intensivistas. Estudo seccional realizado com 130 profissionais, com aplicação de questionário autopreenchido, contendo: a versão resumida da *Job Stress Scale* - para aferir o estresse; *Maslach Burnout Inventory* – para mensurar a SB; e *Self Reporting Questionnaire* – para medir transtornos mentais comuns (TMC). Foram realizadas análises univariadas e bivariadas, segundo modelo demanda-controle, com nível de significância de 5%. Revisão realizada no primeiro artigo identificou que o burnout está relacionado a fatores organizacionais, pessoais, individuais e aos inerentes à profissão. As repercussões envolvem as esferas físicas, psíquicas, emocionais, organizacionais e familiares. No segundo artigo, discorreu-se quanto às dimensões de estresse onde: 30,8% encontravam-se em alta exigência; 24,6% em trabalho ativo; 20,8% em trabalho passivo, e 23,8% em baixa exigência. O apoio social revelou que 53,1% dos trabalhadores estavam abaixo da mediana, aqueles em trabalho ativo apresentavam-se acima deste valor ($p=0,027$). A prevalência de SB foi de 55,3%, sendo 72,5% estavam em alta exigência ($p=0,006$). A prevalência de TMC foi de 27,7%. Os fatores referidos como estressores em UTI foram: carga horária; relacionamento interpessoal profissional; relacionamento com a chefia e déficit de pessoal. No terceiro artigo, foi observado que 80,6% da prevalência de TMC estavam associados à SB ($<0,0001$). Após análise multivariada, foi constatado caráter protetor para SB nas dimensões intermediárias de estresse: trabalho ativo OR = 0,26 (IC95%=0,09-0,69); e trabalho passivo OR = 0,22 (IC95%=0,07-0,63), com modelo ajustado para sexo, idade, escolaridade, carga horária semanal, renda, e pensamento no trabalho durante as folgas. No quarto artigo, refletiu-se que os aspectos políticos, institucionais e de qualidade de vida devem receber destaque, pois o estresse é algo que transcende o aspecto individual e possui grande impacto na qualidade do serviço, na instituição e na sociedade. A construção de uma rede nacional de negociação junto aos sindicatos, conselhos e governo federal; a implantação de gestão participativa, e levantamento de problemas e possíveis soluções são ações que partem do geral para que surtam efeito sobre cada trabalhador da UTI. A reflexão traz à tona o grande desafio de encarar o cuidado ao ser humano de forma a desconsiderá-lo como bem de capital, em países em desenvolvimento com sistema neoliberal. A organização do trabalho em UTI favorece ao estresse de alta exigência e, como consequência, demonstra prevalências expressivas de TMC e SB.

Descritores: aspectos psicossociais; esgotamento profissional; transtornos mentais; equipe de enfermagem; unidades de terapia intensiva; ambiente de trabalho; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Psychosocial aspects refer to elements of the organizational environment that are influenced individual differences to be experienced by workers, are related to macro historical, social context of each person. Stress is a key element related to psychosocial aspects. The study aimed to analyze the prevalence of BS, according to the psychosocial, socio-demographic and organization of intensive care nursing. Sectional study of 130 professionals, applying self-administered questionnaire containing: a short version of the Job Stress Scale - for measuring stress; Maslach Burnout Inventory - to measure burnout syndrome; and Self Reporting Questionnaire - to measure common mental disorders. Univariate and bivariate analyzes were performed, according to Karasek model, with 5% significance level. In the first article, was identified that burnout is related to organizational factors, personal, individual and inherent to the profession. The repercussions involve the physical spheres, psychological, emotional, organizational and family. In the second article, it talked-about the size of stress where: 30.8% were in high demand; 24.6% in active work; 20.8% in passive job and 23.8% in low demand. Social support revealed that 53.1% of workers were below the median, those in active work were above this value ($p = 0.027$). The prevalence of SB was 55.3%, and 72.5% were in high demand ($p = 0.006$). The CMD prevalence was 27.7%. Factors such as ICU stressors were: workload; professional interpersonal relationships; relationship with the leadership and staff deficit. In the third article, it was observed that 80.6% of the prevalence of CMD were associated with BS (<0.0001). After multivariate analysis, protective character was found to SB in the intermediate dimensions of stress: active work OR = 0.26 (95% CI = 0.09 to 0.69) and passive job OR = 0.22 (95% CI = 0.07-0.63), with model adjusted for sex, age, education, weekly working hours, income, and thought at work during the clearances. In the fourth article, reflected the political, institutional and quality of life should receive attention, since stress is something that transcends the individual aspect and has great impact on the quality of service in the institution and society. The construction of a national network of trading with the unions, councils and federal government; the implementation of participatory management, and mapping problems and possible solutions are actions that depart from the general to take effect on each ICU worker. Reflection brings up the challenge of facing the care for human beings, to disregard it as well to capital in developing countries with neoliberal system. The organization of work in ICU favors the stress of high demand and, consequently, demonstrates significant prevalence of CMD and BS.

Descriptors: psychology; burnout, professional; mental disorders; nursing, team; intensive care units; working environment; occupational health.

— LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS —

AE	Alta Exigência
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSS	Aspectos Psicossociais
BE	Baixa Exigência
CID	Classificação Internacional de Doenças
Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Despersonalização - referente à dimensão de burnout
D.P.	Desvio Padrão
EE	Exaustão Emocional - referente à dimensão de burnout
GM	Gabinete Ministerial
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IC _{95%}	Intervalo de Confiança de 95%
ILO	<i>International Labour Organization</i>
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MDC	Modelo Demanda e Controle
OR	<i>Odds Ratio</i> / Razão de Chances
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PL	Projeto de Lei
SB	Síndrome de Burnout
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
TA	Trabalho Ativo
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TP	Trabalho Passivo
UTI	Unidade de Tratamento/ Terapia Intensivo (a)
OMS	Organização Mundial de Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde

— SUMÁRIO —

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
1.3 JUSTIFICATIVA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTRESSE E BURNOUT.....	18
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI.....	21
3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	24
4 RESULTADOS.....	25
Artigo 1: Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem.....	25
Artigo 2 : Estresse e aspectos psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas.....	52
Artigo 3: Aspectos psicossociais e prevalência de burnout entre trabalhadores de enfermagem de UTI.....	79
Artigo 4: Riscos psicossociais na atividade profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva: reflexão sobre possíveis soluções.....	101
5 CONCLUSÃO.....	123
6 REFERÊNCIAS.....	127
7 APÊNDICES.....	135
7.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	135
7.2 TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	141
7.3 FÔLDER EXPLICATIVO UTILIZADO COM TRABALHADORES.....	143
8 ANEXOS.....	145
8.1 PARECERES DE COMITÊS DE ÉTICA.....	145

1 INTRODUÇÃO

A trajetória pessoal para a construção da sequência de investigações começou ainda na atuação docente, em hospital universitário, ao notar que o imediatismo e tensão dos profissionais atuantes em setores fechados eram fatores que chamavam a atenção, o que despertou o interesse em realizar alguns estudos qualitativos sobre aspectos psicossociais (APSS) com os trabalhadores de enfermagem atuantes em diferenciados setores.

O presente estudo foi motivado pelos relatos de trabalhadores de cuidados intensivos, ao comentarem sobre seus aspectos emocionais e fatores da organização do trabalho como diferenciados de outros setores hospitalares. Setores aqui elencados como as unidades de tratamento intensivo (UTI) e unidades de cuidados coronarianos (UCO).

Durante o mestrado, foi explorada a relação entre o modelo demanda e controle (MDC) de Robert Karasek e Töres Theorell (1990) e os transtornos mentais comuns (TMC). Estudo epidemiológico com base em banco de dados de trabalhadores de enfermagem de hospital federal, localizado no município do Rio de Janeiro conduzido pela pesquisadora Lúcia Rotenberg - do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde / Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Nesse estudo, foi verificado que os setores que foram classificados pelo grau de esforço físico e psicológico classificados como “pesados”, dentre os quais se destacaram a UTI e UCO como ambientes que apresentavam maior exposição e também maior desfecho investigados (SILVA, 2007).

Nesta dinâmica, que envolveu a aproximação das ferramentas da epidemiologia, houve interesse cada vez maior de aprofundamento sobre a temática voltada para profissionais intensivistas que lidam com pacientes críticos, que por vezes, falecem. As *demandas psicológicas* e o pouco *controle* sobre as necessidades urgentes dos casos mais graves são fatores ouvidos em falas de ex-estudantes, profissionais de enfermagem atuantes em UTI e estudantes de pós-graduação de cursos sobre cuidados de alta complexidade. Tais fatores, em momentos de discussão com os profissionais, despertaram ainda mais inquietações sobre os diversos fatores psicossociais relacionados ao trabalho, e como estes poderiam estar relacionados à ocorrência da síndrome de burnout (SB), a qual é descrita atualmente como fenômeno preocupante para a saúde dos trabalhadores.

Após a pesquisa de mestrado, outros estudos foram conduzidos com essa população e os resultados apontaram para aspectos psicossociais relacionados à organização do trabalho na UTI, sua complexidade e dinâmica laboral. Chamava a atenção, no setor público, a escassez

de recursos de infraestrutura física, de materiais e humanos (SILVA, 2008, SILVA et al, 2010b, SILVA et al, 2012).

O estresse, desgaste e suas consequências à saúde do trabalhador é um problema atual, o qual vem sendo discutido no âmbito da Saúde Pública no Brasil e no mundo. Há um grande desafio no meio acadêmico quando se trata de mensurar dimensões subjetivas como o estresse, esgotamento e aspectos psicossociais.

Desde quando o conceito foi extraído da física, o estresse, passou a ser visto como desgaste e alterações de ordem física, biológica e mental, e por meio século vem sendo investigado de forma multidisciplinar. Procura-se entender o fenômeno como algo prejudicial à saúde do trabalhador, às empresas, à produtividade, à economia, à sociedade; entretanto o estresse também pode ser reconhecido como aquele que motiva, impulsiona e pode conduzir a novos desafios e ganhos pessoais.

A literatura traz um contexto mais dinâmico sobre a formação do equilíbrio ou de homeostase quando se trata do estresse, e introduz o conceito de alostase, uma alteração fisiológica adaptativa (alostática) que dura pequeno intervalo, em resposta a estímulo ambiental. Entretanto, quando a reação ao estresse perdura por longo período ou se mostra frequente, observa-se a carga alostática e traz prejuízos à saúde o que favorece as doenças (McEWEN; LASLEY, 2007).

Por décadas, os estudos focaram a análise do estresse na pessoa, no indivíduo, trabalhador, bem como as possíveis soluções apontadas para manejo do problema e resolução eram dessa ordem, ou seja, individualistas e focadas em estratégias pontuais de enfrentamento. Surge mudança na década de 1970, quando Robert Karasek introduz abordagem de cunho social e incluiu o ambiente laboral à dinâmica que envolve o fenômeno em questão, introduzindo modelo teórico com as dimensões demanda psicológica e controle sobre trabalho. Posteriormente, foi adicionado ao modelo o apoio social o qual pode existir no ambiente de trabalho oriundo de colegas e chefes (KARASEK; THEORELL, 1990).

O uso de modelos teóricos e seus respectivos instrumentos, em forma de escala, se apresentam na literatura em pesquisas que avaliam o estresse, transtornos mentais, esforço e recompensa, depressão e síndrome do esgotamento profissional (burnout). Instrumentos diversos vêm sendo amplamente utilizados em estudos com trabalhadores de enfermagem, dentre os quais os atuantes em UTI, devido a fatores relacionados à organização do trabalho, como: ritmo; intensidade; trabalho em turnos e complexidade do cuidado crítico.

O termo 'burnout' foi citado na literatura em 1953 em estudo de caso de Schwartz e Will, denominado *Miss Jones*, no qual é descrita a problemática de uma enfermeira

psiquiátrica desiludida com o seu trabalho, atualmente, os sintomas psicológicos, físicos e sentimentos descritos aquela época são denominados como “burnout” (MASLACH; SCHAUFELLI, 1993, CARLOTTO; CAMARA, 2008).

Em 1974, o médico psicanalista Herbert Freudenberger retoma o termo que descreveu como sentimento de fracasso e exaustão causado por excessivo desgaste de energia e recursos para enfrentamento. O pesquisador concluiu, entre 1975 e 1977, adicionando à sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (FREUDENBERGER, 1974). Em 1978, Christina Maslach e Susan Jackson criaram instrumento que ficou conhecido mundialmente como *Maslach Burnout Inventory* (MASLACH, 1993).

No Brasil, a escala para mensuração da síndrome foi adaptada com trabalhadores de enfermagem e, prontamente vem sendo utilizada para avaliar as dimensões: esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal. Nos últimos cinco anos, novos estudos surgem no meio acadêmico com destaque para professores e profissionais de saúde (TAMAYO, 1997).

A síndrome do esgotamento profissional ou SB surge como consequência grave do estresse, despertou a atenção do Ministério do Trabalho e foi classificada como motivo de afastamento, reconhecida pelo Ministério da Previdência Social e com registro na Classificação Internacional de Doenças (CID). Tais afirmativas mostram o reconhecimento do estresse, suas consequências, sua magnitude e transcendência para a saúde coletiva.

No exterior, estudos com equipes de enfermagem mostram a preocupação relacionada aos aspectos emocionais, abandono do emprego, qualidade do produto final prestado (cuidado) e satisfação do profissional. Estudos referem a SB apresentando suas dimensões e características pontuais relacionadas aos APSS no trabalho e/ou fatores psicoemocionais (EVANS et al, 2006, GULALP et al, 2008, KANAY-PAK et al, 2008, POGHOSYAN et al, 2010).

Portanto, mediante ao processo de trabalho que envolve o ambiente laboral da UTI e a exposição ao desgaste, podendo chegar a consequências como o esgotamento, este estudo traz como objeto a relação entre os APSS e a SB.

1.1 OBJETIVOS

Para o alcance das metas deste estudo, foram segmentados os objetivos de forma geral e específica.

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência da SB, segundo os aspectos psicossociais, sócio-demográficos e laborais de trabalhadores de enfermagem intensivistas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as causas da SB, discutindo sobre possíveis consequências ao profissional de enfermagem;
- Analisar os aspectos referentes ao estresse relacionados a características do trabalho de intensivistas.
- Descrever fatores envolvidos no estresse laboral, segundo a ótica do trabalhador de enfermagem intensivista;
- Analisar a prevalência da SB, associando a aspectos psicossociais e sócio-demográficos entre os trabalhadores;
- Propor ações mitigadoras ao estresse e SB, de acordo com os achados no grupo estudado.

1.3 JUSTIFICATIVA

Apesar da criação do SUS em 1990, a instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- (Renast) em 2002, e a mais recente Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (2011), o Estado mostra-se ineficiente em desenvolver ações abrangentes e integrais de saúde do trabalhador, pelo atraso na implantação de política efetiva. Pois, embora em número crescente, grande parte dos serviços funciona com graves problemas estruturais no que tange a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores.

No interior das empresas existe o ideário de “produzir mais com menos”, por meio de formas flexíveis de gestão e organização do trabalho que geram, entre outros efeitos, intensificação e maior densidade de trabalho (PINA, 2012, COSTA et al, 2013). Sob essa lógica, o homem produtivo é instigado a pensar mais, porém de acordo com a racionalidade instrumental do capital, mesmo nas instituições de saúde (ALVES, 2011, COSTA et al, 2013).

Soma-se a isso a precarização dos vínculos e dos contratos, que ocorre pela via das terceirizações e das condições caóticas de trabalho, a persistência de elevada rotatividade da força de trabalho, sendo elementos relacionados a origem de agravos no ambiente laboral (KREIN, 2009, COSTA et al, 2013).

Um aspecto a ser considerado na atualidade é a magnitude dos aspectos psicossociais representado, em grande parte, pelo estresse na sociedade moderna. Busca-se, o entendimento dos processos mórbidos provocados pelos fatores desgastantes nos ambientes de trabalho. As condições sociais de trabalho e o estresse psicológico mostram-se, cada vez mais, como fatores de risco ocupacional que afetam praticamente toda a população economicamente ativa (*PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION*, 1998).

Durante vários anos, sob diversas perspectivas, foram identificadas as consequências da organização do trabalho e sua relação com o estresse, a saúde e o bem-estar do trabalhador. A intensidade desse fenômeno e o impacto sobre a economia também podem ser evidenciados através dos afastamentos, absenteísmos e baixa produtividade (KARASEK; THEORELL, 1990, CREED, 1993, NORIEGA et al, 2000, SILVA et al, 2010a, SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012). Além disso, ocorrem situações que evidenciam a sobrecarga e tensão laboral como a queda da produção, dificuldade de trabalhar em equipe e a maior ocorrência acidentes no trabalho (PONZETTO, 2002, RICHARDSON; ROTHSTEIN, 2008).

Essa situação dos trabalhadores de enfermagem faz com que a avaliação do papel das demandas, ou estímulos ambientais nas respostas à organização do trabalho e estresse apareçam em pesquisas sobre os aspectos psicossociais ocupacionais. As dimensões relacionadas à saúde mental são as que mais sofreram influência dos aspectos psicossociais do trabalho para este grupo (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003, REIS et al, 2003, SILVA, 2007, SILVA et al, 2010b, SILVA et al, 2011).

Logo, há de se pensar nos trabalhadores que atuam em ambiente hospitalar, em especial os dos setores de cuidados intensivos, pois o ambiente pode estar relacionado ao surgimento da SB, bem como a intensidade do trabalho e suas especificidades. Pode-se verificar essa constatação nos estudos que referem este setor como o mais propício ao estresse e desgaste físico e psicológico (CORONETTI et al, 2006, OLIVEIRA; TRISTÃO; NEIVA, 2006, FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO; 2006, GUERRER; BIANCHI, 2008, PETRO; PEDRÃO, 2009, SILVA et al, 2011).

Estudo realizado no sul do Brasil, conduzido por Moreira e cols. (2009), com trabalhadores de enfermagem, em hospital de grande porte filantrópico, encontrou pontuações médias para as três dimensões da SB. A prevalência global no hospital foi de 35,7%, mas o que chamou a atenção foi o fato de que os ambientes com a maior prevalência foram UTI adulto (25,9%), e a UTI neonatal (18,5%). Tais resultados denotam a necessidade de aprofundamento dos estudos nessa área, sobretudo em hospitais públicos federais, onde costumam apresentar maior número de leitos e de profissionais de enfermagem.

Ao se avaliar os aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com a saúde psíquica, evidencia-se também a influência de aspectos intrínsecos ao indivíduo na gênese do estresse, considerando que há relação entre o estilo de vida, as estratégias de *coping* (enfrentamento ou tolerância) e apoio social, assim como a vulnerabilidade e a resistência ao estresse (FERNANDES, 1999).

Dessa forma, os aspectos ocupacionais relacionados à organização do trabalho têm recebido atenção especial pelos pesquisadores, considerando o impacto que produzem sobre a vida dos trabalhadores, podendo influenciar negativamente em sua saúde e bem-estar. Com isso, o desenvolvimento de pesquisas sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador e sua resposta aos estímulos presentes nos locais de trabalho podem gerar resultados capazes de despertar o senso crítico do trabalhador e empregador para mudanças.

Há de se refletir sobre a possibilidade dos estudos científicos poderem contribuir para discussão sobre a qualidade de vida no ambiente de trabalho, o que pode favorecer um ambiente propício para melhor desempenho, bem como condições básicas de atuação dos profissionais, e implementação de estratégias para a amenização do estresse no trabalho.

É sabido que tanto o estresse quanto a síndrome são fatores relacionados aos aspectos psicossociais, entretanto cabe especificamente aprofundar os estudos sobre a temática, explorando como se dá a dinâmica entre aspectos psicoemocionais, sócio-demográficos e laborais com a SB. Dessa forma, há possibilidade de se refletir sobre estratégias de amenização de aspectos que possam vir a influenciar, negativamente, no trabalho e qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores em questão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O mundo do trabalho vem passando por profundas transformações que estão relacionadas às condições econômicas, sócio-políticas, legais, mudanças demográficas e inovação tecnológica, processo que impõe ao trabalhador novas demandas; haja vista a produção e intensidade das atividades, através de cobranças caracterizadas por elevadas exigências e baixo controle sobre as atividades laborais, fruto em última análise, de uma reestruturação do trabalho (BRASIL, 2001, ZANELLI et al, 2010, GLINA, 2010, SANTOS; LACAZ, 2011, CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Tal reestruturação é acentuada no contexto do capitalismo contemporâneo, onde se observa a intensificação da competição internacional sob a hegemonia de modelos de crescimento e aceleração da economia do tipo não sustentáveis, repercutindo negativamente no meio ambiente, trabalho, saúde e qualidade de vida dos indivíduos, como ocorre no Brasil e em outros países emergentes (COSTA et al, 2013).

Uma das maiores preocupações atuais da era da informação é entender alguns fenômenos que podem trazer prejuízos, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo para a saúde humana, dentre os quais alguns fatores da organização do trabalho e saúde do trabalhador, para isso há um esforço de várias nações no entendimento e esclarecimento do estresse laboral e suas consequências.

No que tange ao esforço em promover a saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, a portaria GM 1125/2005 estabelece ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, inclusive a participação dos sujeitos sociais envolvidos, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

No Brasil, recebe destaque a Renast, a qual tem como objetivo articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores definidas na lei orgânica de saúde 8080/90. A instituição da Renast (2002) pressupõe um modelo integrado de intervenção e a articulação de dispositivos, equipamentos e serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estaduais e regionais (BRASIL, 2002).

Em 2012, pela portaria GM 1823/2012, instituiu-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que se alinha com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador, e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

É sabido que o trabalho tem importância essencial na vida do indivíduo. Investe-se grande parte da existência na preparação, formação e em dedicação. Subtraindo a fase preliminar de instrução e instrumentação; percebe-se que, de forma geral, são dedicadas pelo menos 8 horas diárias; isto é, mais de 1/3 do dia, durante 30 ou 35 anos ou mais, sem computar-se o tempo utilizado com locomoção (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Mesmo assim, a atividade laboral nem sempre possibilita crescimento, reconhecimento e independência profissional, pois, muitas vezes, causa insatisfação, desinteresse, irritação e exaustão (DEJOURS, 1992).

E é no local de trabalho onde se estabelecem as demandas de tarefas, e o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa. Mediante ao exposto, entende-se que a tensão laboral resulta do desequilíbrio mantido entre as demandas que o exercício profissional exige, e as capacidades de afrontamento do trabalhador, o que pode levar ao estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, ADÁN; GARCIA, 2003).

O termo estresse está intimamente relacionado aos aspectos psicossociais (APSS). Ao serem sentidos/ percebidos pelos trabalhadores, referem-se a elementos do ambiente organizacional que possuem relação próxima com as características individuais. Alguns autores podem dar mais ênfase ao macro contexto histórico e social de cada pessoa, ou às origens e efeitos destes aspectos relacionados ao ambiente. Características pessoais do trabalhador, suas necessidades, cultura, experiências, estilo de vida e sua percepção de mundo são relevantes. O conjunto de percepções inclui aspectos do conteúdo e do contexto do trabalho, dentre os quais aspectos psicossociais geradores de estresse (EL BATAWI, 1988; LEVI, 1988; KALIMO, 1988; FERNANDES, 1999, REIS, FERNANDES; GOMES, 2010, GLINA; ROCHA, 2010).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho afirma que os riscos psicossociais devem receber a mesma consideração e conduta que os demais clássicos. Sua avaliação envolve os mesmos princípios e processos básicos aplicáveis a outros riscos presentes no local de trabalho. O que chama a atenção é que as combinações sinérgicas entre riscos do ambiente de trabalho e fatores psicossociais apresentam as maiores ameaças à saúde: como o estresse, e doenças psíquicas mais graves como a síndrome de burnout (SB) (GLINA; ROCHA, 2010, GLINA, 2010).

Suas repercussões para a sociedade geram discussões, desenvolvendo interesse mundial face sua magnitude, a vulnerabilidade dos trabalhadores e transcendência; esta última, no sentido de poder ir além do ambiente de trabalho, e somar-se a demais fatores

impostos pela vivência nos grandes centros urbanos (SILVA, 2007, JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010, OIT/ILO, 2012).

Meta-análise realizada em 2008 nos EUA pelo Instituto Americano de Estresse, a qual incluiu 36 estudos experimentais, evidenciou que 80% dos acidentes de trabalho tinham o estresse como fator envolvido mais referido (RICHARDSON; ROTHSTEIN, 2008). Este processo vem se evidenciando também em outros países como Austrália e parte substancial da União Europeia (ZANELLI et al, 2010). A preocupação com o fenômeno tomou proporções marcantes, funcionando como alerta, em 1999, quando se pensou em prevenir suas consequências para além do ambiente laboral, mas também para a sociedade, onde vários países adotaram medidas antiestresse (LIPP, 2005).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT/ ILO), os impactos negativos do estresse são multiformes os quais podem incluir doenças cardíacas e gastrintestinais, bem como problemas físicos, psicossomáticos e psicossociais. Este último, por sua vez, pode favorecer o aumento de acidentes de trabalho, das taxas de lesões, baixo desempenho e produtividade (OIT/ILO, 2012).

No que tange a política de atenção à saúde do trabalhador no Brasil, é escassa (ou pouco visível) a informação sobre adoecimento decorrente do estresse laboral e/ou adoecimento psíquico. A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dessa população específica dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação de ações para a saúde do trabalhador (BRASIL, 2001, SILVA, 2007, FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Face ao reconhecimento do problema que o fenômeno poderia acarretar aos trabalhadores, em 06 de maio de 1999, o decreto do Ministério da Previdência e Assistência Social reconheceu o estresse e a depressão como doenças do trabalho, podendo vir a se tornar grave problema de saúde pública, o que representa avanço e reconhecimento da importância da relação entre fatores psicossociais e organização/características do trabalho (MPAS-BRASIL, 1999). Aspectos estes que exercem influência dinâmica sobre a saúde e bem-estar do trabalhador, face às exigências crescentes das organizações sobre os profissionais de saúde. Contudo, vislumbra-se ainda certa estagnação na tomada de decisões a fim de amenizar e resolver o problema.

No cenário atual, percebem-se cortes de custos, número reduzido de trabalhadores, curto período de tempo para produzir, vínculos empregatícios instáveis e notável desgaste do profissional, o que faz com que o esgotamento deva ser estudado, sob várias óticas: ergonômica; ergológica; psicopatológica; econômica; de qualidade de vida, dentre outras

(JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010). A consequência deste processo é a exaustão. Com isso, o estresse e os aspectos psicossociais recebem papel de destaque pelas autoridades de saúde e pesquisadores, o que remete ao pensamento do vislumbre desse fenômeno como problema de saúde pública.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTRESSE E BURNOUT

Durante o século passado, o tema estresse foi explorado sob diversos enfoques e abordagens, partindo da fisiologia e respostas orgânicas até as implicações do fenômeno no trabalho e na saúde pública. O termo foi introduzido na área da saúde, em 1936, por Hans Selye - cientista canadense endocrinologista. Selye observou que alguns pacientes apresentavam e queixavam-se de sintomas físicos comuns (cansaço, indisposição, dores pelo corpo), após investigações com animais em laboratório, estas alterações foram definidas como estresse. Termo definido como o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre corpo, seja de efeito mental ou somático; e, o estressor como todo agente que induz à reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional (SELYE, 1956, SELYE, 1986, LIPP, 2001, CAMELO; ANGERAMI, 2008). Com isso, pode ser entendido como a relação entre a pessoa e o ambiente que é percebida pelo indivíduo como sobrecarga ou esgotamento de seus recursos de enfrentamento, colocando em risco o bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Um conceito mais atual relacionado ao estresse foi apresentado por McEwen, Lasley (2002) onde definem as reações alostáticas, as quais visam à manutenção do equilíbrio do organismo, superando o conceito de homeostase. Neste caso, as reações ao estresse oscilam em uma faixa de normalidade mais ampliada que a da homeostase. As reações alostáticas são benéficas dentro de um curto prazo, entretanto podem ser prejudiciais à saúde quando mais duradouras e frequentes, podendo causar desgaste e doenças físicas e/ou mentais (McEWEN, LASLEY, 2002, McEWEN, LASLEY, 2007).

Ao menos três modelos teóricos são identificados como integrantes das abordagens usadas nos estudos brasileiros do tema em questão: a teoria do estresse; a psicodinâmica do trabalho; e o modelo de desgaste. Este estudo se ancorou na teoria do estresse, essa que permanece como referência para boa parte da produção no campo da epidemiologia e da psicologia. Essa abordagem constitui-se mediante a integração dos conhecimentos da psicofisiologia e da psicologia social aplicados aos estudos de fadiga no trabalho. A síndrome de burnout está ancorada nessa abordagem, e tem destaque em investigações realizadas com educadores e profissionais de saúde (GLINA, 2010, ARAÚJO, 2011).

No âmbito psicossocial, escalas têm sido utilizadas para avaliar o estresse e as respostas orgânicas, a fim de entender seu papel. O estímulo dos estressores ambientais também tem sido alvo de estudo, através do estabelecimento de relações com fatores contidos no ambiente de trabalho que possam influenciar o desempenho profissional. A influência do estresse no bem-estar e na saúde tem sido cada vez mais explorada. Diversos estudos foram desenvolvidos para a avaliação do grau de estresse e satisfação no trabalho, por meio da utilização de escalas (RIVICKI, MAY, 1983, RIVIERA, 1991, DECKARD; METERKO; FIELD, 1994, MASLACH; JACKSON, 1997, RAMIREZ, 1996, SIEGRIST, 1996).

Dentre os modelos que utilizam escala há propostas que assumem a causalidade sociológica, como o modelo demanda-controle (MDC), elaborado por Karasek (1978) e ampliado por Johnson (1989) que envolve a organização do trabalho, com isso busca superar limitações da abordagem da teoria do estresse que apresenta foco somente no indivíduo (JOHNSON; HALL, 1988, JOHNSON, 1989). O modelo criado na década de 70 relaciona as dimensões psicossociais *demanda* e *controle* no trabalho ao risco de adoecimento físico e psíquico. Entendem-se como *demandas* as pressões de natureza psicológica, sejam quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, sejam qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias. O termo *controle* refere-se à tarefa; ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para cumpri-las, e à oportunidade de participar das decisões no local de trabalho para realizá-las. Soma-se ao modelo o *apoio ou suporte social* no trabalho, sendo definida como os níveis de interação social entre os colegas e os chefes. A fragilidade deste aspecto pode gerar consequências negativas à saúde (THEORELL, 2000).

Os pesquisadores citados foram um dos pioneiros a relacionar dois aspectos importantes referentes ao trabalho: as relações sociais do ambiente laboral — consideradas fontes geradoras de estresse —; e, consequências físicas e psicológicas para saúde. Para avaliar o *controle* sobre o trabalho e a *demanda psicológica*, Karasek (1979) elaborou o instrumento: *Job Content Questionnaire – JCQ* (Questionário sobre Aspectos do Trabalho). Existem outras versões do instrumento como a *Job Stress Scale – JSS* (Escala de Estresse no Trabalho), versão reduzida criada por Theorell e cols. (1988) a qual foi adaptada para o português por Alves et al (2004).

A *JSS* vem sendo utilizada no Brasil com sucesso em diversos estudos, após adaptação, inclusive para as equipes de saúde como a de enfermagem, demonstra consistência interna e boa estabilidade. Isso mostra que o instrumento, além de difundido no país, é utilizado há anos, devido à credibilidade junto aos pesquisadores (ALVES, 2004, SILVA, 2007, AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010, GRIEP et al, 2011).

O agravamento da situação de estresse causado pelo desgaste contínuo pode levar a consequências de maior impacto para a saúde dos trabalhadores, como a síndrome do esgotamento profissional, ou SB. Trata-se de conceito tridimensional que articula três aspectos básicos que podem aparecer em conjunto ou independentes, são: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização pessoal (RP) (MASLACH; JACKSON, 1981, GLINA, 2010). Essa síndrome é caracterizada por uma reação à tensão emocional e crônica gerada a partir do contato direto excessivo com outros seres humanos, e envolve sentimento de preocupação (ARAÚJO, 2011).

Em 1974, o médico psicanalista Herbert Freudenberger retoma o termo que descreveu como sentimento de fracasso e exaustão causado por excessivo desgaste de energia e recursos para enfrentamento. Entre 1975 e 1977, o pesquisador concluiu, adicionando à sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (FREUDENBERGER, 1974, FRANÇA, 1987, PERLMAN; HARTMAN, 1982). Freudenberger utilizou a expressão estafa ou burnout para descrever a síndrome composta por exaustão, desilusão, e isolamento inicialmente em trabalhadores de saúde mental. Metaforicamente, do inglês, “*burn out*” representa jargão com significado de que se chegou ao limite, acabou a energia para exercer suas atividades com grande prejuízo físico e mental (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Estudo realizado em três hospitais da Turquia, sendo um deles em uma das maiores cidades do país, concluiu que os profissionais das equipes (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) estavam afetados de forma semelhante pela SB, foi indicada a relação com a baixa realização pessoal no trabalho. Entre os elementos associados ao desenvolvimento da síndrome estavam a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, com colegas ou pacientes, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe (GULALP et al, 2008). Percebe-se, portanto, que as relações do indivíduo com o trabalho influenciam sua saúde e, de acordo com seu grau de envolvimento, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento que podem interferir em sua saúde mental.

Na Grécia, estudo realizado com enfermeiros de UTI constatou que o sintoma mais evidente para a SB foi a despersonalização, enquanto que exaustão emocional foi vislumbrada como fator de peso sobre a satisfação no trabalho, e a intenção dos enfermeiros em abandonar a profissão. Parece que as características do trabalho têm maior influência sobre o desenvolvimento da SB (KARANIKOLA et al, 2012).

Além do burnout, os aspectos psicossociais influenciam no desempenho dos profissionais, contribuindo para o absenteísmo. Alguns estudos realizados na área da saúde do trabalhador evidenciaram associação entre a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) e trabalho dos profissionais de enfermagem (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003, SILVA, 2007, SILVA, 2008, SILVA et al, 2010b, SILVA et al, 2011). Tal evidência denota que, por serem consequência do estresse laboral; por analogia, a SB pode também estar associada ao estresse no trabalho, até porque são dimensões subjetivas e inter-relacionadas.

Portanto, o uso de mais de uma escala para avaliar o estresse e suas consequências, em um mesmo estudo, tem sido descrita de forma crescente na literatura. Em 2006, foi publicado na Suécia estudo sobre as fontes de apoio social no trabalho, e a relação com a SB entre enfermeiros. Esse estudo demonstrou que altos níveis de demandas psicológicas, segundo o MDC, estiveram mais fortemente associados à alta exaustão emocional (SUNDIN et al, 2007). No mesmo ano, em 2006, o jornal britânico de psiquiatria publicou artigo que aplicou três escalas, a MDC, MBI e uma sobre a saúde global mostrou que a maioria dos aspectos de burnout estava relacionada à baixa satisfação no trabalho, e elevada carga de estresse entre assistentes sociais (EVANS et al, 2006).

No Brasil, pesquisa mostra que a combinação de dois modelos de avaliação do estresse psicossocial no trabalho – escala de esforço recompensa e a *JSS* –, entre as equipes de enfermagem, aumenta a força de associação com a percepção do fator saúde. A incorporação da dimensão apoio social e excesso de comprometimento com o trabalho mostraram-se como aspectos importantes na relação entre estresse e consequências à saúde (GRIEP et al, 2011).

Ancorada na teoria do estresse, a SB tem sido objeto de várias investigações, especialmente, entre educadores e profissionais de saúde no Brasil (TIRONI et al, 2009, ARAÚJO, 2011, COSTA et al, 2013). Nesse sentido, percebe-se que os aspectos psicossociais, dentre os quais o estresse, surgem como resposta à pressão imposta ao trabalhador oriunda de várias frentes.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI

É sabido que a atividade laboral coloca a equipe de enfermagem diuturnamente sob tensão e, à mercê de riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, psicossociais e ergonômicos. Frequentemente, esses trabalhadores possuem mais de um vínculo empregatício, comprometendo o tempo dedicado para o lazer e família. As jornadas duplas ou

triplas podem conduzir ao estresse emocional, decorrente do acúmulo de atribuições (SPÍNDOLA; MARTINS, 2007).

Exercer atividades em turnos, e aos finais de semana são fatores referidos como relacionados a prejuízos à saúde (FISCHER, 2004). Para o aspecto psicofisiológico, aparecem em destaque os distúrbios do sono, e dores nas costas e pernas. Quanto aos aspectos sociais, o foco repousa sobre a dificuldade de relacionamento familiar; e, sobre aspecto psicológico, a tristeza, irritação por qualquer motivo e perda da autoconfiança (SHIMIZU et al, 2010).

No ambiente nosocomial, os pesquisadores têm voltado sua atenção para as UTI, setor fechado, onde são executados cuidados aos pacientes críticos. Neste local, há grande intensidade de trabalho e força física de trabalhadores. A UTI surgiu a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos humanos e materiais, para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, (mas tidos ainda como recuperáveis) e da necessidade de observação constante e assistência multidisciplinar contínua (ALVERNE et al, 2008). Mesmo com centralização somado a elevados padrões de qualidade, é um setor marcado por imprevistos e incertezas (CRUZ; SOUZA, 2008).

O enfermeiro assim, como os outros profissionais, é membro fundamental que compõe a equipe multiprofissional hospitalar que atua na UTI, diante complexidade do tratamento que necessitam pacientes nesse segmento (KNOBEL, 1998). O trabalho realizado pelo profissional de enfermagem atuante em UTI deve ser prestado com eficiência, cautela, e com responsabilidade em suas ações (ORLANDO; MIQUELIN, 2008). Tal afirmativa remete o pensamento ao processo de trabalho dessa profissão, que independente do setor, requer organização complexa e relações, por vezes, tensas. As relações laborais incluem os laços criados pela organização do trabalho, a hierarquia, contato com chefias, com demais profissionais e a supervisão (PITTA, 1994, DEJOURS, 2007).

Embora seja o local ideal para atendimento aos pacientes graves, a UTI parece ser um dos mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Esses fatores atingem aos pacientes, bem como toda a equipe multiprofissional. Frente a isso, é grande a probabilidade de que esses profissionais estejam submetidos aos variados fatores associados ao estresse, presentes nesse local (DUARTE et, 2010, SANTOS et al, 2010). A maior força de trabalho no espaço hospitalar é a equipe de enfermagem¹, além de ser a mais exposta a riscos provenientes de sua função (ABRANCHES, 2005).

¹ Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2011), o total de profissionais de enfermagem em todo Brasil são 1.449.583, onde desse total correspondem à categoria de enfermeiros 287.119 profissionais (19,81% do total), técnicos de enfermagem 625.862 profissionais (43,18% do total), auxiliares de enfermagem 533.422 profissionais (36,80% do total).

Estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro investigou os principais motivos que contribuem para o estresse em UTI. Os autores constataram que as condições de trabalho, os poucos recursos humanos, materiais, e a inexistência de condições laborais dignas contribuíam para o estresse e sofrimento psíquico. Também, outros fatores como a carga horária de 12h contínuas de atenção, as situações imprevisíveis, a precisão no cumprimento das intervenções, a fragmentação de tarefas, e exigência de domínio de tecnologias foram elementos relatados (ROBAZZI et al, 2010).

Na Espanha, estudo realizado com médicos e enfermeiros atuantes em UTI de dois hospitais mostrou que os profissionais de enfermagem relataram baixa satisfação profissional e baixo reconhecimento profissional (MERA et al, 2009). Outro estudo, no mesmo país, apurou índices médios e altos de burnout, tendo destaque o esgotamento emocional. O estudo apontou que essa população mostra-se vulnerável, e necessita de criação de programas de intervenção e prevenção no contexto de trabalho em UTI (RISQUEZ; HERNANDÉZ; FERNANDÉZ, 2008).

Nessa dinâmica, percebe-se que os APSS têm sido relacionados com estudos sobre as condições gerais de vida e trabalho, da ergonomia e da psicopatologia do trabalho. É mais frequente a análise do processo de trabalho e a estrutura ocupacional. Conceitos relativos à burnout, qualidade de vida, bem-estar, saúde mental e sofrimento no trabalho são comuns na literatura científica. A organização do trabalho e variáveis relacionadas à cultura organizacional têm influência destacada (ZANELLI et al, 2010).

Os agentes estressantes descritos na literatura incluem conflitos relacionados ao trabalho, ambiguidade de papéis, sobrecarga de trabalho (ADÁN; GARCIA, 2003). Com isso, as relações do indivíduo com a profissão acabam por influenciar na sua saúde e, dependendo de seu nível de envolvimento com o trabalho, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento.

3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi constituída de artigos que descrevem suas metodologias próprias em cada seção subsequente, de forma a atender os objetivos apresentados na introdução.

DISCUSSÃO SOBRE AS CAUSAS DA SÍNDROME DE BURNOUT E SUAS IMPLICAÇÕES À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

RESUMO

Objetivos: descrever causas e implicações da síndrome de burnout, discutindo sobre possíveis consequências para o profissional de enfermagem. Método: estudo descritivo e exploratório realizado por meio de revisão de literatura. A abordagem do tema ocorreu por meio de divisão em categorias que abordam os fatores, causas e também as implicações síndrome. Resultados: A partir da análise dos resultados, constata-se que o processo está intimamente relacionado a fatores organizacionais, pessoais, individuais e até mesmo os inerentes à profissão. As repercussões descritas são várias, envolvendo esferas físicas, psíquicas, emocionais, organizacionais e familiares. Conclusão: Trata-se de problema psicossocial atual que merece abordagens e estudos que permitam a tomada de medidas para minimização do sofrimento laboral deste profissional.

Descritores: esgotamento profissional; equipe de enfermagem; saúde do trabalhador.

DISCUSSION ON THE BURNOUT SYNDROME: ITS CAUSES AND IMPLICATIONS FOR THE HEALTH OF NURSING PERSONNEL

ABSTRACT

Objectives: To describe the causes and implications of burnout, discussing possible consequences for the nursing professional. Method: This descriptive exploratory study conducted through literature review. The theme was performed by a division into categories that address the causes, and factors also the implications syndrome. Results: It appears that the process is closely related to organizational factors, personal, individual and even inherent to the profession. The effects described are numerous, involving spheres physical, mental, emotional, organizational and family. Conclusion: This is the current problem that deserves psychosocial approaches and studies that allow for measures to minimize the suffering of the working professional.

Descriptors: burnout, professional; nursing, team; occupational health.

INTRODUÇÃO

O estresse enquanto patologia, além de suas naturais implicações, tem levado a frequentes estudos sobre a qualidade de vida no meio profissional, em diversos grupos considerados estressantes, constituindo-se como importante problema de saúde pública na atualidade do mundo moderno.

Este pode ser definido como o estado produzido por determinada mudança no ambiente que é percebida como geradora de tensão, para o balanço ou equilíbrio dinâmico da pessoa. Além disso, é considerado como resposta fisiológica, e de comportamento do indivíduo que se esforça para adaptar-se e ajustar-se a pressões internas e externas de origens distintas e variáveis. Como a energia necessária para essa adaptação é limitada, o organismo entra finalmente na fase do esgotamento, na qual as demandas energéticas são insuficientes para o enfrentamento (SELYE, 1976, SMELTZER, BARE, 1998).

Este fenômeno também pode ser definido como um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física e psíquica capazes de perturbar o equilíbrio orgânico, apresenta sintomas como: perda de concentração mental, fadiga fácil, fraqueza, mal-estar, instabilidade emocional, descontrole, agressividade, irritabilidade, depressão, angústia, palpitações cardíacas, suores frios, tonturas, vertigens, dores musculares, de cabeça, estomacais, dentre outras (SABBATINI, 1998).

As reações descritas podem se exteriorizar de imediato ou permanecerem silenciosas, até o momento em que gerarem processos patológicos importantes no indivíduo. A reação de cada pessoa ao estresse é particularizada, e assume uma gama variada de afecções.

Em linhas gerais, o estresse pode ser dividido em três grandes grupos: o profissional, o situacional e o pessoal. Estes ainda podem ser caracterizados como agudos ou crônicos. O estresse profissional, onde se foca este estudo, associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento na sociedade, é devido ao peso da responsabilidade profissional em lidar com situações difíceis e problemáticas geradas pelas pessoas (ROSA; CARLOTTO, 2005). A adaptação a este processo, por vezes, pode se tornar difícil em condições ambientais desgastantes, o que pode interferir na tríade mente-corpo-espírito do trabalhador, e afetar seu desempenho, bem como outros aspectos não menos relevantes de sua vida, como a convivência em família e em comunidade.

Grande parte das pesquisas sobre o estresse aborda a saúde mental dos pacientes. Nesses estudos, relacionados aos profissionais de saúde, constata-se que o estresse acomete de forma frequente a equipe de enfermagem, devido à escassez de recursos nos serviços de saúde, aos cortes no quadro funcional, e ao contato com o sofrimento e a morte (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999).

O homem em constante interação com o meio ambiente, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é passível de ser modificado. Dentre as inúmeras modificações, encontram-se aquelas que têm consequências no aparelho psíquico, quando essa relação encontra-se em desequilíbrio (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

No aspecto social, o trabalho é considerado uma ação desempenhada por seres humanos, com finalidade determinada, conscientemente desejada, executada mediante investimento de energia física e de inteligência, geralmente com auxílio instrumental e que produz efeito sobre o agente (MARAVELL, 1986).

A síndrome de burnout (SB) constitui um dos grandes problemas psicossociais da atualidade, e reflete o modo de vida capitalista, baseado na lógica dos meios de produção e do consumo desenfreado. Trata-se de problema característico do homem moderno, que tem cada

vez menos tempo para realizar atividades prazerosas, como lazer e estar na companhia da família em detrimento de ritmo de trabalho desconforme com os seus reais limites. Com isso, sobressai o estresse, e chega-se ao nível crítico de esgotamento.

O termo inglês *burnout* significa *burn*: queimar e *out*: exterior; no entanto, semanticamente, descreve a sensação de exaustão, de combustão física e mental da pessoa acometida por essa patologia (JAQUECS; CODO, 2002). A exaustão marcante provocada por essa síndrome por sua vez, leva ao desajustamento das relações sociais praticadas por este indivíduo. A patologia mencionada vai muito além do estresse. A síndrome está intimamente ligada ao mundo do trabalho, ocorre pela cronificação do processo estressor, é considerada situação mais avançada (MENDES, 1999).

Este processo patológico é definido como uma síndrome psicológica resultante de estressores interpessoais crônicos no trabalho, e se caracteriza por três dimensões: exaustão emocional; despersonalização e diminuição da realização pessoal (LACERDA; HUEB, 2005). A exaustão emocional é definida pela falta de energia, e sentimento de esgotamento de recursos. A despersonalização se apresenta como um estado psíquico no qual prevalece a dissimulação afetiva, o distanciamento e a impessoalidade, com sentimento de completa indiferença. A baixa realização pessoal caracteriza-se pela avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo, com relação aos aspectos de sua vida profissional e também pessoal (MASLACH, 2001, LACERDA; HUEB, 2005).

A incidência da patologia vem aumentando nos últimos anos, de maneira alarmante em diversos países. Mesmo sem ter acesso a dados estatísticos concretos, existem razões para acreditar que a incidência no Brasil deve estar próxima daquela apontada em outros países, tendo em vista o quadro que se repete: aumento do setor de serviços na economia, crescente aumento da instabilidade social e econômica, coexistência de diferentes modalidades de processos produtivos (da manufatura à automação), precarização das relações de produção, desemprego crescente, mudanças nos hábitos e estilos de vida dos trabalhadores influenciados pela implantação de programas de qualidade e reengenharia (JAQUECS; CODO, 2002).

A partir de uma perspectiva capitalista e neoliberal, pode-se afirmar que a problemática referida faz com que este profissional se descontextualize de sua realidade, deixe de ser produtivo, além de trazer inúmeros prejuízos ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida, o que afeta sua relação familiar e convívio social. Trata-se de um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade atual. A SB tem sido considerada como sério processo de deterioração, uma vez que apresenta graves implicações para a saúde física e mental (MASLACH, 2001).

Ainda que o termo burnout esteja pouco disseminado e popularizado, quando comparado ao estresse, a SB precisa ser considerada problema de ordem global, deixando de ser privilégio de específica realidade social, educacional ou cultural. É uma síndrome que vem acometendo os trabalhadores, desde o final do século passado e continua neste novo milênio (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A SB vem sendo considerada problema de saúde pública, devido a suas implicações para a saúde do trabalhador, com evidente comprometimento de sua qualidade de vida no ambiente de trabalho (SALANOVA; LLORENS, 2008). O interesse pela temática é recente data da década de 1970; contudo, ampliou-se rapidamente pelo poder explicativo dos transtornos profissionais (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Nesse contexto, sabe-se que a enfermagem é compreendida como profissão que acumula inúmeras responsabilidades, carga de trabalho e tarefas com variadas complexidades que exigem demandas físicas e psicológicas, muitas vezes, além do suportado por estes profissionais. Esses fatores ajudam a explicar a alta incidência de patologias relacionadas ao estresse laboral nesse grupo.

Atualmente, existe maior preocupação com a saúde dos indivíduos que exercem suas atribuições em organizações de saúde. A instituição hospitalar é um dos cenários com significativo contexto de risco à saúde ocupacional (ROSA; CARLOTTO, 2005). Existem estudos sobre a SB em enfermeiros nos quais diferentes variáveis são analisadas e resultados diferentes apresentados, o que demonstra a complexidade do fenômeno. No entanto, de modo geral, todos indicam que esses profissionais são particularmente vulneráveis (BATISTA et al, 2010).

No Brasil, a maioria dos trabalhadores de enfermagem está concentrada nos hospitais, o que responde à tendência técnico-assistencialista do setor de saúde. Também se encontram profissionais em programas de saúde coletiva, os quais devem atuar sob o enfoque preventivo mas que, diante das políticas de saúde “ainda” curativistas, acabam sendo assistencialistas. Esses profissionais podem também ocupar cargos administrativos, geralmente em serviços de saúde, ou como gerentes dos serviços de enfermagem e da mesma forma, exercerem atividades de ensino em nível técnico, universitário ou elementar (HERINGER et al, 2010).

Enfermeiros e técnicos de enfermagem fazem parte de uma profissão caracterizada por ter, em sua essência, o cuidado; e por grande parte da carga de trabalho se dar pelo contato direto com pacientes e familiares, o que demonstra que as categorias profissionais em questão lidam, constantemente, com pessoas com as mais diversas concepções e culturas (STACCIARINI; TRÓCCOLI; BARTHOLOMEU 2001). Esse tipo de relação contribui

fortemente para a gênese do estresse laboral. A síndrome surge nos profissionais de enfermagem de todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a desenvolverem sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes (BATISTA et al, 2010).

A respeito dessa problemática, são poucas as pesquisas realizadas no Brasil que procuravam investigar os processos causais e problemas de saúde que esses trabalhadores enfrentam, associando-os às características dessa enfermidade (BORGES et al, 2002).

Os prejuízos trazidos pela síndrome se encontram vinculados a grandes custos organizacionais e pessoais. Alguns desses devem-se à rotatividade de pessoal, absenteísmo, problemas de produtividade e de qualidade (MOREIRA et al, 2009). O manual de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde indica que, quando o diagnóstico de burnout é confirmado, deve haver abordagem criteriosa com relação às possíveis causas; se estiverem relacionadas ao ambiente de trabalho, medidas preventivas, bem como as de recuperação do estado de saúde desses trabalhadores precisam ser tomadas (BRASIL, 2001).

OBJETIVO

A partir do exposto, constituem-se como objetivos deste estudo descrever as causas e implicações da síndrome de burnout, discutindo sobre possíveis consequências ao profissional de enfermagem.

JUSTIFICATIVA

Os profissionais de enfermagem se encontram em situação de grande vulnerabilidade emocional; nesse sentido, é válido reforçar a importância de se pensar na criação, de espaços em que possam ser compartilhados os temas difíceis que circulam sobre o contexto hospitalar (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007). Entender os processos envolvidos na constituição da SB pode ser relevante para a tomada de medidas que auxiliem no desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da saúde do trabalhador.

O reconhecimento dos efeitos do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais que se refletem sobre a organização e a qualidade da assistência prestada (ibid). A influência do trabalho como fator causal de dano ou agravo à saúde está estabelecida e dimensionada, em sua importância e magnitude, de maneira que o Ministério da Saúde reconhece a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, com a classificação dessas doenças para os sistemas orgânicos do corpo humano (MOREIRA et al, 2009).

Quando se pensa nas três dimensões da síndrome, vem à cabeça a situação paradoxal em relação à teoria do ser humano solitário, em uma época em que parece se esvanecer a solidariedade, a ênfase na despersonalização, certa mecanização e a ruptura dos contratos sociais parecem ter eliminado o significado da palavra “pessoa”.

O decreto 3048/99, atualizado em outubro de 2010, que regulamenta a previdência social, ao tratar em seu artigo II dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, aponta a SB ou síndrome do esgotamento profissional como agente etiológico, ou como um dos fatores de risco de natureza ocupacional, e apresenta como causa o ritmo de trabalho penoso (BRASIL, 1999).

Estudos relacionando a SB com o trabalho da saúde são comuns em países da América do Norte, Europa e parte da América Latina; contudo, ainda, há relativa escassez de pesquisas específicas sobre trabalhadores da área da enfermagem (STACCIARINI; TRÓCCOLI, BARTHOLOMEU 2001).

O estudo da manifestação do estresse ocupacional entre enfermeiros pode ajudar a compreender melhor e a elucidar alguns dos problemas enfrentados pela profissão, tais como a insatisfação profissional, a produção no trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais (HERINGER, et al, 2010).

O ambiente hospitalar funciona como gerador de estresse, tanto para pacientes e seus familiares, devido à enfermidade e à situação de internação, quanto para profissionais que ali atuam (LENTINE; SONODA; BIAZIN, 2003). O profissional é suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional. Estudo com 1.800 enfermeiros mostra que 93,0% deles afirmam sentirem-se estressados no trabalho (MARZIALE, 1990).

Estudar as repercussões da síndrome ou estresse ocupacional entre enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções e busca de soluções (BATISTA et al, 2010).

Logo, as implicações dessa enfermidade aos profissionais são variadas e necessitam de estudos que as discriminem, a fim de tornar possível a tomada de decisões que minimizem o estresse, enfrentando e tentando reduzir as inúmeras repercussões que possa trazer sua forma mais grave. Além disso, trazer uma assistência de melhor qualidade e mais digna aos pacientes perpassa pela humanização das ações em saúde (TAMAYO, 2008).

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa de natureza descritiva, realizada por meio de revisão bibliográfica analítica, baseada em obras secundárias que abordam a temática em questão, publicadas no período de 1996 a 2011, além de algumas de anos anteriores incluídas por possuírem relevância para o objeto de estudo em questão. A coleta do material foi realizada no período de janeiro a abril de 2011.

O levantamento foi realizado em ambiente virtual na biblioteca virtual de saúde (BVS), na qual as obras completas de língua espanhola, inglesa e/ou portuguesa foram localizadas a partir dos resultados da busca com os seguintes termos: “esgotamento profissional”; “burnout”; “enfermagem”.

Primeiramente, as obras foram armazenadas em formato digital; para que, em seguida, fosse realizada a pré-seleção, de acordo com a leitura dos respectivos resumos. Nessa fase, buscou-se a relação entre o conteúdo - título - resumo, e se atendiam ao objeto deste estudo.

Na fase de seleção, o material foi lido na íntegra, com atenção especial para os resultados e conclusão. Os trabalhos que não apresentavam qualquer relação com os processos causais da SB e suas implicações para o trabalho foram excluídos. Por fim, foram consideradas 50 obras para construção de revisões neste periódico.

Realizada a triagem foram obtidos 29 artigos e 12 livros para construção da discussão, além de manuais, outras fontes como guias e informes que também foram incluídos, contemplando nove obras. Os resultados foram organizados em quadros que trazem as principais causas da SB e suas implicações descritas por cada obra analisada. O material selecionado foi enumerado na tabela a seguir (tabela 1).

Tabela 1: Relação quantitativa de obras sobre a temática SB, levantadas em ambiente virtual, no ano de 2011.

TIPO MATERIAL	SUMÁRIO		
	Total	Excluídos	Aproveitados
ARTIGOS	50	21	29
MANUAIS E OUTROS	14	5	9
LIVROS	12	0	12
TOTAL			50

Após a análise textual, os resultados e discussão da pesquisa foram divididos em duas categorias emergentes: 1 as causas da SB descritas na literatura; e, 2 implicações para a saúde e o bem-estar do profissional de enfermagem.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

AS CAUSAS DA SÍNDROME DE BURNOUT, SEGUNDO A LITERATURA ANALISADA

Inúmeros elementos são listados quando se buscam determinar as causas da síndrome. A maior parte, senão todos, refletem características do próprio sistema hospitalar, que evoluiu juntamente com a economia de consumo, e exigiu de seus trabalhadores cada vez mais produção. Em contrapartida, esse aumento produtivo diminuiu o tempo antes despendido para outras atividades cotidianas desse profissional, como a dedicação à família e ao lazer, o que fez com que sua qualidade de vida decaísse e, conseqüentemente, sua saúde fosse afetada.

É comprovada a relação entre os fatores causais da síndrome e as fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho. A ocorrência de níveis de burnout é evidente nessa ótica, na qual se verificam que elementos organizacionais do trabalho estão de alguma forma, relacionados ao desenvolvimento da doença (BRASIL, 1999).

Nesse processo, ainda inclui-se a vida em sociedade advinda da lógica capitalista, cada vez mais acirrada e competitiva, o que obriga as pessoas a buscarem a produzir mais e intensamente. Como reflexo deste processo, percebe-se o número cada vez maior de profissionais de enfermagem com mais de um vínculo empregatício, com cargas horárias de trabalho cada vez mais elevadas e, muitas vezes, consideradas impraticáveis.

O trabalho no hospital requer esforço emocional, mental e físico, do trabalhador e esses fatores repercutem na qualidade de vida, na saúde e do cuidado prestado (COLE, 1992). A partir da exposição ao estresse, advindo de inúmeras fontes, desenvolvem-se as patologias laborais como a SB. O entendimento adequado de seus fatores contributivos pode colaborar para a tomada de medidas, tanto em nível individual quanto coletivamente, que visem a minimizar os efeitos decorrentes do excesso de demandas físicas e psíquicas no ambiente de trabalho.

A partir dessa lógica, buscou-se, por meio deste estudo, listar elementos descritos por autores para o desenvolvimento da SB que foram descritos, de acordo com a tabela a seguir (tabela 2):

Tabela 2: Fatores para a SB, segundo a literatura analisada e coletada em ambiente virtual, em 2011.

TÍTULO	AUTOR (ES), ORIGEM, ANO	CAUSAS DA SB
1) Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem.	Murofuse, Neide Tiemi; Abranches, Sueli Saldati; Napoleão, Anamaria Alves. Rev. Latino-am de Enfermagem, 2005.	<i>Insatisfação e falta de reconhecimento profissional; produtividade no trabalho; desgaste provocado pelo contato direto com pacientes; sobretudo em condições debilitantes; a busca desenfreada por produtividade.</i>
2) A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários.	Borges, Livia Oliveira et al. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002.	<i>Cargos com atribuições mais variadas e mais complexas; estruturas com menos níveis hierárquicos e mais responsabilidades; maior atenção do trabalhador em relação ao usuário; demanda de novas competências.</i>
3) Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar.	Rosa, Cristina da; Carlotto, Mary Sandra. Rev. SBPH, 2005.	<i>Longas jornadas de trabalho; número ineficiente de pessoal; falta de reconhecimento profissional; alta exposição do profissional a riscos físicos e químicos; contato constante com sofrimento; dor e muitas vezes a morte; manejo de pacientes graves.</i>
4) Burnout: implicação das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalho em profissionais de enfermagem.	Tamayo, Maurício Robayo. Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2008.	<i>O número reduzido de profissionais que trabalham no atendimento em saúde; as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; os conflitos interpessoais no trabalho; a falta de reconhecimento e valorização da profissão; o excesso de trabalho; o achatamento dos salários; a necessidade de vários vínculos empregatícios.</i>
5) Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia.	Avellar, Luziane Zacché; Iglesias, Alexandra; Valverde, Priscila Fernandes. Rev. Psicologia em Estudo, 2007.	<i>O exercício profissional no âmbito hospitalar marcado por múltiplas exigências: lidar com dor; sofrimento; morte e perdas; condições desfavoráveis de trabalho; baixa remuneração e altos níveis de envolvimento emocional.</i>
6) Análise de burnout em profissionais de uma emergência de um hospital geral.	Ritter, R.S.; Stumm, E.M.F.; Kircher, R.M. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.	<i>Conflitos e tensões do ambiente de trabalho; exigências da própria profissão; muitas vezes exendendo-as; contato contínuo com sofrimento e morte; pressão para a tomada de decisões rápidas.</i>
7) Estresse ocupacional entre profissionais do bloco cirúrgico.	Schmidt, Denise Rodrigues Costa et al. Rev. Texto Contexto Enfermagem, 2009.	<i>Tipo de ambiente, complexidade de relações humanas e de trabalho; autonomia; grau elevado de exigências e habilidades; alta responsabilidade; planejamento adequado de recursos humanos e materiais.</i>

TÍTULO	AUTOR (ES), ORIGEM, ANO	CAUSAS DA SB
8) A avaliação da síndrome de burnout com enfermeiros de um hospital geral.	Lacerda, Patrícia Nunes de; Hueb, Martha Franco. Rev. da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, 2005.	<i>Permanente contato com o paciente; pouco cuidado do profissional consigo; características internas como ansiedade; dificuldade no relacionamento interpessoal; fontes externas como a morte de alguém; perda do emprego ou até mesmo um nascimento.</i>
9) Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica.	Panizzon, Cristiane; Luz, Anna Maria Hecker; Fensterseifer, Lísia Maria. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2008.	<i>A complexidade dos cuidados de enfermagem prestados; fatores pessoais como idade; sexo; tempo de exercício profissional e experiência em emergência, carga semanal de trabalho.</i>
10) Estresse em profissional de saúde das unidades básicas de Londrina.	Lentine, Edvilson Cristiano; Sonoda, Tereza Kiomi; Biazin, Tamara Tamasin. Londrina, Terra e cultura, 2003.	<i>Alta demanda; falta de apoio; motivação; a falta de consciência da população em relação ao trabalho no SUS; pacientes estressados, entre outros.</i>

A condição enobrecedora do trabalho, ideologicamente decantada nos ditos populares, tem sido sistematicamente contestada pelos resultados das pesquisas que investigam a natureza do sofrimento proveniente das relações do homem moderno com o trabalho (LENTINE; SONODA; BIAZIN, 2003).

Existe certo “controle” praticado contra a grande massa de trabalhadores existentes em quase todo o planeta. Trata-se de uma ameaça com objetivo certo, que leva milhares de pessoas acordarem ou dormirem sobressaltadas, pois a única coisa que de fato possuem é sua força de trabalho, que pode ser solicitada a qualquer momento (LENTINE; SONODA; BIAZIN, 2003). É como se estivessem de eterno “sobre aviso” para trabalhar até fora de sua jornada formal.

O ambiente hospitalar é potencialmente gerador de sofrimento psíquico, resultante da impossibilidade de subjetivação do indivíduo em seu trabalho (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007). Os estressores também podem ser fatores intrínsecos ao trabalho, os quais se referem a aspectos como repetição de tarefas, pressões de tempo e sobrecarga de trabalho (DESLANDES, 2004).

As características intrínsecas e extrínsecas do ambiente laboral, bem como a relação do profissional com esse local, levam aos desfechos positivos ou negativos. O entendimento desses fatores pode ajudar na compreensão de suas consequências.

Estudo realizado em hospital universitário do Rio Grande do Sul constatou valores médios obtidos nas três dimensões da SB: 17 pontos em esgotamento emocional (nível baixo); 7,79 pontos em despersonalização (nível médio); e, 36,6 pontos em realização pessoal

(nível médio), o que constata a realidade observável da problemática abordada (MOREIRA et al, 2009). Nessa pesquisa, observou-se que a despersonalização apresentou destaque, nesse sentido é importante lembrar que os trabalhadores da área de saúde estão em constante contato com o sofrimento provocado pelo adoecimento e desenvolvem estratégias de defesa.

As áreas ou fontes estressoras são definidas da seguinte forma: sobrecarga- as demandas no trabalho excedem os limites humanos; falta de controle- acontece quando as pessoas têm pouco controle sobre o trabalho que executam; recompensas insuficientes- refere-se à falta de incentivos; ausência de coleguismo- ocorre quando as pessoas perdem o sentido de relacionamentos positivos com os outros no trabalho; falta de justiça- apresentam-se quando existe inequidade e ausência de procedimentos justos no local de trabalho; e conflito de valores- envolve a discrepância entre os valores declarados e as práticas organizacionais (LACERDA; HUEB, 2005).

Foram observadas possíveis causas que contribuem para o desenvolvimento da síndrome, como a relação humana, sobretudo, com o paciente em situação de debilidade, sofrimento ou morte iminente, com isso conclui-se como fatores ou causas estressoras: desgaste provocado pelo contato direto com pacientes, maior atenção do trabalhador em relação ao usuário, contato constante com sofrimento, dor e muitas vezes a morte, dentre outros (SMELTZER; BARE, 1998, SABBATINI, 1998, ROSA; CARLOTTO, 2005, MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, MARAVELL, 1986, JAQUECS; CODO, 2002, MENDES, 1999, MASLACH, 2001).

Outra informação relevante, em um dos estudos, diz respeito aos pesquisados em determinada instituição hospitalar onde: 34,2% referiam trabalhar diretamente com pessoas que os estressavam, algumas vezes ao mês, na semana ou diariamente. Trata-se de um dado alarmante, pois a profissão de enfermagem está intimamente ligada às relações com o outro, o que demonstraria fragilidade de sua condição (COLE, 1992). Cabe questionar os demais fatores relacionados à origem desse estresse e evitar analisar o fenômeno de forma unicausal.

Nesse sentido, a fala de um dos trabalhadores de unidade de oncologia, retirada de um dos estudos, relata seu ponto de vista; no qual afirma, em seu discurso, que “não se deve haver sentimentos nem envolvimento com o cliente”, o que pode desgastar o profissional. O afastamento e a negação de sentimentos são mencionados como estratégias para os trabalhadores se manterem “saudáveis”, emocionalmente, no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001). Trata-se de um fenômeno desgastante para o profissional de saúde, sobretudo o pertencente à equipe de enfermagem, que lida constantemente com suas percepções,

sensações, culpas, desejos e medos. Ao longo do tempo, são criados mecanismos próprios de defesa que podem prejudicar o aspecto humano da assistência prestada.

A demanda do próprio trabalho em enfermagem (citada por todas as obras sob os mais diferentes aspectos) é outra fonte estressora para o trabalhador, visto que atividades que exigem habilidades variadas, e excedem os limites do profissional fazem com que este esteja sob constante pressão.

Pesquisa evidencia que determinados setores são tidos como estressores maiores do que outros, como os setores de emergência e cuidados intensivos, que exigem do trabalhador atenção redobrada e maior demanda de cuidados. Trata-se de ambiente onde a responsabilidade perante as pessoas e o trabalho, em contato contínuo com o sofrimento e a morte, são pontos associados ao desgaste emocional e à despersonalização (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999).

Especificamente, com relação ao ambiente de emergência, demonstra-se que o nível de estresse em profissionais de determinado hospital é alto, pois 78,4% dos sujeitos referiram estresse médio ou alto. As variáveis estudadas que apresentaram associação significativa com estresse foram carga horária de trabalho semanal e carga horária total de trabalho semanal (DESLANDES, 2004).

O tipo de instituição e o setor de atuação dos profissionais de enfermagem são fatores importantes na vida dos trabalhadores e podem estar associados à percepção do estresse ocupacional, o que os torna de suma relevância (SMOERMAKER, 1992). É possível notar que a forma de organização do trabalho e sua natureza estão relacionadas com o grau de estresse percebido e o adoecimento, variando de acordo com as características de cada setor.

Nessa lógica, pode-se constatar também que o tipo de paciente e a demanda de cuidados de enfermagem podem contribuir para a problemática referida. De acordo com a Resolução 293\2004 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), consideram-se como horas destinadas à demanda de cuidados: 3,8 horas de enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado (cliente necessita de supervisão); 5,6 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermediária; 9,4 horas de enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva; 17,9 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva (todas em um período base de 24 horas) (COFEN, 2004).

Logo, nota-se que a demanda de cuidados pode agir/ funcionar como fator contributivo para o desenvolvimento do estresse, uma vez que cada cliente determinará demanda maior ou menor de cuidados, de acordo com seu quadro clínico.

Citadas pelas obras como "falta de reconhecimento e insatisfação profissionais" contribuem para que parte dos profissionais perca gradativamente o interesse na realização de suas funções, que podem se tornar mecanizadas, exaustivas e geradoras de sofrimento psíquico. Este último, pouco percebido e, quando notado tardiamente, vem acompanhado de variadas alterações de saúde. (SMELTZER; BARE, 1998, ROSA; CARLOTTO, 2005, LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, MASLACH, 2001).

Outro fator concorrente para o estresse, no ambiente dos serviços de saúde, é a falta de recursos humanos e materiais (ROSA; CARLOTTO, 2005, LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, JAQUECS; CODO, 2002). Com o número crescente de leitos, o aumento dos atendimentos hospitalares e de outros serviços ao longo do tempo, alguns ambientes laborais parecem possuir quantidades insuficientes de profissionais de enfermagem para o atendimento das demandas, em face de condições estruturais inadequadas para o desenvolvimento de trabalho de qualidade.

Em estudo a respeito do assunto, percebeu-se como resultado o estresse relacionado intimamente às condições físicas e humanas do ambiente laboral, que incitou os autores a refletirem sobre as condições nas quais o trabalho é desenvolvido nas instituições de saúde, condições as quais poderiam estar contribuindo para o estresse e agravamento (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1993).

A longa jornada de trabalho exaustiva e que pode se somar a mais de um emprego, assim como as estruturas com menos níveis hierárquicos, com conseqüente geração de maior número de responsabilidades são fontes geradoras de demandas, que contribuem para a exaustão física constante, importante na gênese do estresse laboral (SABBATINI, 1998, ROSA; CARLOTTO, 2005).

Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho e as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem demonstram que a maioria das relações interpessoais pode, com o tempo, tornar-se estressora e fatigante, sobretudo, quando o papel de cada profissional dentro da equipe é pouco definido (MARAVELL, 1986, LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999). Inclusive é ressaltado que grande parte dos conflitos da equipe de enfermagem decorre da postura autoritária e centralizadora do profissional de nível superior, em relação aos demais membros da equipe (SCHWARTZMANN, 2004).

Além disso, o achatamento do trabalho ou a baixa remuneração faz com que o trabalhador busque aumentar sua produção, como se observa na causa listada em uma das obras: a busca desenfreada por produtividade. As fortes cargas psíquicas e emocionais geradas

por este processo também contribuem para a problemática (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O atual momento político conta com o corte de gastos, o estreitamento do mercado de trabalho e o desemprego que são fatores agravantes para o profissional o qual é obrigado a atuar em mais de um local de trabalho, e exercer carga horária mensal longa (GLOWINKOWSKI; COOPER, 1987). Esse fator também está relacionado à crescente oferta de novos profissionais graduados, o que faz com que os contratadores regulem os salários pelos pisos mínimos de cada região do país, devido à grande oferta de mão de obra.

Outros fatores como a contínua exposição do profissional a riscos físicos, químicos, biológicos e demais do ambiente de trabalho, como os psicossociais, fazem com que o trabalhador possua constante preocupação com sua segurança, ante uma gama de riscos proporcionados no ambiente dos serviços de saúde, o que também merece atenção importante com relação ao desenvolvimento da patologia foco deste artigo.

Diante de todas as características citadas anteriormente, relacionadas à adaptação do indivíduo às mais diversas condições e ambientes, encontram-se também como possíveis causas os fatores relacionados ao próprio indivíduo, como observado respectivamente: pouco cuidado do profissional consigo, características internas como ansiedade e fatores pessoais como idade, sexo, tempo de exercício profissional e experiência (MENDES, 1999, LACERDA; HUEB, 2005).

Constata-se, desse modo, que a SB pode ter suas causas possivelmente relacionadas a dois grandes grupos: os relacionados às causas externas e os relacionados às internas, ambos interagindo de forma sinérgica, o que pode trazer prejuízos à qualidade de vida do profissional dentro do ambiente de trabalho.

Embora o estresse seja um fenômeno individual, as categorias identificadas sugerem que alguns estressores são comuns, independentemente da ocupação do enfermeiro, e as temáticas por onde giram os núcleos de sentido dos conteúdos analisados parecem refletir uma cultura profissional com ampla variedade de determinantes de estresse; relacionados ao indivíduo, ao cargo, tipo de atividade exercida e à organização.

Desde o surgimento da profissão até os dias atuais, o enfermeiro tem buscado uma autodefinição, tem se empenhado em construir sua identidade profissional e obter reconhecimento. Nessa trajetória, tem enfrentado dificuldades que comprometem o desempenho do seu trabalho e também repercutem em seu aspecto pessoal. A profissão possui uma característica intrínseca, a qual é denominada de "indefinição do papel profissional", que também pode ser relacionada como mais um de seus elementos estressores (HERINGER et al,

2005). Este último é entendido como de grande peso no item realização pessoal, uma das dimensões da SB, pois mesmo se cumprindo à risca a lei de exercício profissional, há situações específicas em que há risco de morte de clientes, e nas quais o enfermeiro assume papéis determinantes na recuperação e salvamento de uma vida, por exemplo. Esse fato é visto em outros países como corriqueiro e necessário; contudo, no Brasil, é banido e confundido ou sobreposto ao papel do profissional médico.

Logo, diante dessa contedística é fundamental descobrir e discutir as possíveis causas do problema, e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar não só com o episódio presente, mas também com futuras ameaças de estresse laboral excessivo (RITTER; STUMM; KIRCHER, 2009).

AS REPERCUSSÕES DA SÍNDROME DE BURNOUT AO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Como foi mencionado, a patologia sobrevém de processo de estresse ocupacional. O estresse rompe com o equilíbrio psicofisiológico do indivíduo, obrigando a pessoa a utilizar recursos extras de energia, bem como inibe as ações desnecessárias ou incompatíveis com as estratégias de enfrentamento. A intensidade e o tempo de duração desse estado de tensão podem levar o indivíduo a sofrer consequências graves, tanto física quanto psicológica, caso seja incapaz de restaurar ou desenvolver mecanismos adaptativos que lhe permitam restabelecer o equilíbrio perdido (RITTER; STUMM; KIRCHER, 2009).

A SB contribui fortemente para a perda da qualidade de vida do indivíduo, de sua família e afeta o convívio social, além de trazer prejuízos ao ambiente de trabalho e às organizações como um todo. Nessa ótica, listam-se a seguir as possíveis repercussões geradas por este processo patológico (tabela 3):

Tabela 3: Repercussões da SB, segundo a literatura analisada e coletada em ambiente virtual, em 2011.

TÍTULO	AUTOR (ES), ORIGEM, ANO	REPERCUSSÕES DA SB
1) Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem.	Murofuse, Neide Tiemi; Abranches, Sueli Saldati; Napoleão, Anamaria Alves. Rev Latino-am de Enfermagem, 2005.	<i>Consequências sobre o estado de saúde e igualmente sobre desempenho; alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais; com repercussões econômicas e sociais.</i>
2) A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários.	Borges, Livia Oliveira et al. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002.	<i>Atitudes e comportamentos negativos com respeito aos clientes, ao trabalho e à organização.</i>
3) Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar.	Rosa, Cristina da; Carlotto, Mary Sandra. Rev. SBPH, 2005.	<i>Relações interpessoais negativas entre colegas e entre estes e os superiores e interações problemáticas com os clientes; afeta a prestação de serviços e a qualidade do cuidado oferecido.</i>
4) Burnout: implicação das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalho em profissionais de enfermagem.	Tamayo, Mauricio Robayo. Rev Psicologia: Reflexão e Crítica, 2008.	<i>Conflitos nas equipes de trabalho; absenteísmo; diminuição da qualidade da assistência prestada.</i>
5) Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia.	Avellar, Luziane Zacché; Iglesias, Alexandra; Valverde, Priscila Fernandes. Rev Psicologia em Estudo, 2007.	<i>Comprometimento do trabalho em equipe; não-envolvimento com o sofrimento do paciente; indiferença.</i>
6) Análise de burnout em profissionais de uma emergência de um hospital geral.	Ritter, R.S.; Stumm, E.M.F.; Kircher, R.M. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.	<i>Danos a saúde do paciente cuidado; desinteresse de realizar novas jornadas de trabalho; diminuição da qualidade do trabalho; desgaste com os colegas.</i>
7) Estresse ocupacional entre profissionais do bloco cirúrgico.	Schimidt, Denise Rodrigues Costa et al. Rev Texto Contexto Enfermagem, 2009.	<i>Diminuição da qualidade da assistência; aumento dos gastos hospitalares; rotatividade do pessoal de enfermagem.</i>
8) A avaliação da síndrome de burnout com enfermeiros de um hospital geral.	Lacerda, Patrícia Nunes de; Hueb, Martha Franco. Rev. da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, 2005.	<i>Repercussões negativas na vida em família e em comunidade; relações com o trabalho vividas com pessimismo.</i>
9) Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica.	Panizzon, Cristiane; Luz, Anna Maria Hecker; Fensterseifer, Lisia Maria. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2008.	<i>Afetar seriamente o alcance de objetivos tanto de um setor quanto de toda a organização.</i>
10) Estresse em profissional de saúde das unidades básicas de Londrina.	Lentine, Edvilson Cristiano; Sonoda, Tereza Kiomi; Biazin, Tamares Tamasin. Londrina, Terra e cultura, 2003.	<i>Queda na imunidade e o surgimento da maioria das doenças, como, por exemplo: dores vagas; taquicardia; alergias; psoríase; caspa e seborreia; hipertensão; diabetes; herpes; graves infecções; problemas respiratórios (asma, rinite, tuberculose pulmonar); intoxicações; distúrbios gastrointestinais (úlceras, gastrite, diarreia, náuseas); alteração de peso; depressão; ansiedade; fobias; hiperatividade; hipervigilância, entre outros.</i>

O estresse pode desencadear uma série de doenças. Se pouco for feito para aliviar a tensão, a pessoa se sentirá cada vez mais exaurida, sem energia, depressiva, com crises de ansiedade e desânimo. No corpo físico, muitos tipos de doenças podem ocorrer, conforme a herança genética da pessoa (PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2008).

A cultura popular e o senso comum há muito associam o estresse ao desenvolvimento de doenças, corroborado por estudos epidemiológicos e experimentais, que demonstram ligação entre o estresse mental e o aparecimento e curso de doenças, desde simples infecções virais, até úlceras gástricas e neoplasias (SCHIMIDT, 2009). Neste caso, ainda se trata de sintomas do estresse laboral possíveis, sendo a SB fenômeno crônico composto de três dimensões, como descrita na introdução deste artigo.

O trabalhador que entra em burnout assume posição de frieza frente a seus clientes, evitando ao máximo envolver-se com os problemas e dificuldades emocionais. As relações interpessoais são cortadas, como se estivesse em contato apenas com objetos, ou seja, a relação torna-se desprovida de calor humano. Isso, acrescido de grande irritabilidade por parte do profissional, leva a inúmeras repercussões, em seu cotidiano e em sua dinâmica de vida pessoal (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007).

A síndrome traz consequências físicas e pessoais que estão relacionadas aos sintomas que causam perdas para o indivíduo no campo administrativo, como a diminuição da produtividade, e a grande rotatividade de pessoal em algumas instituições (MALLAR; CAPITÃO, 2004).

As manifestações geradas pelo clima de mal-estar advindo do estresse laboral acabam por inibir atitudes positivas do trabalhador de saúde, fazendo com que este passe a avaliar negativamente seu desempenho, deixando de sentir prazer naquilo que pratica, gerando sofrimento que pode se exteriorizar em uma série de patologias físicas e psíquicas (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Diferentemente da ansiedade normal, a qual apresenta alterações fisiológicas é necessária; o estresse laboral constitui-se em uma resposta inadequada às solicitações de adaptação, tanto no que diz respeito à duração quanto à intensidade, e gera sintomas físicos e psíquicos para o organismo (COOPER, 1993).

As repercussões geradas pela síndrome começam no comprometimento das atividades executadas, como evidenciado nas obras analisadas. O trabalho é encarado com pessimismo ou mesmo indiferença, relações com superiores e equipe tendem a ser problemáticas, assim como o comprometimento e o desgaste do trabalho que são constantes (MARAVELL, 1986,

SABBATINI, 1998, LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, MENDES, 1999, MUROFUSE. ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, ROSA; CARLOTTO, 2005).

Isso também é evidenciado em estudo, no qual demonstra que as decorrências do estresse entre profissionais de enfermagem e a incapacidade de enfrentá-los resultam em enfermidades físicas e psicológicas, insatisfação, desmotivação, queda da produtividade, além de outras manifestações como a diminuição do estado de alerta. Esta última de extrema relevância, tanto para os clientes críticos quanto para a autoproteção do profissional. (PARFARO; MARTINO, 2004).

Quando as relações deixam de ser motivantes no desenvolvimento do trabalho e entre a equipe, como ocorre nessa patologia, isso se reflete em diminuição da qualidade da assistência prestada. Tal fato traz possíveis danos à saúde do cliente; o que, do ponto de vista assistencial, é extremamente grave, pois pode levar a erros e danos irreversíveis ou à morte, o que se observa quando existe o "não-envolvimento com o sofrimento do paciente", indiferença e nas interações problemáticas com os clientes — fruto da despersonalização (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, BENEVIDES PEREIRA, 2010).

A diminuição da qualidade da assistência somada à relação de indiferença entre o profissional e a atividade realizada conduzem a maiores gastos e problemas organizacionais, além de contribuírem para maior rotatividade do pessoal de enfermagem (JAQUECS; CODO, 2002). Em suma, a diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência podem afetar o bem-estar do trabalhador, a saúde do cliente, bem como a visão da população sobre a instituição de saúde. Todos esses problemas prejudicam a tríade paciente – profissional – organização (MIQUELIM et al, 2004). Logo, os clientes mal-atendidos arcam com prejuízos emocionais, físicos e financeiros que podem se estender aos seus familiares, e até ao seu ambiente de trabalho (LOURES, 2002).

Entretanto, o trabalhador acometido pela SB é geralmente afastado da organização, em estágios mais avançados, em que o comprometimento da saúde psíquica e física o impossibilita de realizar atividades. Esse fato deveria ser muito bem pensado com o objetivo de se promover uma detecção precoce.

A incapacidade para a realização de atividades se manifesta usualmente por afecções fisiológicas como queda na imunidade e o surgimento da maioria das doenças, por exemplo: taquicardia; alergias; psoríase; caspa e seborreia; hipertensão; diabetes; herpes; graves infecções; problemas respiratórios; intoxicações; distúrbios gastrointestinais; alteração de

peso; depressão; ansiedade; fobias; hiperatividade; hipervigilância; dores vagas; entre outros, todas essas relacionadas direta ou indiretamente à SB (MASLACH, 2001).

O estresse está associado à liberação de hormônios que, além de alterarem vários aspectos da fisiologia, tem ainda efeito modulador das defesas do organismo. Em humanos, o principal hormônio com essas funções é o cortisol. Os níveis de cortisol no sangue aumentam drasticamente, após a ativação do eixo hipotálamo-hipófise adrenal; fenômeno que ocorre durante o estresse, a depressão e a SB. Esse hormônio então se liga a receptores presentes no interior dos leucócitos, e ocasiona imunossupressão na maioria dos casos (MIQUELIM, et al, 2004).

Estudos têm relacionado o estresse crônico à diminuição das defesas do organismo, o que pode levar ao desenvolvimento de doenças (câncer e outras) e de reações alérgicas, bem como o aumento da susceptibilidade a infecções virais (MIQUELIM, et al, 2004).

O sistema cardiovascular possui ampla participação na adaptação ao estresse, por isso sofre as consequências de sua exacerbação. Com isso, a suspeita de que estados de estresse ocupacional atua como fator de risco para maior morbimortalidade por doença cardiovascular é antiga (MALLAR; CAPITÃO, 2004). O sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao estresse e está, portanto, sujeito às influências neuro-humorais. As respostas cardiovasculares resultam em aumento da frequência cardíaca, da contratilidade, do débito cardíaco e da pressão arterial (BENEVIDES PEREIRA, 2010).

Percebe-se que a adaptação do organismo ao estresse ocupacional agrega a participação de inúmeros eixos fisiológicos, o que traz prejuízos a praticamente todas as estruturas orgânicas, seja de maneira direta ou indireta.

Com relação aos sintomas físicos, além dos supracitados, há também distúrbios do sono, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres. Percebe-se que uma gama de sintomas somatizados, por meio do estresse mais grave, poderá estar presente como decorrência da SB (RITTER; STUMM; KIRCHER, 2009).

Destacam-se como decorrências do estresse psíquico a falta de atenção e de concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, de solidão, de insuficiência, impaciência, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia (BRAZ, 2007). Os sintomas comportamentais compreendem na falta ou excesso de zelo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio. Os sintomas defensivos caracterizam-se pela tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse

pelo trabalho ou pelo lazer, insônia e cinismo (SANTOS; BISPO, 2002). Concluindo, pelo contexto das obras analisadas, esses fatores podem contribuir para acidentes de trabalho, de forma direta ou indireta.

Durante situações de estresse, o hipocampo pode sofrer modulação pelo complexo amigdalóide. Essa estrutura reage frente a ameaças as quais se atribui determinado significado (positivo, ou negativo) as novas experiências, e modula processos plásticos sediados no hipocampo, envolvidos com o processamento de informações, especialmente durante situações de estresse (TRIGO et al, 2007). Evidências experimentais obtidas em estudos farmacológicos, morfológicos, eletrofisiológicos e moleculares mostram que o complexo é alterado pela exposição a estressores significativos, e parece ter papel importante na mediação dos efeitos terapêuticos dos tratamentos para o estresse (BAUER et al, 2000).

Outras decorrências como o abuso no consumo de álcool, suicídios e transtornos de ansiedade também possuem importantes repercussões sociais, bem como a dinâmica familiar pode ser afetada, e tornar-se distorcida ou prejudicada (KRANTZ, 1984). O indivíduo acometido pela SB pode sofrer distanciamento dos familiares, filhos e cônjuge. O limite entre essas doenças é frequentemente impreciso; os diagnósticos podem delinear os estágios preliminares de doenças como angina pectoris, e infarto do miocárdio (JOCA; PADOVAN; GUIMARÃES, 2003).

Sem tratamento especializado e, de acordo com as características pessoais, existe o risco de ocorrerem problemas graves, como enfarte, acidente vascular encefálico, dentre outros. A SB não causa essas doenças, mas propicia o desencadeamento para as quais a pessoa tem predisposição ou, ao reduzir a defesa imunológica, abre espaço para que doenças oportunistas apareçam (ANDERBERG, 2001). A incidência de sintomas referida sugere que as fases de estresse podem estar relacionadas à dinâmica interpessoal de trabalho — percepção do trabalhador sobre sua situação profissional e do seu trabalho com a comunidade.

Segundo pesquisa realizada com profissionais de saúde de unidade de Estratégia de Saúde da Família, os sintomas físicos mais referidos foram sensação de desgaste físico constante (síndrome de fadiga), e o pensar/ falar constante direcionado para um único assunto. Além desses, ansiedade generalizada e vontade de “fugir de tudo”. Ambos os sintomas desagregam o ser biológico, sua interação familiar, social e também organizacional, o que interfere no desempenho do trabalho desenvolvido (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Além dos efeitos supracitados, o aumento do absenteísmo e todas as suas consequências são mencionados em um dos estudos sobre o tema (GIL-MONTE, 2002). A

relação parece também explícita em pesquisa realizada em hospital universitário de grande porte, somado também à queda da qualidade do cuidado (BORGES, et al, 2002).

Logo, nota-se a gama de efeitos oriundos do estresse ocupacional, percebido como amplo e relacionado, dinâmico em subsistemas orgânicos e sociais que vão muito além da esfera psicológica do indivíduo. Nesse tocante, a abordagem da sintomatologia provenientes do estresse laboral se faz tão necessária quanto o combate intenso às suas causas, e permite quebrar a cadeia de prejuízos ocasionados pela SB no ambiente hospitalar.

A mudança da atual situação em que se encontram as patologias do trabalho passa pela construção de uma nova cultura organizacional dentro dos serviços de saúde. Nesse tocante, perceber as crenças, cultura e valores prescritos dentro de uma organização, tidos como parâmetros corretos e justos que devem ser apreendidos em conjunto — trabalhador e organização (SCHEIN, 2001).

Para tal, os gestores devem propiciar o fortalecimento do pessoal e coletivo, desenvolvendo capacidades de lidar com o estresse, com valorização individual e para o grupo, bem como controle das situações de conflito, modificando o contexto e canalizando necessidades e aspirações (MONTERO, 2003).

CONCLUSÃO

O estresse no trabalho recebe influência direta das condições precárias e pelo aumento da jornada de trabalho, fatores que apresentam importantes repercussões no cotidiano profissional e pessoal dos enfermeiros. Constata-se que as condições laborais a que estão expostos os trabalhadores favorecem ao desgaste, pelas características inerentes à profissão e natureza do trabalho, constituindo-se como importante fonte causal para essa problemática o que resulta em SB.

As obras publicadas sobre a SB e sobre o estresse ocupacional do profissional de enfermagem ainda não responderam se há alguma função desse trabalhador, ou especialidade mais desgastante do que outra. Existe entendimento de que as fontes de estresse são diferentes, embora algumas sejam consideradas comuns, independentemente do cargo ocupado e de sua área de atuação.

Perceber as dificuldades que o membro da equipe enfrenta em seu cotidiano se faz tarefa difícil, uma vez que cada tipo de função profissional, seja no ensino, na pesquisa, na gerência ou assistência possuem características muito peculiares e dificulta o poder de

medidas gerais que possam abranger todos os trabalhadores. Embora possa ser entendido que o cuidado é um tipo de função que atua sob constante pressão e demandas diversas.

Assim, a identificação do estresse ocupacional corresponde a um dos grandes agentes de mudança para o quadro atual, bem como é possível refletir sobre possíveis estratégias de enfrentamento e promoção de resiliência. A visão da SB como multicausal traz reflexão sobre a magnitude do estresse e o impacto à saúde do trabalhador, quer seja de ordem física e/ou mental. Tal constatação pede medidas de intervenção interdisciplinares, uma vez que a visão do fenômeno é psicossocial.

Desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos sobre os trabalhadores, podem tornar o cotidiano do trabalho da equipe mais produtivo, menos desgastante, valorizando os aspectos humanos e profissionais. Estratégias possíveis para minimizar a SB no trabalho seriam: a discussão sobre a carga de trabalho do profissional; número de horas trabalhadas; condições salariais, somadas às modificações no âmbito político; o acompanhamento psicológico dos trabalhadores que lidam com a dor, o sofrimento e morte; criação de condições para promoção do apoio emocional entre os colegas de trabalho, bem como incluir nos exames periódicos a análise das condições de saúde mental.

A visão sobre o problema deve se voltar para a promoção da qualidade de vida no ambiente laboral, deve-se evitar a visão da patologia ocupacional, pois o trabalho também possui a função de proporcionar prazer e satisfação pessoal. Os profissionais devem receber apoio social e emocional diversificado, diminuindo as chances de desenvolvimento da SB.

Este estudo evidencia que existe a necessidade de criação de mais pesquisas envolvendo as características do trabalho da enfermagem, estresse laboral e sua relação com a SB no Brasil e no exterior; pois, as transformações do mundo moderno do trabalho são rápidas e dinâmicas.

REFERÊNCIAS

ANDERBERG, U.M. Stress-related syndromes: contemporary illnesses. Lakartidningen, Stockholm. v. 98, n. 51-52, p. 5860-5863, 2001.

AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P.F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. Psicol Estud, Maringá. v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.

BATISTA, J.B.V. et al. Prevalência da síndrome de burnout e fatores sócio-demográficos e laborais em professores de escolas municipais de João Pessoa, PB. Rev Bras Epidemiol, São Paulo. v. 13, n. 3, p. 502-512, 2010.

BAUER, M. et al. Chronic stress in caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. J Neuroimmunol, Amsterdam. v. 103, n. 1, p. 84-92, 2000.

BORGES, L.O. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais. Psicol Reflex Crit, Porto Alegre. v.15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Decreto nº 3.048 - de 06 de maio de 1999 - DOU de 07/05/1999, Regulamenta Previdência Social no Brasil. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

BRAZ, P.L. Os fatores organizacionais desencadeadores de estresse ocupacional e da síndrome de burnout. 7º Congresso Nacional de Iniciação Científica, p.289-294, 2007.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse em trabalhadores atuantes de um núcleo de saúde da família. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: <www.portalcorensp.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2011.

COLE A. High anxiety. Nurs Time 1992; v.12, p. 26-30.

COOPER, C.L. Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward. Proceedings of the European Conference on Stress at Work; 1993 November 9-10; Brussels: Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1993.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Colet, Rio de Janeiro. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

GIL-MONTE, P.R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicol Estud, Maringá. v. 7, n. 1, p. 1-10, 2002.

GLOWINKOWSKI, S.P.; COOPER, C.L. Managers and professionals in business/industrial settings: the research evidence. In: IVANCEVICH, J.M.; GANGSTER, D.C. (Orgs.). Job stress: from theory to suggestion. Nova York: Haworth, 1987.

HERINGER, D.A. et al. Enfermeiro, não deixe a síndrome de burnout te queimar! Rev Enferm Brasil, São Paulo. v. 3, n. 9, p. 154-160, 2010.

- JAQUECS, M.G.; CODO, W. Saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 2002.
- JOCA, S.R.; PADOVAN, C.M.; GUIMARÃES, F.S. Estresse, depressão e hipocampo. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo. v. 25, p. 46-51, 2003. Suplemento 2.
- KRANTZ, D.S. Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodologic critique. Psychol Bull, Washington. v. 96, n. 3, p. 435-464, 1984.
- LACERDA, P.N.; HUEB, M.F. A avaliação da Síndrome de Burnout com enfermeiros de um hospital geral. Rev SPTM, Uberlândia. v. 9, n. 1, p.103-109, 2005.
- LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Revista Panam Salud Publ, Washington. v. 6, n. 6, p. 415-425, 1999.
- LENTINE, E.C.; SONODA, T.K.; BIAZIN, T.T. Estresse em profissional de saúde das unidades básicas de Londrina. Terra e cultura, Londrina. v.19, n. 37, p. 107-118, 2003.
- LOURES, D.L. Estresse mental e sistema cardiovascular. Arq Bras Cardiol, São Paulo. v. 78, n. 5, p. 525-530, 2002.
- MALLAR, S. C.; CAPITÃO, C. G. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. Psico USF, Itatiba. v. 9, n. 1, p. 19-29, 2004.
- MARAVELL, J.M. Trabalho. In: SILVA, B. (Coord.). Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 1248-1250.
- MARZIALE, M.H.P. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes. 132 p. Dissertação [Mestrado em Ciências Sociais] – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
- MASLACH, C. Burnout inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia. Rio de Janeiro, 2001, p 84-5.
- MENDES, A.A.N.R. Burnout em enfermeiros: a interação do perfeccionismo e de otimismo. In: Simpósio Ibérico sobre síndrome de Burnout. Lisboa, 1999.
- MIQUELIM, J.D.L. et al. Estresse nos Profissionais de Enfermagem que Atuam em uma Unidades de Pacientes Portadores de HIV-Aids. DST J Bras Doenças Sex Transm, Rio de Janeiro. v.16, n.3, p.24-31, 2004.
- MONTERO, M. Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: la tensión entre la comunidad y sociedad. Buenos Aires: Piados, 2003.
- MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital de grande porte na região Sul do país. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro. v. 25, n. 7, p.1559-1568, 2009.

MUROFUSE, N.D.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 13, n. 2 p. 255-261, 2005.

PANIZZON, C.; LUZ, A.M.H.; FENSTERSEIFER, L.M. Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. v. 29, n. 3, p.391-399, 2008.

PARFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.B. Burnout: quando o bem-estar ameaça a saúde do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

RITTER, R.S.; STUMM, E.M.F.; KIRCHER, R.M. Análise de burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. Rev Eletr Enf, Goiânia. v. 11, n. 2, p. 236-248, 2009.

ROSA, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Rev SBPH, Belo Horizonte. v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SABBATINI, R. M. E. O. Estresse – O que é e como combatê-lo. São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.nib.unicamp.br/slides/estresse/>>. Acesso em: 12 set 2011.

SALANOVA, M.Y.; LLORENS, S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Papeles del Psicólogo, Madrid. v. 29, n. 1, p. 59-67, 2008.

SANTOS, D. B.; BISPO, A. C. K. A. O estresse ocupacional como fator atenuante na vida das organizações. XVI seminário de pesquisa do CCSA, p.1-12, 2002.

SCHEIN, E.H. Guia de sobrevivência da cultura corporativa. Rio de Janeiro: José Olympia, 2001.

SCHIMIDT, D.R.C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v. 18, n. 2, p. 330-337, 2009.

SCHWARTZMANN, L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: estamos hablando de lo mismo? Cienc Trab, Santiago. v. 6, n. 14, p. 174-184, 2004.

SELYE, H. Stress in health and disease. Sydney: Butterworth, 1976.

SHIMIZU, H.; CIAMPONE, M.H. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. Revista Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v.12, n.4, p.623-630, 2004.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SMOERMAKER, W.C. Problemática psicológica para pacientes, familiares e profissionais da saúde. Tratado de terapia intensiva. 2. ed. São Paulo: Médica Pan- Americana, 1992.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto. v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

TAMAYO, M.R. Burnout: Implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalho em profissionais de enfermagem. Psicol Reflex Crit, Porto Alegre. v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLAK, J.E.K. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiq Clin, São Paulo. v. 34, n. 5, p.223-233, 2007.



Artigo 2 : Estresse e aspectos psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas

Submetido à revista com Qualis B1 em Saúde Coletiva, em 2015.

ESTRESSE E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

RESUMO

O estresse é percebido como sobrecarga ou esgotamento de recursos de enfrentamento, colocando em risco o bem-estar do trabalhador. Objetivou-se analisar os aspectos referentes ao estresse relacionados a características do trabalho de intensivistas, descrevendo os fatores envolvidos no estresse laboral, segundo a ótica do trabalhador de enfermagem intensivista. Estudo seccional realizado com 130 profissionais, com aplicação de questionário autopreenchido, contendo: a versão resumida *Job Stress Scale* - para aferir o estresse; *Maslach Burnout Inventory* – para aferir síndrome de burnout; e *Self reporting Questionnaire* – para mensurar transtornos mentais comuns. Foram realizadas análises univariadas e bivariadas das características sócio-demográficas e laborais, segundo modelo demanda-controle, com nível de significância de 5%. Quanto às dimensões de estresse: 30,8% (40) trabalhadores encontravam-se em alta exigência; 24,6% (32) em trabalho ativo; 20,8% (27) em trabalho passivo, e 23,8% (31) em baixa exigência. O apoio social revelou 53,1% (69) dos trabalhadores abaixo da mediana 12, aqueles em trabalho ativo 62,5% (20) apresentavam maior apoio ($p=0,027$). A prevalência de SB foi de 55,3% (72), sendo 72,5% (29) estavam em alta exigência ($p= 0,006$). A prevalência de TMC foi de 27,7% (36). Os fatores referidos como estressores em UTI foram: carga horária 70,2% (103); relacionamento interpessoal profissional 68,3% (92); relacionamento com a chefia 63,2% (90) e déficit de quantitativo de pessoal 60,8% (85). A organização do trabalho em UTI favorece ao estresse de alta exigência e, como consequência, demonstra prevalências expressivas de transtornos mentais comuns e burnout.

Descritores: Estresse; unidade de terapia intensiva; síndrome de burnout; enfermagem; saúde do trabalhador.

JOB STRAIN AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF INTENSIVE CARE NURSING WORKERS

ABSTRACT

Stress is perceived as overload or depletion of coping resources, endangering the welfare of workers. This study aimed to describe psychosocial aspects of intensive care nursing workers, according to socio-demographic and labor market variables, and describe the possible factors involved in stress from work, according to opinions of workers. Sectional study with 130 professionals, applying self-administered questionnaire containing: a summary of the Job Stress Scale - to measure stress; Maslach Burnout Inventory - to assess burnout; and Self Reporting Questionnaire - to assess common mental disorders. Univariate and bivariate analyzes of socio-Demographic and occupational characteristics were performed according to demand-control model, with a significance level of 5%. The dimensions of stress: 30.8% workers (40) were in high demand; 24.6% in active job (32); 20.8% passive jobs (27) and 23.8% in low demand (31). The social support revealed 53.1% (69) of workers below the median 12, those in active job 62.5% (20) had more support ($p = 0.027$). The prevalence was 55.3% BS (72) and 72.5% (29) were at high strain ($p = 0.006$). The prevalence of CMDs was 27.7% (36). Factors such as stressors in the ICU were: workload 70.2% (103); professional interpersonal relationship 68.3% (92); relationship with the leadership 63.2% (90) and quantitative deficit of personnel 60.8% (85). The organization of work in ICU favors to the stress of high demand and consequently demonstrates significant prevalence of common mental disorders and burnout.

Descriptors: Stress; intensive care unit; burnout syndrome; nursing; occupational health.

INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo, os modos de adoecer e morrer dos trabalhadores vem se transformando e ganhando maior complexidade, o que se traduz no aumento de doenças como fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho como o estresse (DIAS; HOEFEL, 2005, SANTOS; LACAZ, 2010). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT/ ILO), os impactos negativos do estresse são multiformes: podem incluir doenças cardíacas e gastrintestinais, bem como problemas físicos, psicossomáticos e psicossociais. Este último, por sua vez, pode favorecer o aumento de acidentes de trabalho, lesões, baixo desempenho e produtividade (OIT/ILO, 2012).

O estresse pode ser entendido como a relação entre a pessoa e o ambiente que é percebida pelo indivíduo como sobrecarga ou esgotamento de seus recursos de enfrentamento, colocando em risco o bem-estar (SELYE, 1982, FOLKMAN, 1984). McEwen e Lasley trazem o conceito de alostase de forma a ir além da teoria da homeostase, o termo surge do grego *allos* = diferente; *stasis* = constância, e mostra que fatores ambientais impõem ao ser humano constantes alterações em seus sistemas fisiológicos. Dessa forma, o estresse é algo inevitável, e a resposta do organismo é a alostase. Entretanto, quando a reação ao estresse ultrapassa a capacidade da alostase, observa-se a ‘carga alostática’ relacionada a episódios crônicos, e traz prejuízos à saúde o que favorece as doenças (McEWEN; LASLEY, 2007).

A grande demanda e poucos recursos de enfrentamento produzem a percepção do risco de perda do controle sobre a situação. Existe forte evidência de que a perda da capacidade de controle sobre a vida (familiar, laboral e pessoal) traz consideráveis prejuízos à saúde e à autoestima, de forma a diminuir a motivação para o trabalho criativo, podendo aumentar a desconfiança em relação a outros colegas de profissão e gerar dificuldades de relacionamento interpessoal (ADÁN; GARCIA, 2003, ZANELLI, 2010, GLINA, ROCHA, 2010).

No que tange a política de atenção à saúde do trabalhador no Brasil, é escassa (ou pouco visível) a informação sobre adoecimento decorrente do estresse laboral e/ou adoecimento psíquico, tendo relação com os aspectos psicossociais. A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dessa população específica dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações para a saúde do trabalhador (BRASIL, 2001, SILVA, 2007, FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Modelos têm sido utilizados para avaliar o grau de estresse e as respostas orgânicas, a fim de entender seu papel no âmbito psicossocial. Estressores ambientais também têm sido investigados, através do estabelecimento de relações com fatores contidos no ambiente de trabalho que possam influenciar o desempenho profissional. Alguns estudos foram desenvolvidos para a avaliação do grau de estresse e satisfação no trabalho, através da utilização de escalas (KARASEK, 1979, MASLACH; JACKSON, 1981, REVICKI; MAY; WHITLEY, 1983, KARASEK; THEORELL, 1990, RIVIERA, 1991, DECKARD; METERKO; FIELD, 1994, RAMIREZ et al, 1996, SIEGRIST, 1996).

Os pesquisadores Robert Karasek e Töres Theorell apresentaram modelo teórico bidimensional que relacionam as dimensões psicossociais demanda e controle no trabalho ao risco de adoecimento físico e psíquico. Demandas são as pressões de natureza psicológica, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, e os conflitos contraditórios. O termo controle refere-se à tarefa, ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para cumpri-las, e à oportunidade de participar das decisões no ambiente laboral para realizá-las (KARASEK; THEORELL, 1990). Soma-se ao modelo o suporte ou apoio social no ambiente laboral, o qual é definido como os níveis de interação social entre os colegas e os chefes no trabalho (THEORELL et al, 1988). A fragilidade desse aspecto pode gerar consequências negativas à saúde (THEORELL, 2000). O modelo demanda-controle tem sido amplamente aplicado em pesquisas em países como Brasil, Suécia, Inglaterra, Gales, Portugal, Japão (ALVES et al, 2004, SUNDIN et al, 2006, EVANS et al, 2006, DIAS; QUEIRÓS; CARLOTTO, 2010, ALBINI et al, 2011).

A unidade de terapia intensiva (UTI) parece ser um dos mais agressivos, tensos e traumatizantes ambientes do hospital. Esses elementos hostis atingem aos pacientes, e a equipe multiprofissional, principalmente, a de enfermagem a qual convive diariamente com cenas de pronto atendimento, pacientes graves, isolamento e situações de morte, o que qualifica o trabalho hospitalar como penoso. Frente ao exposto, é grande a probabilidade de que esses profissionais estejam submetidos aos variados fatores associados ao estresse, presentes nesse local (PITTA, 2004, SANTOS et al, 2010).

OBJETIVOS

Analisar os aspectos referentes ao estresse relacionados a características do trabalho de intensivistas.

Descrever fatores envolvidos no estresse laboral, segundo a ótica do trabalhador de enfermagem intensivista.

JUSTIFICATIVA

A OMS aponta prevalência de 30% de transtornos mentais comuns e de 5 a 10% de transtornos graves entre a população trabalhadora ocupada (SAYERS, 2001). O agravamento da situação de estresse causado pelo desgaste contínuo pode levar a consequências de maior impacto para a saúde dos trabalhadores, como a síndrome do esgotamento profissional, ou síndrome de burnout (SB) (BRASIL, 2001, FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, LANDRUM; KNIGHT; FLYNN, 2012).

No cenário atual, são percebidos cortes de custos, menor número de trabalhadores, vínculos empregatícios precários e notável desgaste generalizado do trabalhador, o que faz com que o estresse deva ser estudado, sob várias óticas, dentre as quais a epidemiológica. As doenças mentais só perdem para as doenças cardíacas, trazem prejuízos à saúde do trabalhador e conduzem a incapacidade, principalmente em região metropolitanas (MENDES, 1988, JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

Deste modo, o estresse e os aspectos psicossociais recebem papel de destaque pelas autoridades de saúde e pesquisadores, o que remete ao pensamento do vislumbre desse fenômeno como problema de saúde pública que deve ser estudado sob a abordagem multidisciplinar.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo observacional, descritivo do tipo seccional. A população de estudo foi equipe de enfermagem da Unidade Coronariana (UCO) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de dois hospitais de grande porte da região metropolitana do Rio de Janeiro. Buscaram-se de forma ativa os afastados, transferidos e os ausentes no setor UTI, bem como os motivos de afastamento, incluindo; portanto, aqueles que estavam fora do setor por até seis meses, após contato telefônico e agendamento para preenchimento do questionário no hospital. Estas medidas foram tomadas a fim de evitar o viés do trabalhador saudável. Os dados foram coletados durante o ano de 2011. Os hospitais foram denominados como hospital universitário (A) e hospital geral (B)

O instrumento utilizado foi questionário autoaplicado estruturado com perguntas abertas e fechadas. Foi utilizada a escala adaptada para o português da versão resumida da *Job Stress Scale* (JSS), originalmente elaborada em inglês (ALVES et al, 2004). A versão reduzida foi criada por Töres Theorell, em 1988. Essa versão possui dezessete questões, tipo likert, com cinco itens para avaliar a demanda psicológica no trabalho, seis para avaliar o grau

de controle no trabalho e seis para o apoio social (THEORELL et al, 1988, ALVES et al, 2004).

A pontuação referente a cada questão das três dimensões inclui: sempre (1 ponto); às vezes (2 pontos); raramente (3 pontos); e nunca (4 pontos). Das cinco questões relativas à demanda psicológica, somente a questão de número 4 possui direção reversa, neste caso, a pontuação foi: sempre (4 pontos); às vezes (3 pontos); raramente (2 pontos), e nunca (1 ponto). Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. De acordo com estas questões, o escore para dimensão demanda variou de 5 a 20 pontos. Cada questão recebeu pontuação referente em escala crescente de 1 a 4. Os escores da dimensão controle foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas, e variou de 6 a 24, assim como no apoio social.

Para a definição dos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho, baseado nas dimensões demanda e controle, foi utilizada a mediana encontrada nos escores das duas dimensões (KARASEK; THEORELL, 1990). No que diz respeito à composição dos grupos do modelo demanda-controle, as variáveis demanda e controle e seus respectivos graus dicotomizados (alto e baixo), foram combinados de forma a construir os quadrantes do modelo bidimensional, onde: alta exigência (AE)= combinação de alta demanda e baixo controle; trabalho ativo (TA) = combinação de alta demanda e alto controle; baixa exigência (BE)= combinação de baixa demanda e alto controle; e trabalho passivo (TP)= combinação de baixa demanda e baixo controle. O apoio social seguiu o mesmo padrão de escore das anteriores e foi utilizada a mediana como ponto de corte.

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi utilizado para a avaliação da SB, em sua versão adaptada e validada para o português, com profissionais de enfermagem, é composto por 22 questões em escala do tipo likert, com valores de 1 (nunca) até cinco (sempre) os quais avaliam três dimensões: exaustão emocional EE (9 afirmativas); despersonalização DE (5 afirmativas); e realização pessoal RP (8 afirmativas) (TAMAYO, 1997, TAMAYO, 2009, TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

O *Self Reporting Questionnaire* ou SRQ-20 foi utilizado para mensurar transtornos mentais comuns (TMC). Envolve 20 questões, validado em 1986, quando foi recomendado o ponto de corte em cinco respostas positivas para suspeição entre homens, e sete para mulheres (MARI; WILLIAMS, 1986). Neste estudo, utilizou-se corte sete, valor considerado em outros estudos com profissionais de enfermagem (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003, SILVA, 2008, SILVA et al, 2010, BARBOSA et al, 2012).

A análise descritiva contou com medidas de tendência central, de dispersão e análise de frequência. Realizou-se a pontuação de cada subescala, de acordo com os padrões supracitados, acrescidos de desvio-padrão. Foi realizada análise bivariada entre as variáveis de exposição (estresse no trabalho) e variáveis sócio-demográficas e laborais. Foi considerado para avaliação da significância estatística o valor $p \leq 0,05$. Os testes utilizados foram: o qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Para cada etapa do processo de análise, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21 (SPSS®). Sobre a questão aberta do questionário, foram tabuladas e somadas as frequências em que surgia cada fator referido nas respostas dos trabalhadores. Uma opinião poderia conter mais de um fator considerado estressante, ou seja, frequências sobrepostas.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética das instituições, atendendo aos preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS

Participaram do estudo 130 profissionais de enfermagem de dois hospitais federais de grande porte da região metropolitana do RJ. Entre os trabalhadores 58 se declararam pardos, indígenas ou amarelos, classificados como mestiços (44,6%); estavam divididos igualmente em relação ao sexo, 65 homens e 65 mulheres (50%); a média de idade encontrada foi de 35 anos (d.p. = 8,6), com 68 acima (52,3%); no quesito escolaridade, 81 cursaram até o ensino médio (62,3%); quanto ao estado civil, 71 viviam com companheiro (a) (54,6%); 68 não possuíam filhos (as) (52,3%); a renda média *per capita* foi de 7 salários mínimos, com 53,8% abaixo dessa faixa.

O grupo distribuiu-se em 80 (61,5%) trabalhadores no hospital A e 50 (38,5%) no hospital B; quanto à categoria profissional, 37 (28,5%) enfermeiros, 62 (47,7%) técnicos e 31 (23,8%) auxiliares de enfermagem; 78 (60,0%) desempenhavam suas atividades na UTI e 52 (40,0%) na unidade coronariana (UCO); a maioria possuía um vínculo empregatício (60,8%), faziam parte do quadro permanente da instituição (71,5%), trabalhavam em turno misto (55,4%) (profissionais que trabalhavam em turnos variando entre noturno e diurno sem horário fixo); a média de tempo no setor aferida foi de 5 anos (d.p. = 5,5), com 92 (70,8%) profissionais abaixo dessa média; quanto ao tempo na profissão, a média foi de 12 anos (d.p. = 8,4), com 70 (53,8%) funcionários com tempo inferior a essa faixa; a carga horária semanal

média encontrada foi de 51 horas (d.p.= 19,3), e os sujeitos ficaram alocados igualmente acima e abaixo desse valor.

ANÁLISE DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS ÀS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS

A maioria dos trabalhadores (106= 81,5%) referiu não pensar no trabalho durante as folgas. Sobre o estresse auto-referido, 93 profissionais (71,5%) relataram o estrato de médio estresse. A dimensão demanda apresentou mediana de 10 (d.p.=2,28), onde se encontravam no estrato inferior 71 (54,6%) profissionais. A dimensão controle com mediana de 12 (d.p.=1,92), apresentou 72 indivíduos acima deste patamar (55,4%). O apoio social com mediana 11 (d.p.=3,52), concentrou 69 profissionais (53,1%) abaixo dessa medida. Quanto aos quadrantes do modelo demanda-controle: 40 trabalhadores (30,8%) encontravam-se em AE; 32 em TA (24,6%); 27 em TP (20,8%); e 31 em BE (23,8%) (figura 1).

Foi observado que entre aqueles com até 35 anos, 25 (78,1%) estavam em TA, enquanto que a população acima da média de idade, 18 (66,7%) estavam em TP ($p=0,001$). Aqueles que estudaram até o ensino médio 30 (75%) encontravam-se em AE, enquanto que aqueles de maior escolaridade estavam em BE 19 (61,3%) ($p=0,010$). Quanto à renda familiar, foi percebido que aqueles com os menores salários 24 (75%) apresentavam TA, e entre os que detinham os maiores salários 23 (57,5%) alocaram-se em AE ($p=0,032$) (tabela 1).

Os profissionais apresentaram trabalho de AE no hospital universitário 26 (81,3%), e de BE no hospital geral 21 (67,7%) ($p=0,0001$). Quanto ao tempo no setor, pode-se constatar TA 29 (90,6%) entre aqueles que trabalhavam até a média de 5 anos, e trabalho de BE 14 (45,2%) entre aqueles acima dessa média, ($p=0,017$). No que tange ao tempo na profissão, verificou-se TA entre aqueles nos dez primeiros anos de carreira 24 (75%), e entre o grupo com mais tempo de carreira foi observado TP 14 (55,6%) ($p=0,033$) (tabela 1).

A prevalência de SB foi de 55,3% (72), sendo que 29 casos (72,5%) estavam em AE, seguido de 20 (64,5%) em BE ($p= 0,006$). Foi verificado alto apoio em TA com 20 trabalhadores (62,5%), e baixo apoio em BE com 22 (71%) ($p=0,027$). Quanto à suspeição de TMC, foi observada a prevalência de 27,7% (36 suspeitos), sem diferença estatística quanto às categorias de estresse (tabela 1).

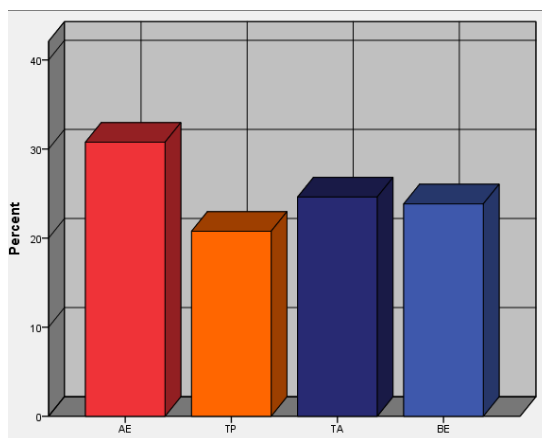


Figura 1: porcentagens das categorias de estresse de trabalhadores de enfermagem intensivistas, RJ- 2014/N=130.
 Legenda: AE= Alta exigência; TP= Trabalho passivo; TA= Trabalho ativo; BE= Baixa exigência.

Tabela:1 Aspectos psicossociais, segundo quadrantes de Karasek, de acordo com variáveis sócio-demográficas e laborais de trabalhadores intensivistas, RJ-2014/ N=130.

VARIÁVEIS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS E LABORAIS	ALTA EXIGÊNCIA		TRABALHO PASSIVO		TRABALHO ATIVO		BAIXA EXIGÊNCIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade média = 35 anos (d.p.= 9,7)								p=0,001
Até 35 anos	15	37,5	09	33,3	25	78,1	13	41,9
Maior que 35 anos	25	62,5	18	66,7	07	21,9	18	59,1
Sexo								p=0,156
Feminino	20	50,0	17	63,0	11	34,4	17	54,8
Masculino	20	50,0	10	37,0	21	65,6	14	45,2
Raça/cor de pele recodificada								p=0,412
Preta	10	25,0	09	29,6	09	28,1	07	22,6
Branca	21	52,5	07	25,9	15	46,9	15	48,4
Mestiça	09	22,5	12	44,4	08	25,0	09	29,0
Situação conjugal recodificada								p=0,160
Com companheira (o)	25	62,5	16	59,3	12	37,5	18	58,1
Sem companheira (o)	15	37,5	11	40,7	20	62,5	13	41,9
Presença de filhos								P=0,533
Sim	22	55,0	13	48,1	12	37,5	15	48,4
Não	18	45,0	14	51,9	20	62,5	16	51,6
Escolaridade pela média								P=0,010
Até ensino médio	30	75,0	16	59,3	23	71,9	12	38,7
Ensino superior ou mais	10	25,0	11	40,7	09	28,1	19	61,3
Renda familiar média de 7 SM								p=0,032
Até 7 SM	17	42,5	15	55,6	24	75,0	14	45,2
Maior que 7 SM	23	57,5	12	44,4	08	25,0	17	54,8
Hospital								p=0,0001
Hospital A (universitário)	28	70,0	16	59,3	26	81,3	10	32,3
Hospital B (geral)	12	30,0	11	40,7	06	18,8	21	67,7
Categoria profissional								p = 0,259
Enfermeiro	12	30,0	09	33,3	05	15,6	11	35,5
Téc. de enfermagem	18	45,0	09	33,3	21	65,6	14	45,2
Aux. de enfermagem	10	25,0	09	33,3	06	18,8	06	19,4
Número de empregos								p=0,159
Até 2 vínculos	32	80,0	25	92,6	29	90,6	23	74,2
Mais que 2 vínculos	08	20,0	02	07,4	03	09,4	08	25,8

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS	ALTA EXIGÊNCIA		TRABALHO PASSIVO		TRABALHO ATIVO		BAIXA EXIGÊNCIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Turno de trabalho								p=0,230
Diurno	13	32,5	10	37,0	16	50,0	12	38,7
Noturno	01	02,5	01	03,7	04	12,5	01	03,2
Misto	26	65,0	16	59,3	12	37,5	18	58,1
Carga horária semanal								p=0,785
Até 51 h	21	52,5	14	51,9	17	53,1	13	41,9
51h ou mais	19	47,5	13	48,1	15	46,9	18	58,1
Setores								P=0,138
CTI	30	75,0	15	55,6	17	53,1	16	51,6
UCO	10	25,0	12	44,4	15	46,9	15	48,4
Tempo no setor								p=0,017
Até 5 anos	28	70,0	18	66,7	29	90,6	17	54,8
5 anos ou mais	12	30,0	09	33,3	03	09,4	14	45,2
Tempo na profissão								p=0,033
Até 10 anos	18	45,0	12	44,4	24	75,0	14	46,2
10 anos ou mais	22	55,0	15	55,6	08	25,0	17	54,8
Tipo de vínculo								p=0,533
Temporário	08	20,0	08	29,6	11	34,4	10	32,3
Permanente	32	80,0	19	70,4	21	65,6	21	67,7
Suspeição de TMC								p=0,120
Normal	24	60,0	23	85,2	25	78,1	22	71,1
Doente	16	40,0	04	14,8	07	21,9	09	29,0
Suspeição de burnout								p=0,006
Normal	11	27,5	17	63,0	19	59,4	11	35,5
Doente	29	72,5	10	37,0	13	40,6	20	64,5
Pensamento no trabalho nas folgas								p=0,029
Sim	12	32,5	02	07,4	06	18,8	03	09,7
Não	27	67,5	25	92,6	26	81,2	28	90,3
Apoio Social								p=0,027
Abaixo da mediana (baixo)	18	45,0	17	63,0	12	37,5	22	71,0
Acima da mediana (alto)	22	55,0	10	37,0	20	62,5	09	29,0

Legenda: N= total de elementos no estrato; % = frequência relativa; d.p.= desvio padrão; SM = salário mínimo.

Os profissionais, quando questionados sobre possíveis fatores que ocasionam o estresse em UTI, apontaram a carga horária 70,2% das vezes, o relacionamento interpessoal profissional (68,3%), seguido de relacionamento com a chefia (63,2%) e déficit de pessoal (60,8%) (tabela 2).

Tabela 2: Fatores estressantes na UTI apontados por intensivistas- RJ, 2014 /N = 130.

FATORES REFERIDOS CATEGORIZADOS		
	N	%
Carga horária	103	70,2
Relacionamento interpessoal profissional	92	68,3
Relacionamento com a chefia	90	63,2
Déficit de quantitativo de pessoal	85	60,8
Falta de autonomia	82	58,3
Estrutura física deficiente/ inadequada	81	57,2
Falta/ inadequação recursos materiais	78	54,5
Relação profissional paciente	75	51,2
Precariedade de condições de trabalho	50	36,6
Remuneração	48	31,6
Rotina de trabalho	45	30,2

Legenda: N= total de vezes que apareceram nas respostas o item descrito, respostas válidas.%= porcentagem.

DISCUSSÃO

Este estudo descreve os aspectos psicossociais e fatores associados, desse modo, podem-se vislumbrar os aspectos sócio-demográficos e do trabalho como se comportam entre a população de trabalhadores, destacando desfechos como transtornos mentais, síndrome de burnout e alta exigência no trabalho. Fatores estes que se relacionam a consequências danosas à saúde do trabalhador e qualidade do cuidado prestado.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS

O grupo de trabalhadores apresentou proporções iguais em relação ao sexo, embora os estudos apontem maior população feminina na enfermagem intensivista (INOUE; MATSUDA, 2008, MOREIRA et al, 2009). Em relação a este tópico, o setor do HU mostrou maior frequência do gênero masculino com destaque para a UCO, diferentemente do HG em que o gênero feminino se fez mais frequente. A concentração tipicamente feminina dos trabalhadores dessa profissão está estreitamente relacionada com a feminização do cuidado, porém há o crescente quantitativo de homens optando por essa área nas últimas décadas, relatado em estudos como de forma gradual e estável (GIL-MONTE, 2002, ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). O setor de cuidados intensivos requer mais força física, o que de certa forma favorecem aos homens.

Maior parte dos trabalhadores estudou até o ensino médio, o que se relacionou com a renda *per capita* abaixo da média e o número de técnicos de enfermagem, seguida de profissionais de nível superior. Existem especificidades e demandas singulares por parte do cuidado de enfermagem intensivo, o número de profissionais de nível superior (enfermeiros) é mais expressivo, pois há mais necessidades de assistência de maior complexidade. Quanto maior é o tempo de internação, maior a carga de trabalho desses profissionais e a dependência progressiva do paciente. A insuficiência de trabalhadores intensivistas tem se destacado no sistema de saúde norte-americano, isso mostra que a elevação das demandas não foram acompanhadas pelo incremento de recursos físicos, tecnológicos e humanos (KELLEY et al, 2004). O mesmo não pode ser afirmado quanto ao sistema brasileiro, por falta de registros sobre as condições de trabalho nas UTIs por parte das entidades responsáveis, entretanto estudos apontam esse déficit (CHIMIZU; CIAMPONE, 1999, SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012, VERSA et al, 2012).

O elevado número de profissionais na UTI, se deve ao maior número de leitos e carga de trabalho, enquanto que na UCO são requeridos profissionais especialistas em cardiologia,

ocorre menor número devido à especificidade. A população revela-se dedicada à instituição, uma vez que apresentaram somente um vínculo empregatício, e são do quadro permanente. A maior frequência de trabalhadores em turno misto pode ser explicada pelos plantões extras, coberturas de faltas e absenteísmo. Nessa dinâmica, pode-se vislumbrar que o grupo é formado por são jovens, recentes na profissão e no setor, com carga horária acima de 51h semanais. Deve-se ressaltar que essa carga horária está relacionada possivelmente aos plantões extras, e cobertura de horários de profissionais que se ausentam.

ANÁLISE DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

A percepção de estresse teve relação com a dimensão controle no trabalho, a qual foi aferida como alta entre o grupo. Essa constatação refletiu-se nas categorias de estresse onde BE e TA foram a segunda e terceira mais frequentes, respectivamente. A atividade de liderança e planejamento na equipe é comum no processo de trabalho em UTI, uma vez que aqueles com maior escolaridade encontravam-se em BE, quando comparados aos de menor escolaridade em AE, aspectos relacionados ao controle no trabalho.

Os profissionais apresentaram trabalho de AE no hospital universitário, e de BE no hospital geral ($p=0,0001$). Devido ao HU ter que lidar com atividades de ensino, pesquisa e extensão, a equipe acaba envolvida nessa dinâmica que, de certa forma, pode incrementar a demanda de trabalho, no atendimento a estudantes na UTI. Pode ser fator de estresse as atividades desenvolvidas que exigem alto grau de responsabilidade e qualificação, somando-se ao desgaste físico, emocional e tensões contínuas, o que sobrecarrega os profissionais mais experientes na UTI (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006, CORONETTI et al, 2006). Há de se lembrar que a população acima da média de idade 66,7% estava em TP, que é o segundo estrado de maior risco para doenças psíquicas. Situações de demanda e controle baixos combinados criam um cenário pouco motivador, e podem conduzir a perda gradativa de habilidades (KARASEK; THEORELL, 1990, GLINA, 2010).

O crescimento dos procedimentos de difícil execução e invasivos na medicina requer treinamento e capacitação constante da equipe para o domínio de novas tecnologias, cada vez mais complexas e mais presentes. Essa dinâmica tecnológica pode desgastar o estabelecimento de vínculos necessários para o cuidado ao paciente crítico e atenção a seus familiares, bem como abrir espaço para a despersonalização, uma das principais características da SB (CODO, 1999, NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2010). Contudo, o trabalhador, mesmo sob riscos psicossociais constantes, deve lembrar-se da relação humana, ou seja, um grande desafio (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Os mais jovens estavam em TA (até 35 anos), como também aqueles que trabalhavam até a média de 5 anos. O trabalho de BE concentrou aqueles acima dessa média. Com isso, constata-se que os jovens são os mais demandados em seus postos de trabalho, sob supervisão dos funcionários antigos experientes. É o que refletem os dados quanto ao tempo na profissão, onde se observou TA entre aqueles nos dez primeiros anos de carreira, quando comparados àqueles com mais tempo que se encontravam em TP. Logo, percebe-se que os profissionais mais antigos estão em BE ou TP, e os mais jovens em TA ou AE. A aprendizagem e o crescimento são previstos quando são altos o controle e a demanda psicológica, mas não de forma excessiva (KARASEK; THEORELL, 1990, GLINA, 2010).

No que diz respeito à suspeição de SB, estavam em AE 29 (72,5%), seguido de 20 trabalhadores (64,5%) em BE ($p= 0,006$). Tal constatação mostra que o risco para doenças psíquicas é corroborado pelo modelo demanda-controle, confirmado em pesquisa com médicos intensivistas, onde foi encontrada associação entre SB, observada na situação de alta exigência do modelo demanda-controle (TIRONI et al, 2009). Foi verificado alto apoio entre 20 trabalhadores em TA (62,5%), e baixo apoio entre grupo de 22 funcionários (71%) em BE ($p=0,027$). Resultados similares foram encontrados em pesquisa com a equipe de enfermagem de hospital público em Salvador, Bahia, para trabalhadores em TA, com apoio social (68,5%) (ARAÚJO et al, 2003). Estudos com população similar apontam associação estatística entre o baixo apoio social e o quadrante AE, diferente do encontrado neste estudo (ARAÚJO et al, 2003, URBANETTO et al, 2011).

O apoio social é importante elemento na manutenção da saúde. Níveis baixos de apoio podem associar-se a manifestações deletérias e efeitos negativos à saúde (KARASEK; THEORELL, 1990, GLINA, 2010). Alguns estudos evidenciaram que a falta de apoio no ambiente laboral torna o trabalhador mais propenso a distúrbios cardiovasculares, ao estresse, à exaustão física e emocional (GRIEP et al, 2011, SCHMIDT et al, 2013, KOGIEN; CEDARO, 2014). Os mecanismos pelos quais o apoio social pode afetar a saúde, bem-estar e qualidade de vida são diversos no ambiente laboral. Seja atenuante dos efeitos deletérios dos estressores psicossociais do trabalho, como também potencializador do desenvolvimento de novas habilidades ou comportamentos (KOGIEN; CEDARO, 2014). Além disso, o apoio social pode moderar a tensão e outros efeitos adversos à saúde, diminuindo a sua potência ou aumentar as estratégias de enfrentamento (GLINA, 2010).

Quanto à suspeição de TMC, foi observada prevalência de 27,7%. Em pesquisa com equipe de enfermagem em terapia intensiva, o trabalho de Silva e cols. (2010) apresentou 21,3% de prevalência. Os estudos de Pinho e Araújo (2007), com equipe de enfermagem de

emergência; e de Kirchoff e cols. (2009) com trabalhadores de enfermagem de hospital universitário evidenciaram 26,3% e 18,7%, de suspeição, respectivamente. Nestas duas últimas pesquisas, o grupo de AE apresentou maior prevalência entre os trabalhadores, assim como neste estudo (40,0%). As reações mais adversas de tensão ocorrem quando as demandas psicológicas do trabalho são altas e há baixa tomada de decisão do trabalhador (KARASEK; THEORELL, 1990, GLINA, 2010).

Observou-se para a AE, a suspeição para burnout em 72,5% dos trabalhadores e em 40% para TMC. Constata-se a maior prevalência da SB entre os intensivistas, quando comparado a profissionais de saúde coletiva (SILVA; MENEZES, 2008). A alta frequência de problemas de saúde decorrentes dos altos níveis de estresse, e sua associação com TMC e SB, entre os profissionais de saúde de diversas áreas, denotam a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses trabalhadores, e mais investigações sobre as dimensões e seus fatores determinantes (SILVA; MENEZES, 2008). Sendo assim, se observa uma soma de aspectos psicossociais que relacionados ao estresse no trabalho, de forma sinérgica, contribuem para doenças mentais entre os profissionais intensivistas (GLINA, 2010, BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Os distúrbios mentais, assim como sintomas depressivos não aparecem mais como problemas isolados e intrapsíquicos, mas como dramas coletivos (BARFKNECHT et al, 2004, SANTOS; LACAZ, 2010). Em abrangência ampla, pode-se citar o papel da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) a qual tem como objetivo articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, estas são observadas como ações ainda aquém do desejado, na área de saúde mental do trabalhador. A instituição da Renast, em 2002, pressupõe um modelo integrado de intervenção e a articulação de dispositivos, equipamentos e serviços da rede do SUS, mesmo diante desses recursos, percebe-se a deficiência no papel da rede na identificação e prevenção do estresse e doenças psíquicas, através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estaduais e regionais. O agravante é que o sofrimento psíquico aparece de forma secundária, por vezes subnotificado, além da dificuldade em se estabelecer nexos do trabalho com distúrbio mental, seja por parte dos sindicatos, pelos próprios trabalhadores, ou por parte dos profissionais de saúde (GLINA et al, 2001, SANTOS; LACAZ, 2010, JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

FATORES REFERIDOS COMO FONTES DE ESTRESSE NA UTI

No que tange a carga horária, observa-se que o regime de trabalho diminui o tempo livre dos trabalhadores de enfermagem substancialmente, o que dificulta o convívio social, a

permanência com seus familiares, atividades sociais, interferindo na manutenção da qualidade de vida e no tempo para descanso, fatores que seriam estratégia para minimizar os níveis de estresse gerados, durante a jornada de trabalho (SANTOS et al, 2010). O cansaço relacionado à carga horária elevada faz com que se aumente a probabilidade de ocorrer negligência a determinadas condutas que podem comprometer a qualidade da assistência prestada (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006, SANTOS et al, 2010, POGHOSYAN et al, 2010, DEBERGH et al, 2012; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Os trabalhadores percebem a gravidade da carga horária em sua qualidade de vida, e reivindicam ajustes para sua redução para trinta horas semanais. Há proposta de projeto de lei, desde o ano 2000, para ser votado atendendo aos interesses dos trabalhadores, contudo a estagnação de mais de uma década, visivelmente, atende aos interesses do setor privado (BRASIL, PL 2295/2000). Nesta pesquisa, os achados demonstram que a maioria dos profissionais não possuía outro vínculo empregatício, que de certa forma, geram menor demanda de trabalho, o que é fator preventivo para o desenvolvimento de formas graves de estresse — SB (FERREIRA et al, 2012).

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal, é primordial no desenvolvimento do cuidado com vistas à humanização, contemplando elementos como a empatia e a escuta ativa. Destaca-se a necessidade de constante capacitação dos profissionais, para além de procedimentos técnicos, mas especialmente para o desenvolvimento de relações interpessoais seguras (FORMOZO et al, 2012). O espaço laboral exige constante e rápido aprendizado, devido à incorporação de novas tecnologias, demandas contínuas e crescentes, o que favorece ao individualismo que; por sua vez, conduz ao acirramento e competição contraposta à coesão e integração, deteriorando as relações interpessoais (ZANELLI; BASTOS, 2004, FERREIRA; ASSMAR, 2008, ZANELLI et al, 2010).

Outro fato que recebe destaque é a despersonalização, dentre outros efeitos marcantes da SB, a dimensão aumenta as chances de o cuidado prestado ser classificado como pobre; maiores escores são observados entre os homens (GIL-MONTE, 2002, TRIGO, 2010). A despersonalização leva ao afastamento do profissional de suas relações cotidianas, a diminuição do envolvimento com o paciente e seus familiares; e, muitas vezes, a uma assistência desumana e de pouca qualidade. Relacionar-se de forma a favorecer a assistência de saúde requer preparo, condições físicas e psíquicas adequadas dos profissionais (KANAYPAK et al, 2008, SILVA et al, 2009, DIAS; QUEIRÓS; CARLOTTO, 2010, BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A diversidade de comportamentos e personalidades singulares suscita o atrito entre os profissionais, o que compromete as relações e as desgasta. Além disso, existem as dificuldades de relacionamentos com os familiares dos pacientes que agem com incompreensão, em determinadas circunstâncias, prejudicando a comunicação, mediante ao sofrimento de seus entes fragilizados e hospitalizados. Ademais, deve-se destacar a relação médica com a equipe de enfermagem que, na maioria das vezes, evidencia um paradigma de atendimento à doença, com trabalho hierárquico e não sistemático; soma-se a isso a indefinição do papel profissional de enfermagem em situações diversas, e também a falta de decisões multiprofissionais conjuntas e trabalho compartilhado entre todos os membros da equipe de saúde, estes tidos como condições de risco, gerados pelo contexto do trabalho (BATISTA; BIANCHI, 2006, GLINA, 2010, TRIGO, 2010, BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Mediante ao exposto, há que se considerar o fato de que as dificuldades de relacionamento em variados níveis seja profissional/paciente, profissional/familiar, e profissional/equipe de saúde influenciam o processo de trabalho e a coordenação dos serviços da UTI. Desse modo, há necessidade de os enfermeiros investirem na melhoria da comunicação em todas as esferas de relacionamento, principalmente, nas instituições públicas (VERSA et al, 2012).

A falta de apoio da chefia é ponto importante na gênese do estresse experimentado pelo profissional de saúde na UTI. Percebe-se como uma constante tensão na relação com superiores imediatos, e com a administração superior na enfermagem (MONTE et al, 2013). O relacionamento com a chefia, neste estudo, surge como fator estressante na opinião dos profissionais, os quais sugerem a troca, seguida da necessidade de reuniões/interação mais próxima. A chefia deve ter o compromisso de otimizar as condições de trabalho, visando à promoção da saúde do trabalhador, como forma concreta de valorizar esses profissionais, elevando a qualidade do serviço prestado. Pesquisa com grupo de enfermeiras demonstrou menor incidência de SB, quando percebiam apoio por parte de suas chefias (HILLHOUSE; ADLER, 1997). O apoio promove o senso de competência, a autoeficácia e a autoestima. (SOUZA; SILVA, 2002, LIU et al, 2012). No ambiente de UTI, onde decisões rápidas e eficazes devem ser tomadas a todo o momento, o apoio dos superiores faz diferença no grau de segurança dos membros da equipe, estimula o trabalho conjunto, favorece o trabalho multidisciplinar, e minimiza o efeito decorrente do estresse.

Tão importantes quanto os outros elementos, o apoio social e o controle são dimensões que têm sido influenciadas pelas mudanças na organização, e por intervenções preventivas que pretendem intervir sobre os riscos psicossociais (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010). Acredita-se que o apoio de colegas de trabalho e da própria instituição pode funcionar como

amortecedor, tamponamento, na relação entre demandas psicológicas e controle no trabalho (THEORELL et al, 1988, THEORELL, 2000). O apoio social é considerado como moderador de impacto negativo da interação entre as duas dimensões (VAN DER DOEF; MAES, 1999, BLIESE; CASTRO, 2000). O apoio e o controle são dimensões que têm sido influenciadas pelas mudanças na organização do trabalho, e por intervenções preventivas que pretendem intervir sobre os riscos psicossociais do trabalho (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

DÉFICIT PESSOAL, MATERIAL E ESTRUTURAL

A carência no quadro de profissionais em unidades intensivas é fator frequente observado, e citado por autores (OLIVEIRA; SPIRI, 2011, ARAÚJO et al, 2012, VERSA et al, 2012). O trabalho do profissional de enfermagem nesse setor exige maior complexidade, empenho e vigília. A própria instabilidade clínica dos pacientes pode ser elemento estressor importante, relacionada à demanda psicológica.

As atividades dos intensivistas são marcadas por tarefas complexas, cumprimento de horários, rotinas, normas e regulamentos; além de estarem submetidos a uma estrutura hierárquica rígida (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Quando o trabalho é dividido por função e por categoria de trabalhadores, como ocorre em UTIs, o ritmo e o controle das atividades são intensificados, gerando maior sobrecarga para cada um dos trabalhadores da equipe, e soma-se como agravante a falta de profissionais para o trabalho em cuidados intensivos (CHIMIZU; CIAMPONE, 1999). A percepção de sobrecarga de trabalho aparece em maior número nos depoimentos dos profissionais de enfermagem em estudo de Meneghini, Paz e Lautert (2011). Além disso, o quantitativo reduzido de profissionais compromete a qualidade do cuidado e a segurança desse tipo de paciente (VAN BOGAERT et al, 2009, OLIVEIRA; SPIRI, 2011, KALISCH; TSCHANNEN; LEE, 2011).

Essa dificuldade se evidencia também quando é ressaltado que aos profissionais de nível superior é atribuída a gerência da equipe, dos recursos e das orientações aos familiares. Percebe-se, então, que o gerenciamento ocasiona sobrecarga de tarefas, tanto administrativas quanto assistenciais, sendo elementos essenciais para funcionamento do setor, e pela organização e andamento do trabalho da equipe (RODRIGUES, 2012).

Outro ponto importante citado foi a baixa autonomia, fator relacionado ao desconhecimento e a desvalorização da enfermagem, por parte dos demais profissionais da área da saúde, assim como pelas relações hierarquizadas de trabalho centradas na figura profissional do médico, o que contribui para a diminuição da visibilidade da enfermagem pelo grupo. Essa dinâmica gera sofrimento e desfragmentação das relações com a equipe

multiprofissional. Essa percepção reforça a pouca visibilidade da profissão, explicitada pela sequência progressiva de dificuldades no cotidiano de trabalho (AVILA et al, 2013). Tais constatações podem influenciar a percepção do controle sobre o trabalho, bem como a dimensão realização pessoal da SB, de forma negativa (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, TRIGO, 2010).

A insuficiência de recursos também é citada como fator estressante pelos trabalhadores, tendo em vista a falta de determinados insumos os quais deveriam ser utilizados para salvar vidas em situações de imediatismo (SANTINI et al, 2005). Pesquisas apontam fatores que geram estresse em UTI que se aproximam dos encontrados neste estudo como: o inadequado ambiente físico da unidade; situações que envolvem burocracia; e realização de atividades com o tempo mínimo disponível (MONTE et al, 2013). Observa-se, portanto, a relação entre SB e a pouca autonomia, problemas de relacionamento com as chefias e com colegas ou pacientes, e falta de cooperação da equipe (GULALP et al, 2008).

Essas carências impedem com que o trabalho seja cumprido com eficiência e eficácia. Os profissionais deixam suas atribuições legítimas para darem lugar ao imprevisto, a fim de sanar os mais diversos tipos de carências materiais e estruturais. Os elevados níveis de atenção e concentração exigidos para executar tarefas, somados à pressão da supervisão e das novas tecnologias de organização do trabalho, caracterizam a reestruturação produtiva que podem ocasionar ansiedade, fadiga crônica e distúrbios do sono, culminando em SB (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

Diante de todo o exposto, a estrutura inadequada, a falta de recursos, a baixa remuneração, a carga horária excessiva, somadas à baixa autonomia revelam a grande fragilidade institucional com relação ao profissional de enfermagem intensivista, o que contribui para sofrimento psíquico que se manifesta em TMC ou SB.

Mediante as opiniões dos trabalhadores, ao tipo de estresse aferido, ao grau de apoio social e às expressivas prevalências encontradas de distúrbios mentais, pode-se observar que há percepção de penosidade no trabalho, pois o esforço para execução do trabalho prescrito (tarefa) denota um trabalho real (atividade) executado à custa de desgaste físico e mental dos intensivistas (DEJOURS, 2003, LANCMAN; SZNELWAR, 2003). Tal dinâmica se dá pela eventual exposição à falta de recursos de enfrentamento, o desconhecimento e despreparo das instituições sobre o aspecto preventivo do estresse, e a invisibilidade da doença mental subnotificada. Nota-se, portanto, a falta de uma rede de proteção ao trabalhador e negligência aos aspectos psicossociais. Essa dinâmica contrasta com outras realidades como a da Europa, onde os riscos psicossociais são considerados como qualquer outro no ambiente laboral, e

envolvem os mesmos princípios e processos básicos aplicáveis para manejo (GLINA; ROCHA, 2010).

CONCLUSÃO

O estudo constatou que a maioria dos trabalhadores encontrava-se em AE, com baixo apoio social, e aqueles em TA apresentaram escores mais elevados nessa dimensão. A prevalência de SB foi de 55,3% e a maioria dos casos se concentraram em AE - categoria de maior risco. Quanto à suspeição de TMC, a prevalência aferida foi de 27,7%. Os fatores referidos como geradores de estresse foram: carga horária; relacionamento interpessoal profissional; relacionamento com a chefia; e déficit de quantitativo de pessoal.

A organização do trabalho em UTI favorece ao estresse considerado danoso à saúde e como consequência a ocorrência de transtornos mentais e SB, sendo problema de grande magnitude para os profissionais e suas famílias, a família dos pacientes, os usuários do serviço de saúde e as próprias instituições hospitalares. Tal dinâmica danosa envolve questões amplas como aspectos políticos setoriais, questões institucionais e econômicas.

Os trabalhadores atuantes em UTIs estão expostos a ambientes com tensão, sentimentos conflituosos e óbitos constantes. Portanto, é de extrema relevância as discussões sobre qualidade de vida no trabalho, bem como análise aprofundada dos fatores envolvidos no estresse laboral e suas possíveis consequências como o TMC e SB.

O caminho inicial é escutar quais são as necessidades do trabalhador para que sejam minimizados os agentes causadores de estresse e promoção da resiliência. A partir disso, devem ser buscadas decisões conjuntas interdisciplinares, no sentido de oferecer maior apoio social e diminuir o desgaste causado pelos fatores conhecidos no ambiente laboral como maléficis, portanto fortalecendo os princípios da saúde do trabalhador. Uma abordagem do tema de forma multidisciplinar atende aos preceitos da Renast, favorece a vigilância em saúde do trabalhador, os Cerests, e fornece subsídios para o atendimento em rede ao trabalhador.

REFERÊNCIAS

ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés en la enfermería: el cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

ALBINI, E.; ZONI, S.; PARRINELLO, G.; BENEDETTI, L.; LUCCHINI, R. An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. Ind Health, Kawasaki. v. 49, n. 1, p.15-23, 2011.

ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão resumida da job stress scale: adaptação para o português, Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 38, n. 02, p.164-171, 2004.

ARAÚJO, T. M. Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1999.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T.M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A.; BRITO, J. (Orgs). Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p.131-150.

ARAÚJO, N.R.A.; MONTE, C.L.; FREIRE, F.A.G.; SILVA, E.L; TORRES, A.L.; BEZERRA, M.M.S. Ética e humanização na unidade de terapia intensiva: relato de experiência. Rev Enferm UFPE, Recife. v. 6, n. 3, p. 685-689, 2012.

AVILA, L. I.; SILVEIRA, R.S.; LUNARDI, V.L.; FERNANDES, V.F.M.; MANCIA, J.R.; SILVEIRA, J.T. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

BARBOSA, G. B.; CORREIA, A.K.S; OLIVEIRA, L.M.M.; SANTOS, V.C.; FERREIRA, S.M.S; MARTINS JR, D.F. 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, São Paulo. v.37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BARFKNECHT et al. A construção da saúde do trabalhador em Porto Alegre: processo de integração entre saúde do trabalhador e saúde mental. In: MELO, A.R.C. (Org): Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS; 2004.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BLIESE, P.D.; CASTRO, C.A. Role clarity, work overload and organizational support: multilevel evidence of the importance of support. Work & Stress, London. v. 14, n. 1, p. 65-73, 2000.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projetos de Leis e Outras Proposições. Projeto de Lei 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>>. Acesso em: 20/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CHIMIZU, H.E.; CHIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 33, n. 1, p. 95-106, 1999.

CODO, W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; MARTINS, J.J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arq Catarin Med, Florianópolis. v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

DEBERGH, D. P.; MYNY, D.; VAN HERZEELE, I.; VAN MAELE, D.; MIRANDA, D.R.; COLARDYN, F. Measuring the nursing workload per shift in the ICU. Intensive Care Med, New York. v. 38, n. 9, p. 1438-1444, 2012.

DECKARD, G.; METERKO, M.; FIELD, D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organization relationships. Med Care, Hagerstown. v. 32, n. 7, p.745-754, 1994.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. Cienc Saúde Cole, Rio de Janeiro. v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. Aletheia, Canoas.[s/v], n. 32, p. 4-21, 2010.

EVANS, S.; HUXLEY, P.; GATELY, C.; WEBBER, M.; MEARS, A.; PAJAK, S. et al. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. Br J Psychiatry, London. v. 188, [s/n], p. 75-80, 2006.

FERRAREZE, M. V. G; FERREIRA, V; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. Acta Paul Enfermagem, São Paulo. v.19, n. 3, p. 310-315, 2006.

FERREIRA, R. C.; GRIEP, R.H.; FONSECA, MJ.M.; ROTENBERG, L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 46, n. 2, p. 259-68, 2012.

FERREIRA, M.C.; ASSMAR, E.M.L. Cultura, satisfação e saúde nas organizações. In: TAMAYO, A. (Org): Cultura e saúde nas organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychol, Washington. v. 46, n. 4, p. 839-852, 1984.

FONSECA, R.M.C.; CARLOTTO, M.S. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. Psicol Pesq, Juiz de Fora. v. 5, n. 2, p. 117-125, 2011.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D.C.; COSTA, T.L.; GOMES, A.M.T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.

FRANCO, T.; DRUCK, G; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo. v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

GIL-MONTE, P.R. Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) em profesionales de enfermería. Psicol Estud, Maringá. v. 7, n. 1, p. 3-10, 2002.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L.; MENDONÇA, M.G.V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GLINA, D.M.R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Org.). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 3-32.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L.E. Prevenção do estresse no trabalho. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 113-135.

GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L.; LANDSBERGIS, P.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 45, n. 1, p.145-52, 2011.

GULALP, B.; KAECIOGLU, O.; SARI, A.; KOSEOGLU, Z. Burnout: need help? J Occup Med Toxicol, London. v. 3, p. 32, 2008.

HILLHOUSE, J.J.; ADLER, C.M. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. Soc Sci Med, Oxford. v. 45, n. 12, p. 1781-1788, 1997.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. Acta Paul Enferm, São Paulo. v. 23, n.3, 379-384, 2012.

JARDIM, S.R.; RAMOS, A.; GLINA, D.M.R. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 49-80.

KALISCH, B.J.; TSCHANNEN, D.; LEE, K.H. Do staffing levels predict missed nursing care? Int J Qual Health Care, Oxford. v. 23, n. 23, p. 302-308, 2011.

KANAI-PAK, M.; AIKEN, L.; SLOANE, D.M.; POGHOSYAN, L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. J Clin Nurs, Oxford. v. 17, n. 24, p. 3324-3329, 2008.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q, Ithaca. v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R.A.; THEORELL T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KELLEY, M.A.; ANGUS, D. CHALFIN, D.B.; CRANDALL E.D.; INGBAR, D.; JOHANSON, W. et al. The critical care crisis in the United States: a report from the profession. Chest, Northbrook. v. 125, n. 4, p. 1514-1517, 2004.

KIRCHHOF, A.L.C.; MAGNANO, T.S.B.S.; CAMPOGNARA, S.; GRIEP, R.H.; TAVARES, J.P.; PRESTES, F.C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

KOGIEN, M.; CEDARO, J.J. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 22, n. 1, p. 51-58, 2014.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

LANDRUM, B.; KNIGHT, D.K.; FLYNN, P.M. The impact of organizational stress and burnout on client engagement. J Subst Abuse Treat, New York. v. 42, n. 2, p. 222-230, 2012.

LIU, K.; YOU, L.M.; CHEN, S.X.; HAO, Y.T. ZHU, X.W.; ZHANG, L.F. et al. The relationship between hospital work environment and nurse out comes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. J Clin Nurs, Oxford. v. 21, n. 9-10, p. 1476-1485, 2012.

MARI, J.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, London. v.118, p. 23-26, 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav, Chichester. v. 2, [s/n], p. 99-113, 1981.

McEWEN, B.S.; LASLEY, E.N. Allostatic load: when protection gives way to damage. In: MONAT, A.; LAZARUS, R. S.; REEVY, G. (Orgs). The praeger handbook on stress and coping. London: Praeger, 2007, p. 99-111.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 22, n. 4, p. 311-326, 1988.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores emocionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011.

MONTE, P. F.; LIMA, F.E.T.; NEVES, F.M.O.; STUDART, R.M.B.; DANTAS, R.T. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo. v. 26, n. 5, p. 421-427, 2013.

MOREIRA, D.S.M.; MAGNANO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro. v. 25, n. 7, p. 1559-68, 2009.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; BARROS, D.S.; TIRONI, M.O.S.; MARQUES FILHO, E.S. Médicos de UTI: prevalência da síndrome de burnout, características sócio-demográficas e condições de trabalho. Rev Bras Educ Med, Rio de Janeiro. v.34, n. 1, p. 106-115, 2010.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO/OIT). Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2012.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo. v. 24, n. 4, p. 550-555, 2011.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm, Ribeirão Preto. v. 21, n. 3, p. 765-772, 2013.

BENEVIDES PEREIRA, A.M.T. (Org) Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, T.M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Rev Enfem UERJ, Rio de Janeiro. v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PITTA, A. Hospital, dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

POGHOSYAN, L.; CLARKE, S.P.; FINLAYSON, M.; AIKEN, L. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. Res Nurs Health, New York. v. 33, n. 4, p. 288-298, 2010.

RAMIREZ, A.J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.A.; CULL, A.; GREGORY, W.M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet, London. v. 347, n. 9003, p. 724-728, 1996.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. Psicol Cienc Prof, Brasília. v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

REVICKI, D.A.; MAY, H.; WHETHLEY, W. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. Behav Med, Washington. v. 17, n. 3, p. 11-16, 1991.

RIVERA, J.L.G. Factores de estrés y enfermedad médica. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines, Madrid. v. 19, p. 290-297, 1991.

RODRIGUES, T.D.F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. Rev Min Enferm, Belo Horizonte. v. 16, n. 3, p. 454-462, 2012.

SANTINI, A.M.; COSTENARO, R.G.S; MEDEIROS, H.M.F; ZABERLAN, C. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. Cogitare Enferm, Curitiba. n. 10, v. 3, p. 14-22, 2005.

SANTOS, F.D.; CUNHA, M.H.F; ROBAZZI, M.L.C.C.; PEDRÃO, L.J.; SILVA, L.A. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão de literatura. SMAD, São Paulo. v. 6, n. 1, p.1-16, 2010.

SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 46, n. 5, p. 1074-1081, 2012.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 87-105.

SAYERS, J. The World Health Report, 2001- Mental Health: new understandings, new hope. Bull World Health Organ, Geneva. v. 79, n. 11, p. 1085, 2001.

SCHMIDT, D.R.C.; PALADINI, M.; BIATO, C.; PAIS, J.D.; OLIVEIRA, A.R. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília. v. 66, n. 1, p. 13-17, 2013.

SELYE, H. History and present status of the stress concept. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (Eds). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press, 1982, p. 7-17.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. J Occup Health Psychol, Washington. v. 1, n.1, p. 27-41, 1996.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Rev Eletr Enf, Goiânia. v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, J.L.L.; NÓBREGA, A.C.R; BRITO, F.G.F.; GONÇALVES, R.C.; AVANCI, B.S. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. Rev Enferm UFPE, Recife. v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010.

SILVA, J.L.L. ; LIMA, F.B. ; MACHADO, E.A. ; COSTA, F.S. ; GOMES, R.A. A relação entre estresse e a resiliência do profissional de enfermagem. Rev Pesq Cuid Fundam, Rio de Janeiro. v. 3, n. 1, p. 1667-75, 2011.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; PORTO, I.S.; JACINTHO, T.D.E.; OLIVEIRA, S.; VIEIRA, C. Humanização em terapia intensiva: analisando a idéia de desumanização na perspectiva ético-legal do cuidado de enfermagem. Rev Enferm UFPE, Recife. v. 3, n. 2, p. 638-646, 2009.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SOUZA, W.C.; SILVA, A.M.M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. Estud Psicol, Campinas. v. 19, n. 1, p. 37-48, 2002.

SUNDIN, L.; HOCHWÄLDER, J.; BILDT, C.; LISSPERS, J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud, Oxford. v. 44, n. 5, p. 758-769, 2007.

TAMAYO, M.R. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação [Mestrado em Psicologia Sociale do Trabalho]. Brasília: Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília; 1997.

TAMAYO, M.R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. Psicol Reflex Crit, Porto Alegre. v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Construção e validação fatorial da escala de caracterização de burnout. Estud Psicol, Natal. v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L.; KAWACHI, I. (Eds). Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000, p. 95-118.

THEORELL, T.; PERSKI, A.; AKERSTEDT, T; SIGALA, F.; AHLBERG-HULTÉN, G.; SVENSSON, J. et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state: a longitudinal study. Scand J Work Environ Health, Helsinki. v. 14, n. 3, p. 189-196, 1988.

TIRONI, M.O.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; BARROS, D.S.; REIS, E.F.J.B; MARQUES FILHO, E.S. ALMEIDA, A. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Rev Assoc Med Bras, São Paulo. v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TRIGO, T.R. Síndrome de burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 150-175.

URBANETTO, J.S.; MAGALHÃES, M.C.M.; MACIEL, V.O.; SANT'ANNA, V.M.; GUSTAVO, A.S.; POLI-DE-FIGUEIREDO, C.E. et al. Estresse no trabalho segundo o

modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 47, n. 3, p.1186-93, 2011.

VAN BOGAERT, P.; MEULEMANS, H.; CLARKE, S.; VERMEYEN, K.; VAN DE HEUNING, P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. J Adv Nurs, Oxford. v. 65, n. 10, p. 2175-2185, 2009.

VAN DER DOEF, M.; MAES, S. The job demand-control (support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. Work & Stress, London. v. 13, n. 2, p.87-114, 1999.

VERSA, G.L.G.S.; MURASSAKI, A.C.Y; INOUE, K.C.; MELO, W.A.; FALLER, J.W.; MATSUDA, L.M. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. v. 33, n. 2, p.78-85, 2012.

ZANELLI, J.C. Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2010.

ZANELLI, J.C.; BASTOS, A.V.B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. In: ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E.; BASTOS, A.V.B. (Eds). Psicologia, organizações e trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 466-491.



Artigo 3: Aspectos psicossociais e prevalência de burnout entre trabalhadores de enfermagem de UTI

Submetido à revista com Qualis B2 em Saúde Coletiva, em 2014.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PREVALÊNCIA DE BURNOUT ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UTI

RESUMO

O presente estudo visou analisar a prevalência da SB entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, associando a fatores sócio-demográficos e aspectos psicossociais. Estudo descritivo seccional foi realizado com 130 profissionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que desempenhavam suas atividades em unidade de terapia intensiva e coronariana de dois hospitais de grande porte no Rio de Janeiro. Os dados foram coletados no período de 2011, por meio de questionário autoaplicado. Foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* para a aferição das dimensões de burnout e o *Self Report Questionnaire* para avaliação de transtornos mentais comuns. A prevalência de SB foi de 55,3% (72). Quanto aos quadrantes do modelo demanda-controle: baixa exigência apresentou 64,5% (20) de casos prevalentes suspeitos e alta exigência 72,5% (29) de casos ($p=0,006$). Foi constatada a prevalência de 27,7% (36) de casos suspeitos para TMC, destes 80,6% (29) associados à SB ($<0,0001$). Após análise multivariada com modelo ajustado para sexo, idade, escolaridade, carga horária semanal, renda, e pensamento no trabalho durante as folgas foi constatado caráter protetor para SB nas dimensões intermediárias de estresse: trabalho ativo OR = 0,26 (IC_{95%}=0,09-0,69) e trabalho passivo OR = 0,22 (IC_{95%}=0,07-0,63). Os resultados despertam a necessidade de estudos para intervenção e posterior prevenção da SB.

Descritores: estresse; unidade de terapia intensiva; síndrome de burnout; equipe de enfermagem; saúde do trabalhador.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS AND BURNOUT PREVALENCE AMONG ICU NURSING WORKERS

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of burnout syndrome among intensive care nursing staff, associating the socio demographic factors and psychosocial aspects. A descriptive study with 130 professionals, nurses and nursing assistants who performed their activities in intensive care unit and coronary care of two large hospitals in Rio de Janeiro. Data were collected in the period 2010-2011, through self-administered questionnaire. The Maslach Burnout Inventory was used to measure the dimensions of burnout and the Self Report Questionnaire for assessment of common mental disorders. The prevalence of BS was 55.3% (72). As for quadrants of the demand-control model low demand showed 64.5% (20) of prevalent cases and suspects high demand 72.5% (29) cases ($p = 0.006$). Prevalence of 27.7% (36) suspected cases for MCD, 80.6% of these (29) associated with BS (<0.0001) was observed. Multivariate analysis revealed protective character to BS in the intermediate dimensions of stress: active work OR = 0.26 (95% CI = 0.09 to 0.69) and passive job OR = 0.22 (95% CI = 0.07- 0.63), with model adjusted for sex, age, education, weekly working hours, income, and thinking at work during the clearances. The results arouse the need for intervention studies and subsequent prevention of burnout.

Key words: stress; intensive care unit; burnout syndrome; nursing team; occupational health.

INTRODUÇÃO

O trabalho é atividade fundamental ao homem, compreendida não somente como forma de subsistência, mas também como a gênese de realização e prazer. Trabalhar é o incentivo que o homem possui para que evite perder o desejo de permanecer produzindo, é a oportunidade na atividade desenvolvida para construir-se como sujeito psicológico e está relacionado intrinsecamente ao status social (AUGUSTO, 2009, OLIVEIRA; LISBOA, 2009). Ocupa grande parte do cotidiano, como também é considerado o meio utilizado para desenvolver-se individual e coletivamente, fator essencial para o equilíbrio e crescimento, favorecendo a manutenção da saúde (MARTINS; ROBAZZI, 2009). Estudos apontam o trabalho como o ponto-chave do prazer e do sofrimento; porém, o prazer, é pouco percebido na concepção dos trabalhadores, abrindo espaço para a maior exposição ao surgimento do sofrimento associado ao cansaço físico, psíquico e cognitivo, tensões, angústias e estresse (MARTINS; ROBAZZI, 2009, DEJOURS, 1992).

O fenômeno estresse é problema atual, sendo objeto de pesquisa multiprofissional em diversas áreas, pois apresenta riscos para o equilíbrio da saúde do ser humano. A preocupação com a saúde dos trabalhadores se intensifica, à medida que os danos causados possam ser evitados (VERSA et al, 2012, KLEINUBING et al, 2013, THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013).

Autores conceituam estresse como o estado em que ocorre desgaste do corpo humano e/ou diminuição da capacidade para o trabalho, o que é causado basicamente pela incapacidade do indivíduo de tolerar, superar ou adaptar-se às exigências de natureza psíquica existentes, em seu ambiente de vida. Geralmente, está relacionado com o estilo de vida (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006, GUERRER; BIANCHI, 2008). O estresse relacionado ao trabalho, também conhecido como estresse profissional ou ocupacional é definido pelo *National Institute of Occupational Safety and Health* como consequência do desequilíbrio entre as exigências do trabalho e capacidades ou necessidades do trabalhador; ou, então o fenômeno relacionado ao labor é considerado padrão de reação emocional a componentes deletérios e adversos do conteúdo do trabalho, seja de forma cognitiva, comportamental ou fisiológica (RODRIGUES; FERREIRA, 2011, KLEINUBING et al, 2013, RISSARDO; GASPARINO, 2013). Os principais fatores que desencadeiam o estresse no ambiente laboral estão relacionados a aspectos da organização, administração, sistema de trabalho e das relações interpessoais (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Na década de 1970, os pesquisadores Robert Karasek e Töres Theorell foram pioneiros a procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões à saúde. Para tanto, apresentaram modelo teórico bidimensional que relaciona as dimensões psicossociais: demanda e controle no trabalho ao risco de adoecimento físico e psíquico. Entendem-se como demanda pressão de natureza psicológica, seja quantitativa, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, seja qualitativa, como os conflitos entre ações contraditórias. O termo controle refere-se à tarefa, ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para cumpri-las, e à oportunidade de participar das decisões para realizá-las, no local de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), quando o trabalho se adapta às condições do trabalhador há favorecimento de sua saúde física e mental, desde que os riscos sejam mantidos sob controle. O impacto das grandes tensões laborais à saúde do trabalhador torna-se relevante, mediante as políticas da área que reconhecem o estresse como doença do trabalho, ressaltando que pode vir a se tornar grave problema de saúde pública (OIT/ILO, 2012). Nos últimos anos, a relação entre estresse no trabalho e saúde mental dos trabalhadores têm sido assunto de estudos, devido aos números alarmantes de incapacidade temporária para o trabalho, absenteísmo, aposentadorias precoces e outros riscos à saúde associados à atividade profissional, em qualquer área de atuação (FERRARI; FRANÇA; MAGALHÃES, 2012, AYALA; CARNERO, 2013, KLEINUBING et al, 2013). Síndrome de burnout (SB), depressão, ideias de suicídio, baixa qualidade de vida e insatisfação profissional tem sido divulgadas, entre grupos de trabalhadores da área médica, incluindo suas especialidades (WEST et al, 2013, JOFRE; VALENZUELA, 2005).

A SB foi inicialmente descrita em 1974 por Freudenberger (FREUDENBERGER, 1974, RAFTOPOULOS; CHARALAMBOUS; TALIAS, 2012). O termo burnout é composição de *burn* = queima e *out* = exterior, sugerindo assim que a pessoa com esse tipo de estresse apresenta problemas físicos e emocionais (SANTINI et al, 2005). O termo surgiu como metáfora para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associando à perda de motivação e o alto grau de insatisfação, decorrentes da exaustão (SOBRINHO et al, 2010). A síndrome é definida como fenômeno psicológico considerado entidade patológica decorrente de tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve relacionamentos, atenção intensa e frequente a pessoas que necessitam de assistência e cuidados. Apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A exaustão emocional (EE) é caracterizada pelo desgaste ou perda dos recursos emocionais e de energia que conduzem a falta de entusiasmo, frustração, tensão e a fadiga, podendo manifestar-se física ou psicológica, e até mesmo de forma combinada (SCHMIDT et al, 2013). A despersonalização (DP) é marcada pelo desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas no trabalho, é considerada como característica exclusiva da SB (MOREIRA et al, 2009, GRUNFELD et al, 2000). Dessa forma, a DE seria a dimensão desencadeadora do processo (GOLEMBIEWSKI; MUNZENRIDER; CARTER, 1983). Ocorre quando o trabalhador adota atitudes negativas especialmente com os beneficiários de seu próprio trabalho, é acompanhada por ansiedade, irritabilidade, insensibilidade e falta de motivação. Por fim, a falta de realização pessoal (RP) no trabalho é evidenciada e representativa em estudos, na qual há tendência negativa à autoavaliação profissional típica de depressão, aumento da irritabilidade, baixa produtividade, deficiência de relacionamento profissional, perda da motivação tornando-se infeliz e insatisfeito, o que origina sentimentos de inadequação e fracasso (ALBALADEJO et al, 2004, MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011, GALINDO et al, 2012). Fica demonstrado que pessoas que sofrem de SB tendem a acreditar que seus objetivos não foram atingidos e vivenciam sensação de insuficiência e baixa realização pessoal (SOBRINHO et al, 2010).

Estudos realizados na América do Norte, Europa e Peru indicam que a SB constitui grande problema psicossocial na atualidade, o que desperta interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional, e por entidades governamentais, empresariais e sindicais, devido às suas consequências individuais e coletivas (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, AYALA; CARNERO, 2013).

A atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, altos níveis de tensão e riscos. Inclui problemas de relacionamento interpessoal e preocupações com demandas institucionais. Devido às próprias características do trabalho, a equipe de enfermagem e médica são mais suscetíveis ao estresse ocupacional, em decorrência da grande responsabilidade pela vida, e a proximidade com os pacientes para os quais o sofrimento é quase inevitável (FOGAÇA et al, 2008, MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

A unidade de terapia intensiva (UTI), apesar de ser o local ideal para tratamento de pacientes graves agudos recuperáveis, também se mostra como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital, no qual vida e morte se convergem, compondo cenário desgastante e frustrante. Esses fatores agressivos atingem os pacientes e equipe multiprofissional (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006, SANTOS et al,

2010, RODRIGUES; FERREIRA, 2011). A morte é fato inerente aos hospitais e exige rigoroso controle emocional dos profissionais com seus pacientes e familiares. A literatura dá ênfase ao efeito do estresse no trabalho entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem de setores críticos, devido à sobrecarga física e mental (FOGAÇA et al, 2008, TIRONI et al, 2009, LONGHI; TOMAZ, 2010, SANTOS et al, 2010).

Diante do exposto, é sustentada a necessidade de que determinado problema de saúde, causado pelo estresse excessivo, pode conduzir a consequências que influenciam diretamente a vida pessoal e profissional, como a SB. Essa dinâmica desperta a necessidade de estudo da temática para estabelecer meios de intervenção e posterior prevenção. A síndrome pode predispor enfermeiros a piores condições de saúde, favorecendo ao círculo vicioso, o que pode conduzir à má-qualidade do atendimento ao paciente, e aumento dos custos organizacionais (AYALA; CARNERO, 2013).

OBJETIVO

Analisar a prevalência da SB entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, associando a fatores sócio-demográficos e aspectos psicossociais.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa descritiva do tipo seccional, onde a coleta de dados ocorreu no ano de 2011. Participaram 130 trabalhadores: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da unidade de terapia intensiva e unidade coronariana (UCO) de dois grandes hospitais federais localizados na área metropolitana da cidade do Rio de Janeiro - universitário (A) e geral (B).

Foi utilizada a escala adaptada e validada para o português, baseada na versão resumida da *Job Stress Scale* (JSS), originalmente elaborada em inglês. A versão reduzida foi criada por Töres Theorell, pesquisador sueco, em 1988. Essa versão possui dezessete questões, cinco para avaliar a demanda psicológica no trabalho, seis para avaliar o grau de controle no trabalho e seis para o apoio social, com opções de resposta tipo Likert (1-4), variando de frequentemente até nunca/quase nunca (THEORELL et al, 1988, ALVES et al, 2004).

O *JSS* identifica aspectos das situações de trabalho: a demanda psicológica refere-se ao controle do tempo para a realização das tarefas e conflitos existentes nas tomadas de decisões; o controle diz respeito à habilidade ou destreza para realização das tarefas e à oportunidade de participar das decisões. O instrumento permite a construção de quadrantes

oriundos das combinações das dimensões, a saber: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle); alta exigência (alta demanda e baixo controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); e trabalho ativo (alta demanda e alto controle). Para a construção das dimensões dos quadrantes pelas combinações de demanda e controle procedeu-se ao somatório dos escores e dicotomização de grau alto e baixo, de acordo com a mediana como ponto de corte (KARASEK; THEORELL, 1990, ALVES et al, 2004). Para a dimensão apoio social foi realizado procedimento similar adotando-se a mediana como ponto de corte.

O TMC foi mensurado de acordo com a versão reduzida do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O instrumento foi desenvolvido por Harding e cols., em 1980. A versão reduzida do SRQ possui 20 questões e foi validada pela Organização Mundial de Saúde em 1983. Estudo inicial envolvendo TMC no Brasil foi realizado em 1986 por Mari e Williams, em três unidades de saúde na cidade de São Paulo (MARI; WILLIAMS, 1986). O SRQ foi validado por Mari e Williams (1986) e Ludermir e Lewis (2003) com sensibilidade e especificidade em torno de 80%. Na validação do instrumento, foi recomendado o ponto de corte de cinco respostas positivas para homens e sete para mulheres. No presente estudo, foi adotado o ponto de corte sete para suspeição de TMC, baseado em pesquisas anteriores tendo como populações de estudo profissionais da enfermagem (ARAÚJO et al, 2003, SILVA, 2008, SILVA et al, 2010).

A SB foi mensurada, com a aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para avaliar a SB, instrumento composto por 22 questões (MASLACH; JACKSON, 1981). O MBI é formado por escala de frequência com cinco pontos: um (nunca); dois (raramente); três (algumas vezes); quatro (frequentemente) até cinco (sempre). Itens os quais avaliam três dimensões: exaustão emocional EE (9 afirmativas); despersonalização DE (5 afirmativas); e realização pessoal RP (8 afirmativas) em sua versão adaptada e validada para o português com equipe de profissionais de enfermagem (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009, TAMAYO, 2009).

A pontuação foi obtida através da soma dos valores em cada subescala. Foram utilizados pontos de corte, no qual os autores consideram que, na subescala EE, pontuação igual ou maior que 27 é indicativa de nível alto de exaustão, o intervalo de 19 a 26 corresponde a valores médios, e valores menores que 19 indicam nível baixo. Na subescala DP, pontuação igual ou superior a 10 considera-se nível alto, entre 6 e 9 nível moderado, e menor que 6 nível baixo de DP. A subescala RP apresenta medida inversa, nível alto corresponde a valores menores iguais 33, nível médio entre 34 a 39, e nível baixo com valores

acima de 40 (AACH; COONEY; GIRARD, 1988, MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996, GRUNFELD et al, 2000, MOREIRA et al, 2009, ASAIAG et al, 2010). Inicialmente, foram utilizados 4 critérios para diagnóstico de suspeição de SB, devido à ausência de consenso na literatura científica: 1 o grau elevado nas dimensões EE e DE, e baixo em RP (RAMIREZ et al, 1996); 2 apenas uma das dimensões em desequilíbrio (GRUNFELD et al, 2000); 3 pelo critério de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983) que consideram apenas a DE como preditora a síndrome; e, 4 foi explorada a possibilidade de avaliação pelos tercís encontrados em cada dimensão de forma combinada – EE alta; RP baixa e DE alta (tercís 3, 1 e 3 respectivamente).

A variável dependente SB apresentou distribuição normal e foram testadas através da regressão logística múltipla. Na análise de regressão foi utilizado o método *stepwise forward selection*, para a modelagem estatística. As variáveis independentes de interesse foram TMC e apoio social. As variáveis: sexo; faixa etária; escolaridade; renda; carga horária; e pensamento no trabalho nas folgas foram consideradas variáveis de controle. A variável permaneceu no modelo sempre que fosse estatisticamente significativa. Em todas as análises, foi estimado o nível de significância $\alpha = 5\%$. Para inserção no modelo, foram consideradas categorias de referência: exposição de baixa exigência; sexo masculino; idade inferior à média; renda inferior a média; “não pensar no trabalho nas folgas”; e apoio social acima da média.

A análise estatística descritiva contou com medidas de tendência central, de dispersão e análise de frequência. Realizou-se a pontuação de cada subescala, de acordo com os padrões supracitados, acrescidos de desvio-padrão e *alpha de cronbach*. Após isso, foram realizadas comparações entre o grupo estudado e demais grupos profissionais descritos na literatura. Para análise estatística, foi utilizado o critério de Grunfeld e cols. (2000) – uma das dimensões em desequilíbrio. Para análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences*® 21.

A pesquisa teve início após aprovação do comitê de ética das instituições, atendendo aos preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS

O grupo estudado foi composto por 130 profissionais de enfermagem, de dois hospitais federais de grande porte. Entre o grupo 58 se declararam pardos, indígenas ou

amarelos, classificados como mestiços (44,6%); estavam divididos igualmente em relação ao sexo, 65 homens e 65 mulheres (50%); a média de idade encontrada foi de 35 anos (d.p. = 8,6), com 68 sujeitos acima (52,3%); no quesito escolaridade, 81 cursaram até o ensino médio (62,3%); quanto ao estado civil, 54,6% viviam com companheiro; 68 não possuíam filhos (52,3%); a renda média *per capita* foi de 7 salários mínimos, com 53,8% abaixo dessa faixa.

O grupo estudado estava distribuído em 80 (61,5%) trabalhadores no hospital A e 50 (38,5%) no hospital B; quanto à categoria profissional, 37 eram (28,5%) enfermeiros, 62 (47,7%) técnicos e 31 (23,8%) auxiliares de enfermagem; 78 (60,0%) desempenhavam suas atividades na UTI e 52 (40,0%) na UCO; a maioria possuía um vínculo empregatício (60,8%), faziam parte do quadro permanente da instituição (71,5%) e (55,4%) trabalhavam em turno misto (profissionais que trabalhavam em turnos, variando entre noturno e diurno sem horário fixo); a média de tempo no setor foi de 5 anos (d.p.= 5,5), com 92 (70,8%) profissionais abaixo dessa média; quanto ao tempo na profissão, a média foi de 12 anos (d.p.= 8,4), com 70 (53,8%) funcionários com tempo inferior a essa faixa; a carga horária semanal média encontrada foi de 51 horas (d.p.= 19,3), e os sujeitos ficaram divididos igualmente acima e abaixo dessa média.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

A maioria dos trabalhadores (106 =81,5%) referiu não pensar no trabalho durante as folgas. Sobre o estresse auto-referido, 93 profissionais (71,5%) relataram estrato médio estresse. A dimensão demanda apresentou mediana de 10 pontos (d.p.=2,28), e apresentou no estrato inferior 71 (54,6%) profissionais. A dimensão controle com mediana de 12 pontos (d.p.=1,92) apresentou 72 indivíduos acima da mediana (55,4%). O suporte social com mediana 11 pontos (d.p.=3,52) concentrou 69 profissionais (53,1%) abaixo dessa medida.

Quanto aos quadrantes do modelo demanda-controle: 40 trabalhadores (23,8%) encontravam-se em alta exigência; 32 em trabalho ativo (24,6%); 27 em trabalho passivo (20,8%), e 31 em baixa exigência (30,8%). Quanto aos TMC, o grupo apresentou 27,7% o que correspondeu a 36 trabalhadores.

DESCRIÇÃO DOS ESCORES DA SB

Neste estudo, evidenciaram-se os seguintes valores médios para cada dimensão: EE 24,5 pontos; DE 9,0; e RP 30,3 pontos. Os escores encontrados para o EE e DE ficaram entre os valores médios padronizados, enquanto a dimensão RP revelou pontuação inferior à média padrão, devido à contagem de escore reverso, considera-se este resultado como alta RP.

Tabela 1: Padrão de pontuação dos escores da SB pelo MBI, entre trabalhadores de UTIs, de hospitais federais da região metropolitana do Rio de Janeiro, 2014.

Dimensões Investigadas	Número de questões	Nível			Média encontrada	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
		Padrão Alto-médio-baixo					
Esgotamento emocional	9	≥27	19-26	≤19	24,5	9,3	0,992
Despersonalização	8	≥10	06-09	≤06	09,0	3,4	0,649
Realização pessoal	5	≤33	34-39	≥40	30,3	6,9	0,828

O resultado do MBI expõe a população com EE alto com 49 indivíduos nesse estrato (37,7%), com média de 24,5 pontos (d.p.=9,3). A dimensão DE apresentou dois estratos próximos: o médio, com 50 profissionais (38,5%); e o alto, o qual apresentou 49 trabalhadores (37,7%). A realização pessoal mostrou-se alta representada por 79 indivíduos (60,8%), e média de 30,3 pontos (d.p.=3,4).

Tabela 2: Resultados do *Maslach Burnout Inventory*, aplicado a trabalhadores de enfermagem intensivistas, de hospitais federais RJ, 2014, N=120.

DIMENSÕES SINDROME DE BURNOUT	N	%
Esgotamento emocional		Média 24,5 = 9,3
Baixo	44	33,8
Médio	37	28,5
Alto	49	37,7
Médio e alto	86	66,2
Despersonalização		Média 09,0 = 3,4
Baixo	31	23,8
Médio	50	38,5
Alto	49	37,7
Médio e alto	99	76,2
Realização pessoal		Média 30,3 = 6,9
Baixo	06	04,6
Médio	45	34,6
Alto	79	60,8
Baixo e médio	51	39,2
Crítérios de mensuração		
Grunfeld e cols. (2000)	72	55,3
Golembiewski, Munzenrider, Carter (1983)	49	37,7
Ramirez e cols. (1996)	00	00,0
Pelos tercís das dimensões*	14	10,7

Legenda: N= total no estrato. % = frequência relativa.

* = Distribuição nos tercís de cada dimensão de forma combinada: EE alta; RP baixa e DE alta (tercís 3, 1 e 3 respectivamente).

Grunfeld e cols. = EE em nível alto ou DE em nível alto ou RP em nível baixo.

Golembiewski, Munzenrider; Carter = DE em nível alto (considera-se o primeiro estágio)

Ramirez e cols. = EE nível alto + DE em nível alto + RP em nível baixo.

A prevalência de SB foi observada, segundo critérios de Grunfeld e cols. (2000) com 72 casos de profissionais, considerando uma das dimensões em risco (55,3%). Pelos critérios de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), foram constatados 49 casos (37,7). Neste estudo, através da soma dos escores de cada dimensão e observação dos tercís, foi possível

construir combinações altas, médias e baixas, segundo essas condições, e foram constatados 14 casos (10,7%), os quais atendiam a esses critérios. Não foram observados casos, segundo a mensuração de Ramirez e cols. (1996).

ANÁLISE DA SUSPEIÇÃO DA SB E VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, LABORAIS E PSICOSSOCIAIS

Quanto à prevalência da SB, de acordo com variáveis sócio-demográficas e laborais não foram encontradas associações significativas.

Tabela 3: Prevalência da SB de acordo com variáveis sócio-demográficas e laborais entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, hospitais federais- RJ, 2014, N=130.

VARIÁVEIS	N	n	%	Valor de <i>p</i>
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
Raça/cor				0,218
Branca	34	17	50,0	
Mestiça	58	37	63,8	
Negra	38	18	47,4	
Sexo				0,724
Feminino	65	35	53,8	
Masculino	65	37	56,9	
Idade por faixa etária			d.p.= 8,6	0,557
Até 35 anos	62	36	58,1	
35 anos ou mais	98	36	36,7	
Escolaridade				0,297
Ensino médio	81	42	51,9	
Ensino superior ou mais	49	30	61,2	
Situação conjugal				0,097
Com companheiro (a)	71	44	62,0	
Sem companheiro (a)	59	28	47,5	
Presença de filhos				0,636
Possui filhos	62	33	53,2	
Não possui filhos	68	39	57,4	
Faixa de renda <i>per capita</i> familiar				0,182
Até 7 SM	70	35	50,0	
Acima de 7 SM	60	37	61,7	
VARIÁVEIS LABORAIS				
Hospital				0,911
Hospital A (universitário)	80	44	55,0	
Hospital B (geral)	50	28	56,0	
Categoria profissional				0,980
Enfermeiro	37	21	56,8	
Téc. de enfermagem	62	34	54,8	
Aux. de enfermagem	31	17	54,8	
Número de empregos				0,785
1 vínculo	79	43	54,4	
2 ou mais vínculos	51	29	56,9	
Turno de trabalho				0,771
Diurno	51	28	54,9	
Noturno	07	03	42,9	
Misto	72	41	56,9	
Carga horária semanal				0,290
Até 51 h	65	33	50,8	
51h ou mais	65	39	60,0	

VARIÁVEIS	N	n	%	Valor de <i>p</i>
Setores				0,666
CTI	78	42	53,8	
UCO	52	30	57,7	
Tempo no setor				0,685
Até 5 anos	92	52	56,5	
5 anos ou mais	38	20	52,6	
Tempo na profissão				0,663
Até 12 anos	70	40	57,1	
12 anos ou mais	60	32	53,3	
Tipo de vínculo				0,843
Temporário	37	21	56,8	
Permanente	93	51	54,8	

Legenda: N= total no estrato. n = número de trabalhadores suspeitos. % = prevalência. SM = salário mínimo vigente na época

Entre as variáveis psicossociais de trabalhadores da equipe de enfermagem de UTIs foram encontradas prevalências mais elevadas entre aqueles que pensam no trabalho, durante a folga 79,2% – 19 casos ($p= 0,009$), entre os que referiram estresse alto 73,1% – 19 casos ($p= 0,039$), entre aqueles em alta exigência 72,5 % – 29 casos, em baixa exigência 64,5% – 20 casos ($p=0,006$), aqueles com valores baixos de demanda 69% – 49 casos ($p=0,001$), e entre os suspeitos de TMC 80,6% – 29 ocorrências ($p<0,0001$).

Tabela 4: Prevalência da síndrome de burnout, segundo variáveis psicossociais entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, hospitais federais da RJ, 2014, N=130.

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS	N	n	%	Valor de <i>p</i>
Pensamento no trabalho nas folgas				0,009
Sim	024	19	79,2	
Não	106	53	50,0	
Estresse auto-referido				0,039
Sem estresse	11	08	72,7	
Médio estresse	93	45	48,4	
Alto estresse	26	19	73,1	
Número de empregos				0,785
1 vínculo	79	43	54,4	
2 ou mais vínculos	51	29	56,9	
Quadrantes de Karasek				0,006
Alta exigência	40	29	72,5	
Trabalho ativo	32	13	40,6	
Trabalho passivo	27	10	37,0	
Baixa exigência	31	20	64,5	
Suporte social				0,065
Até a mediana 11	69	33	47,8	
Acima da mediana	61	39	63,9	
Demanda				0,001
Até a mediana 10	71	49	69,0	
Acima da mediana	59	23	39,0	
Controle				0,451
Até mediana 12	58	30	51,7	
Acima da mediana	72	42	58,3	
TMC				<0,0001
Suspeito	36	29	80,6	
Não suspeito	94	43	45,7	

Legenda: N= total no estrato. n = número de trabalhadores suspeitos. % = prevalência.

Vários modelos multivariados foram analisados, e por fim controlados pela variável que se mostrou associada à exposição e desfecho "pensamento do no trabalho durante as folgas". Os modelos foram testados inserindo-se as variáveis de interesse: apoio social e TMC. Houve instabilidade no modelo estudado, após a inserção da variável TMC. Com a inserção de apoio social somado ao TMC foram observados intervalos de confiança válidos, além da variável de confundimento foram inseridas: sexo; faixa etária; escolaridade; carga horária semanal; e renda, as quais entraram no modelo final ajustado, constituindo o modelo final para análise.

Foi constatado que os trabalhadores no estrato trabalho ativo (OR=0,27 – IC_{95%}=0,09-0,81) e passivo (OR=0,29 – IC_{95%}= 0,09-0,87) apresentam proteção no modelo 3 com ajuste pelo apoio social, o que revela menores chances para burnout entre os profissionais nessas categorias intermediárias de estresse. A proteção deixa de existir no modelo 2 com a inserção de TMC, embora se mantivesse para trabalho ativo com a inserção concomitante de apoio social e TMC ao modelo 4. No modelo ajustado, no qual foram consideradas variáveis de confundimento, mantiveram-se os estratos intermediários como protetores para a síndrome na faixa de 72 a 78% com significância estatística.

Tabela 5: Análise de regressão logística incluindo os suspeitos para SB de trabalhadores de enfermagem intensivistas, hospitais federais da RJ, 2014, n= 72.

MODELO	QUADRANTES	OR	IC 95%	P
Modelo 1 Não ajustado	Alta exigência	1,45	0,52-3,98	0,472
	Trabalho ativo	0,37	0,13-1,04	0,060
	Trabalho passivo	0,32	0,11-0,94	0,039
	Baixa exigência	1	-	0,008
Modelo 2 + TMC	Alta exigência	1,29	0,45-3,69	0,635
	Trabalho ativo	0,38	0,13-1,10	0,076
	Trabalho passivo	0,36	0,12-1,10	0,074
	Baixa exigência	1	-	0,035
Modelo 3 + Apoio	Alta exigência	1,18	0,41-3,36	0,747
	Trabalho ativo	0,27	0,09-0,81	0,020
	Trabalho passivo	0,29	0,09-0,87	0,028
	Baixa exigência	1	-	0,004
Modelo 4 + Apoio + TMC	Alta exigência	1,10	0,37-3,25	0,853
	Trabalho ativo	0,29	0,09-0,98	0,032
	Trabalho passivo	0,33	0,10-1,02	0,056
	Baixa exigência	1	-	0,023
Modelo ajustado*	Alta exigência	0,69	0,25-1,89	0,472
	Trabalho ativo	0,26	0,09-0,69	0,008
	Trabalho passivo	0,22	0,07-0,63	0,005
	Baixa exigência	1	-	0,019

*Sexo + faixa etária + escolaridade + carga horária semanal + salário + Pensamento no trabalho folgas

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo mostram-se relevantes para a saúde do trabalhador, em especial para os profissionais de enfermagem intensivistas, a julgar pela prevalência apontada em pesquisas no Brasil e no exterior. Foram constatados escores elevados de EE, DE e prevalência de suspeição para SB expressiva, o que revela influência da organização e natureza do trabalho nesses resultados.

Sobre a suspeição de TMC, a prevalência encontrada foi de 27,7% (36), um pouco mais elevada quando comparada a outros estudos sobre a temática. Em pesquisa com equipe de enfermagem em terapia intensiva, Silva e cols. (2010) encontraram prevalência de 21,3%. Estudo de Pinho e Araújo (2009), com trabalhadores de enfermagem em emergência, e Kirchof e cols. (2009), com profissionais de enfermagem de hospital universitário, evidenciaram 26,3% e 18,7%, de suspeição, respectivamente. Nesses dois trabalhos, o grupo de alta exigência apresentou prevalências mais expressivas.

Quanto à dimensão EE, este estudo encontrou média de 24 pontos. Os trabalhos de Iglesias, Vallejo e Fuentes (2010), com profissionais de enfermagem em UTI na Espanha, e Suñer-Soler e cols. (2012) com médicos e equipe de enfermagem em hospitais espanhóis, evidenciaram 25,19 pontos e 22,40 pontos, respectivamente. O EE considerado médio neste estudo é fator relevante no que diz respeito à qualidade de vida. Verifica-se que com níveis elevados no componente EE, fator central do esgotamento profissional, leva a uma deterioração da qualidade de saúde e de vida, desgaste emocional e sensação de falta de energia, mostrando associação inversa com desempenho no trabalho (SILVA; MENEZES, 2008, MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011, SUÑER-SOLER et al, 2012).

Na dimensão DP, o presente estudo revelou média de 9,00 pontos, valor considerado médio. A pesquisa de Moreira e cols. (2009), com profissionais de enfermagem em hospitais em Santa Catarina, evidenciou média de 7,79 pontos, um pouco abaixo do encontrado neste estudo. Em contrapartida, Xie, Wang e Chen (2011) aferiram 11,39 pontos em DE com população de enfermeiros em unidades hospitalares na China. Essa dimensão constitui uma estratégia de enfrentamento que surge posteriormente aos sentimentos de EE e baixa RP. Através da utilização de mecanismos, o trabalhador pode distanciar de si mesmo psicologicamente, tornando-se frio e cínico, de modo a tratar os clientes e colegas como objetos e merecedores dos problemas que possuem. Por fim, ocorre o afastamento psicológico como estratégia defensiva de confrontamento desenvolvida para lidar com a exaustão

emocional (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997, SILVA; MENEZES, 2008, IGLESIAS et al, 2010, COSTA et al, 2013).

Na última dimensão avaliada, realização pessoal (escore reverso), foi encontrada a média de 30 pontos, considerada alta. As pesquisas de Van Bogaert e cols. (2009), com enfermeiros de hospitais belgas, e Xie, Wang e Chen (2011), revelaram valores médios de 34,34 e 34,79 pontos nessa dimensão, respectivamente. O trabalho de Schmidt e cols. (2013), realizado entre profissionais de enfermagem em terapia intensiva no Paraná, evidenciou 25 pontos em RP, escore abaixo da média encontrada nesse estudo. A percepção da utilidade do próprio trabalho tem valor inegável para a auto-estima do trabalhador (GALINDO et al, 2012). A baixa RP influencia na queda da produtividade e falta de realização no trabalho, pode ser exacerbada por falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento pessoal (SILVA; MENEZES, 2008). Cabe lembrar que o CTI é um local em que existem dificuldades de relacionamento interpessoal, com os familiares dos pacientes ou com membros da equipe multiprofissional. Soma-se a isso fatores agravantes como o desejo de abandonar o trabalho, a falta de realização pessoal a sobrecarga de trabalho (superlotação, falta de preparo da equipe técnica, espaço físico inadequado) entre outros aspectos, os quais irão influenciar de forma negativa a qualidade de vida no trabalho, e a qualidade do cuidado prestado, bem como a percepção de realização pessoal (FOGAÇA et al, 2008).

Pode-se perceber que os valores das dimensões oscilam, de acordo com países onde foram aplicados o MBI em estudos semelhantes (Bélgica, Espanha e China), embora no que tange à UTI, os valores estejam aproximados. Entre os estudos que aferiram a prevalência, Tironi e cols. (2009) mostram valores próximos ao deste estudo (63,4% de prevalência), sob o critério de Grunfeld e cols. (2000).

A SB exerce consequências físicas e mentais à saúde dos trabalhadores, dentre as quais alterações cardiovasculares, fadiga crônica, cefaleias, enxaqueca, úlcera péptica, insônia, dores musculares ou articulares, ansiedade, depressão, irritabilidade, entre outras (PALLAZO; CARLOTTO; AERTS, 2012, SUÑER-SOLER et al, 2012). Também pode interferir na vida pessoal, como nas relações familiares, ressentindo-se da falta de tempo para o cuidado dos filhos e o lazer. O contexto do trabalho é afetado pelo absenteísmo, rotatividade de emprego, aumento de condutas violentas e diminuição da qualidade do trabalho (GALINDO et al, 2012, AYALA; CARNERO, 2013). A SB mostra-se como um processo progressivo, com período de sensibilização de 10 anos de trabalho, e a possibilidade de aumento suscetibilidade após este tempo (IGLESIAS; VALLEJO; FUENTES, 2010).

Este estudo não encontrou associação estatística entre variáveis sócio-demográficas e laborais com a SB, julga-se devido ao número reduzido de participantes. Contudo, foram encontradas associações entre as variáveis psicossociais e prevalências de SB entre aqueles que pensam no trabalho durante a folga ($p= 0,009$), entre os que referiram alto estresse ($p= 0,039$). Quanto aos quadrantes de Karasek e Theorell (1990), foi constatada a associação, uma vez que aqueles em alta exigência apresentaram prevalência de 72,5 %, seguida de baixa exigência 64,5% ($p= 0,006$). A baixa demanda apresentou maior influência sobre a SB, quando comparada a demanda alta 69% ($p= 0,001$), o que de certa forma revela que para este grupo a demanda elevada não representaria um fator determinante para a síndrome, achado este comprovado pelo caráter protetor observado em trabalho ativo, após regressão. Os dados não se mantiveram significativos para o controle no trabalho, para inferir-se sobre o papel dessa dimensão no desfecho. Entre os suspeitos de TMC, 80,6% foram casos prevalentes ($p< 0,0001$), o que revela a íntima relação entre essas dimensões subjetivas.

Embora durante a análise bivariada tenha apresentado valores significativos para alta exigência e baixa exigência, o que corrobora a premissa de maior risco psíquico para essas dimensões (diagonal A do modelo demanda controle de Karasek); os valores não foram confirmados, após a regressão logística, onde foi observado caráter protetor nos quadrantes intermediários trabalho ativo e trabalho passivo dimensões que, segundo preceitos de Karasek (1990), favorecem novos comportamentos e criatividade (diagonal B do modelo demanda controle de Karasek). Com isso, pode-se constatar que a diagonal A do esquema representou risco, após análise bivariada, enquanto que a diagonal B revelou-se como protetora para SB, após análise multivariada. Tironi e cols. (2009), em análise bivariada, também encontraram associação entre SB, observada na situação de alta exigência do modelo demanda-controle.

Para a enfermagem, o tema estresse recebeu maior atenção de forma a explorar os efeitos da SB (RAFTOPOULOS; CHARALAMBOUS; TALIAS, 2012). Devido às próprias características do trabalho, a equipe de enfermagem é mais suscetível a passar pela experiência da síndrome, quando comparados a outras profissões, em decorrência da grande responsabilidade pela vida, a proximidade e permanência com os pacientes para os quais o sofrimento é quase inevitável (FOGAÇA et al, 2008, MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011, CZAJA; MOSS; MEALER, 2012). A interação constante entre os padrões profissionais, integridade do ego pessoal e as necessidades do paciente dentro da relação terapêutica, muitas vezes, deixam o enfermeiro vulnerável ao estresse, fadiga e esgotamento (RAFTOPOULOS; CHARALAMBOUS; TALIAS, 2012).

Os profissionais de saúde têm sido identificados em estudos como um dos grupos que apresentam medidas elevadas das diferentes dimensões da SB em âmbito internacional, e suas consequências que vão, desde redução da capacidade para o trabalho até conflitos laborais, o que pode levar ao suicídio (VALENZUELA, 2005, WEST et al, 2013, JOFRE). Esses profissionais parecem sofrer tensões específicas de estresse ocupacional e há preceito de que enfrentam índices expressivos de estresse no trabalho, níveis estes que se elevam em unidades de terapia intensiva (ALBALADEJO et al, 2004, FOGAÇA et al, 2010). Esse grau de estresse pode ser constatado entre auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos (CORONETTI et al, 2006, BARROS et al, 2008, TIRONI et al, 2009, CZAJA; MOSS; MEALER, 2012, RAFTOPOULOS; CHARALAMBOUS; TALIAS, 2012).

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas: 1-O estudo seccional possui limitações da temporalidade, pois não se pode afirmar que o estresse causou SB ou o inverso. 2-Quanto ao viés do trabalhador saudável, houve busca de forma ativa dos afastados, transferidos e os ausentes no setor UTI, bem como os motivos de seu afastamento, incluindo; desse modo, aqueles que estavam fora do setor por até seis meses, após contato telefônico e agendamento para preenchimento do questionário no hospital. 3-A variável grau de estresse auto-referido pôde sofrer influência da dinâmica do dia de trabalho, ou da semana o que poderia alterar a percepção do trabalhador para maior ou menor grau de estresse. 4- A falta de consenso no meio acadêmico sobre os critérios para suspeição da SB mostra-se como fator a ser superado. 5-Quanto ao número pequeno de participantes, entende-se como uma possível limitação para análise estatística; cabe lembrar que esta pesquisa, a fim de minimizar esse item trabalhou com toda a população de profissionais das unidades investigadas. 6- Deve ser ponderada a superestimação do risco, devido ao uso de cálculo de OR neste estudo seccional. Apesar das limitações descritas os dados analisados coincidem com informações da literatura e acrescentam resultados sobre a relação do estresse.

CONCLUSÃO

A prevalência de SB denota a exposição dos enfermeiros a fatores determinantes do estresse. Os principais fatores que desencadeiam o estresse no ambiente laboral descritos na literatura estão relacionados a aspectos da organização do trabalho, administração, sistema de trabalho e relações interpessoais. Este estudo constatou escores expressivos de EE e DP. Também foi verificado alto grau de estresse auto-referido pela JSS em alta exigência e baixa exigência, onde as variáveis demonstraram associação à SB, assim como a prevalência

expressiva entre aqueles que pensam no trabalho na folga, e entre suspeitos de TMC. Após regressão logística, foi observado fator protetor da SB entre aqueles em trabalho ativo e passivo.

Os profissionais de saúde atuantes em UTI estão expostos a jornadas de trabalho exaustivas aliadas a ambientes com tensão, sentimentos conflituosos e com óbitos constantes. Com isso, as discussões sobre qualidade de vida no ambiente laboral são de extrema relevância. O caminho ideal a ser seguido, tendo em vista a ótica da saúde do trabalhador, é inicialmente escutar quais são as necessidades do trabalhador, para que sejam minimizados os agentes causadores de estresse dentro do ambiente laboral.

Os resultados despertam a necessidade de estudo da SB para estabelecer meios de intervenção e posterior prevenção, sobretudo quando se observa os casos de afastamento das atividades profissionais, absenteísmo e doenças relacionadas ao trabalho. A síndrome pode predispor enfermeiros a piores condições de saúde, favorecendo à má-qualidade do atendimento ao paciente e aumento dos custos organizacionais.

É importante implementar programas para a gestão do estresse ocupacional, de forma a integrar todas as esferas operacionais hospitalares, e envolver todos os colaboradores, uma vez que as pessoas são a essência de uma organização. É, também, necessário relevar que os dados deste trabalho apontam para a necessidade de haver espaços físicos adequados às necessidades dos trabalhadores e incentivos com maior equidade.

REFERÊNCIAS

AACH, R.D.; COONEY, T.G.; GIRARD, D.E. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. Ann Intern Med, v. 109, n.1, p.154-61, 1988.

ALBALADEJO, R.; VILLANUEVA, R.; ORTEGA, P.; ASTASIO, P.; CALLE, M.E.; DOMINGUEZ, V. et al Síndrome de Burnout em personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública, v. 78, n. 4, p. 505-516, 2004.

ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão resumida da *job stress scale*: adaptação para o português. Rev Saúde Pública, v. 38, n. 2, p.164-171, 2004.

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, G.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.

ASAIAG, P.E.; PEROTTA, B.; MARTINS, M.A.; TEMPSKI, P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. Rev Bras Educ Med, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

AUGUSTO, A.G. A dessubjetivação do trabalho: o homem como objeto da tecnologia. Rev Econ Contep, v. 13, n. 2, p. 309-328, 2009.

AYALA, E.; CARNERO, A.M. Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. PLoS One, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2013.

BARROS, D.S.; TIRONI, M.O.S.; SOBRINHO, C.L.N.; NEVES, F.S.; BITENCOUR, A.G.V.; ALMEIDA, A.M.; SOUZA, Y.G.; TELES M.S.; FEITOSA, A.I.R.; MOTA, I.C.C.; FRANÇA, J.; BORGES, L.G.; LORDÃO, M.B.J.; TRINDADE, M.V.; ALMEIDA, M.B.T.; FILHO, E.S.M.; REIS, E.J.F.B. 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, v. 20, n. 3, p.235-240, 2008.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, R.P.; BARRA, D.C.C.; MARTINS, J.J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arq Cat Med, v. 35, n.4, p. 36-43, 2006.

COSTA, L.S.T.; GIL-MONTE, P.R.; POSSOBON, R.F.; AMBROSANO, G.M.B.; Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. Psicol Reflex Crit., v.26, n. 4, p. 636-642, 2013.

CZAJA, A.S.; MOSS, M.; MEALER, M. Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. J Pediatr Nurs, v. 27, n. 4. p. 357-365, 2012.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez; 1992.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. Acta Paul Enferm., v. 19, n. 3, p.10-315, 2006.

FERRARI, R.; FRANÇA, F.M.; MAGALHÃES, J. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev Eletr Gestão Saúde, v. 3, n. 3, p.1150-1165, 2012.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; CÍTERO, V.A.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Rev Bras Ter Intensiva, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.

GALINDO, R.H.; FELICIANO, K.V.O.; LIMA, R.A.S.; SOUZA, A.I. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. Rev Esc Enferm USP, v. 46, n.2, p.420-427, 2012.

GIL-MONTE, P.R.; PEIRÓ, J.M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.

GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R.; CARTER, D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. J Appl Behav Sci, v. 19, n. 1, p.461-481, 1983.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T.J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A.R.; MONTESANTO, B.; EVANS, W.K. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ, v. 163, n. 2 166-169, 2000.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.; LADRIDO-IGNACIO, L. et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med., v. 10, n. 1, p.231-241, 1980.

IGLESIAS, M.E.; VALLEJO, R.B.; FUENTES, P.S. Reflections on the burnout syndrome and its impact on health care providers. Ann Afr Med, v. 9, n. 4, p. 197-198, 2010.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO/OIT). Stress prevention at work checkpoints: Practical improvements for stress prevention in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2012. 120 p.

JOFRE, V.A.; VALENZUELA, S.S. Burnout em personal de enfermagem de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Aquichan, v. 5, n. 1, p. 56-63, 2005.

KARASEK, R.A.; THEORELL, T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Free Press; 1990.

KLEINUBING, R.E.; GOULART, C.T.; SILVA, R.M.; UMANN, J.; GUIDO, L.A. Estresse e coping em enfermeiros de terapia intensiva adulto e cardiológica. Rev Enferm UFMS, v. 3, n. 2, p. 335-344, 2013.

LONGHI, A.; TOMAZ, C.A.B. Variabilidade da frequência cardíaca, depressão, ansiedade e estresse em intensivistas. Rev Bras Cardiol, v. 23, n. 6, p. 315-323, 2010.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v. 38, n. 1, p. 485-489, 2003.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br Psychiatric, v. 118, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimento de sofrimento. Rev Latino-am Enferm, v. 17, n.1, p. 52-58, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M.P. Maslach burnout inventory manual. 3. ed. Califórnia, USA: Consulting Psychologists Press; 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav, v. 2, n. 2, p.299-113, 1981.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores emocionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, v. 20, n. 2, p.225-233, 2011.

MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública,v. 25, n. 7, p. 1559-68, 2009.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-am Enferm, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. Exposição ao ruído em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm., v. 13, n. 1, p. 24-30, 2009.

PALAZZO, L.S.; CARLOTTO, M.S.; AERTS, D.R.G.C. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. Rev Saúde Publ., v. 46, n. 6, p. 1066-1073, 2012.

RAFTOPOULOS, V.; CHARALAMBOUS, A.; TALIAS, M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health, v. 12, n. 1, p. 457, 2012.

RAMIREZ, A.J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.A.; CULL, A.; GREGORY, W.M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet, v. 347, n. 1, p. 724-728, 1996.

RISSARDO, M.P.; GASPARINO, R.C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. Esc Anna Nery Rev Enferm., v. 17, n. 1, p.128-132, 2013.

RODRIGUES, V.M.C.P.; FERREIRA, A.S.S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enferm., v. 19, n. 4, p. 1025-1032, 2011.

SANTINI, A.M.; COSTENARO, R.G.S.; MEDEIROS, H.M.F.; ZABERLA, N.C. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. Cogitare Enferm.,v. 10, n. 3, p. 14-22, 2005.

SANTOS, F.D.; CUNHA, M.H.F.; ROBAZZI, M.L.C.C.; PEDRÃO, L.J.; SILVA, L.A.; TERRA, F.S. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão de literatura.SMAD, v.6, n.1, p. 11-14, 2010.

SCHMIDT, D.R.C.; PALADINI, M.; BIATO, C.; PAIS, J.D.; OLIVEIRA, A.R. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm., v. 66, n. 1, p. 13-17, 2013.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Pública, v. 42, n.5, p. 921-929, 2008.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Rev Eletr Enferm., v. 10, n.4, p. 1174-1175, 2008.

SILVA, J.L.L.; NÓBREGA, A.C.R.; BRITO, F.G.F.; GONÇALVES, R.C.; AVANCI, B.S. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. Rev Enferm UFPE, Recife. v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010.

SOBRINHO, C.L.N.; BARROS, D.S.; TIRONI, M.O.S.; FILHO, E.S.M. Médico de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sócio-demográficas e condições de trabalho. Rev Bras Educ Med., v. 43, n. 1, p.106-115, 2010.

SUÑER-SOLER, R.; GRAU-MARTÍN, A.; FONT-MAYOLAS, S.; GRAS, M.E.; BERTRAN, C.; SULLMAN, M.J. et al. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. J Psychiatr Ment Health Nurs., v. 20, n. 4, p. 305-313, 2013.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Construção e validação fatorial da escala de caracterização de burnout. Estud Psicol., v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.

TAMAYO, M.R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. Psicol Reflex Crit., v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.

THEME FILHA, M.M.; COSTA, M.A.S.; GUILAM, M.C.R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. Rev Latino-am Enferm., v. 21, n. 2, p. 475-483, 2013.

THEORELL, T.; PERSKI, A.; AKERSTEDT, T. Changes in job strain in relation to changes in physiological state. Scand J Work Environ Health, v. 14, n. 1, p.189-196, 1988.

TIRONI, M.O.S.; SOBRINHO, C.L.N.; BARROS, D.S.; REIS, E.J.F.B.; FILHO, E.S.M.; ALMEIDA, A.; BITENCOURT, A.; FEITOSA, A.I.R.; NEVES, F.S.; MOTA, I.C.C.; FRANÇA, J.; BORGES, L.G.; LORDÃO, M.B.J.; TRINDADE, M.V.; TELES, M.S.; ALMEIDA, M.B.T.; SOUZA, I.G. et al. Trabalho e Síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Rev Assoc Med Bras., v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

VAN BOGAERT, P.; MEULEMANS, H.; CLARKE, S.; VERMEYEN, K.; VAN DE HEYNING, P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. J Adv Nurs., v. 65, n. 10, p.2175-2185, 2009.

VERSA, G.L.G.S.; MURASSAKI, A.C.Y.; INOUE, K.C.; MELO, W.A.; FALLER, J.K.; MATSUDA, L.M. et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev Gaúcha Enferm., v. 33, n. 2, p. 78-85, 2012.

WEST, C.P.; HALVORSEN, A.J.; SWENSON, S.L.; MCDONALD, F.S. Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey. J Gen Intern Med., v. 28, n. 8, p.1056-1063, 2013.

XIE, Z.; WANG, A.; CHEN, B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. J Adv Nurs., v. 67, n.7, p. 1537-1546, 2011.



Artigo 4: Riscos psicossociais na atividade profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva: reflexão sobre possíveis soluções

Submetido à revista com Qualis B2 em Saúde Coletiva, em 2013.

**RISCOS PSICOSSOCIAIS NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
REFLEXÃO SOBRE POSSÍVEIS SOLUÇÕES**

RESUMO

O estresse pode provocar prejuízos aos aspectos físicos, biológicos e psicológicos do trabalhador. O impacto é considerável sobre a qualidade de vida no trabalho, bem como sobre as relações sociais. A unidade de terapia intensiva é o setor hospitalar apontado pela literatura como de intensa demanda e gerador de estresse. Este estudo objetivou discutir o estresse do profissional de enfermagem atuante em setores fechados, e possíveis estratégias mitigadoras. Aspectos políticos, institucionais e voltados para a qualidade de vida recebem destaque, pois o estresse é algo que transcende o aspecto individual, e possui grande impacto na sociedade. Algumas estratégias são destacadas como a construção de uma rede nacional de negociação entre sindicatos, conselhos e governo federal; a implantação de gestão participativa, de forma a promover maior percepção de controle sobre o trabalho, e o estímulo ao bom relacionamento interpessoal, através de reuniões de equipe constante, com levantamento de problemas e possíveis soluções. Ações devem partir do geral para que surtam efeito sobre cada trabalhador da UTI. É necessária a criação de estratégia integradora de diversos setores como órgãos de classe e fiscalizadores para que as ações de qualidade de vida, medidas para enfrentamento e de controle do estresse surtam efeito. Existem especificidades e demandas singulares por parte da equipe de enfermagem intensivista. A reflexão traz à tona o grande desafio de encarar o cuidado ao ser humano, de forma a desconsiderá-lo como bem de capital em países em desenvolvimento com sistema neoliberal.

Descritores: esgotamento profissional; equipe de enfermagem, unidades de terapia intensiva; saúde do trabalhador; transtornos mentais; aspectos psicossociais; ambiente de trabalho.

**PSYCHOSOCIAL RISKS IN ACTIVITY PROFESSIONAL NURSING AT
INTENSIVE CARE UNIT:
REFLECTION ON POTENTIAL SOLUTIONS**

ABSTRACT

Stress can cause damage to physical, biological and psychological worker. The impact is considerable on the quality of work life and on social relations. The intensive care unit is the hospital sector by the literature as of high demand and stress generator. This study discusses the stress of active nursing professional in closed sectors, and possible mitigation strategies. Political, institutional and focused on quality of life receive attention, since stress is something that transcends the individual aspect, and has great impact on society. Some strategies are highlighted as the construction of a national trading network between unions, councils and federal government; the implementation of participatory management, to promote greater awareness about the control over the work, and the encouragement of good interpersonal skills through constant staff meetings, a survey of problems and possible solutions. Actions must that depart from the general, to take effect on each ICU worker. It is noticed that the creation of integrated approach of various sectors such as professional bodies and inspection for the shares of quality of life is necessary for coping measures and stress management surtam wont. There are specific and unique demands on the part of the intensive care nursing team. Reflection brings up the challenge of facing the care to the human being in order to disregard it as capital asset in developing countries with neoliberal system.

Key words: psychological stress, nursing team, intensive care units; occupational health, mental disorders; working environment.

INTRODUÇÃO

Fatores associados ao estresse estão relacionados aos aspectos sociais, ao ambiente e trabalho (PETRO; PEDRÃO, 2009; RASHAUN; GRUBB; GROSCHE, 2012). Entre aqueles relacionados ao trabalho podem ser citados, por exemplo, a natureza e organização do trabalho, abrangendo questões político-gerenciais, econômicas e de busca de capacitação profissional (SPINDOLA; MARTINS, 2007). De acordo com o *National Institute for Occupational Safety and Health* dos EUA (NIOSH, 1999), o estresse relacionado ao ambiente de trabalho, ou estresse ocupacional pode ser definido como as respostas físicas e emocionais prejudiciais as quais ocorrem quando as exigências do trabalho superam as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador (EDWARDS; BURNARD, 2003; RASHAUN; GRUBB; GROSCHE, 2012). Selye constatou que a influência do estresse sobre a pessoa depende do número de fatores estressores no período de exposição, do tempo de duração, da reação e da existência de experiência prévia com os mesmos estressores.

Karasek (1979) foi um dos pioneiros a relacionar dois fatores importantes referentes ao trabalho: as relações sociais do ambiente laboral (consideradas fontes geradoras de estresse); e consequências físicas e psicológicas para saúde (denominados atualmente como aspectos psicossociais). Segundo esse autor, a intensidade do trabalho, a percepção de o quanto a pessoa é solicitada, e os conflitos existentes na relação laboral são avaliados pela dimensão demanda, enquanto que a autoridade para tomada de decisões, e desenvolvimento de habilidades é mensurada pela dimensão controle (KARASEK; THEORELL, 1990). O desequilíbrio nestas dimensões pode favorecer a exacerbação do estresse, e trazer consequências à saúde do trabalhador.

Quando os mecanismos de enfrentamento ou esgotamento dos recursos do indivíduo são insuficientes, o estresse pode contribuir para o desenvolvimento de patologias e transtornos diversos (HABIB; GOLD; CHROUSOS, 2001). O estresse associado ao trabalho se encontra relacionado a uma percepção de perda de controle, ou incapacidade de elaborar estratégias para enfrentamento da situação estressora, comprometendo não só o indivíduo, de forma física e mental, como também a organização na qual esse sujeito se insere. É possível que o estresse relacionado à sobrecarga de atividades seja o responsável pelo sentimento de insatisfação com o trabalho, bem como pelo desejo de trocar de profissão (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Alguns profissionais, como os de enfermagem, são mais expostos aos agentes estressores mediante a complexidade das atividades desenvolvidas, e ambiente laboral no qual

estão inseridos (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001, MOUSTAKA; CONSTANTINIDIS, 2010). Alguns exemplos das dificuldades encontradas por essa categoria são: sobrecarga; jornada e turnos de trabalho; mudanças constantes de setor; e carga psíquica. Estes fatores ainda são intensificados nos setores fechados e isolados, como os de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) (EDWARDS; BURNARD, 2003).

A UTI, mesmo apresentando como característica a centralização de recursos humanos e materiais com elevados padrões de qualidade, com o objetivo de assistir pacientes em estado grave de saúde, é um setor marcado pelo permanente estado de alerta, por imprevistos e incertezas (CRUZ; SOUZA, 2008). Sua principal característica está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atuação médica e os recursos tecnológicos, sendo o potencial humano um dos elementos mais importantes (FIGUEIREDO; SILVA, 2006, EMBRIACO et al, 2007).

Segundo Manley (1997), a concepção do trabalho em enfermagem, sobretudo na UTI, está em constante mutação com diferentes abordagens para o cuidado. O desenvolvimento do enfermeiro com a inclusão de habilidades — tradicionalmente assumidas pela equipe médica — aumentou o escopo do trabalho de enfermagem; e, conseqüentemente, o nível de exigência de conhecimento, de técnica e de habilidade necessárias.

Além de fatores citados acima, existem aqueles relacionados ao papel do profissional de enfermagem na instituição, no desenvolvimento da carreira, nas relações profissionais, na estrutura e clima organizacional os quais podem levar o profissional a apresentar estratégias de enfrentamento, mais ou menos bem sucedidas aos estressores laborais (SILVA, 2007, SILVA, 2008, SILVA et al, 2011). Concomitantemente, esse poder de enfrentamento pode ser afetado pela própria organização do trabalho, ou pelo significado atribuído por cada pessoa ao termo “trabalho”. A frequência, intensidade e duração da necessidade de enfrentamento do evento estressor, bem como o insucesso advindo de tentativas de se adaptar ou solucionar situações estressoras têm comprometido a eficiência e saúde dos trabalhadores, podendo gerar um quadro de esgotamento físico e emocional, mais conhecido como síndrome de burnout (SB) (HABIB et al, 2001, EMBRIACO et al, 2007, RAMOS, 2009).

O termo burnout foi citado na literatura em 1953 em estudo de caso de Schwartz e Will, denominado *Miss Jones*, no qual foi descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. Naquela época, o autor descreveu os sintomas da paciente como psicológicos, físicos e emocionais. A síndrome possui conceito tridimensional que articula três fatores básicos que podem aparecer em conjunto ou independentes, que são:

exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (MASLACH; JACKSON, 1981, MASLACH; SCHAUFELLI, 1993, CARLOTTO, 2002, CAMARA, 2008).

A SB está relacionada a variados sintomas e doenças, tais como a depressão, o absenteísmo, e o abuso de substâncias químicas. Essa situação pode ameaçar a saúde dos enfermeiros como também de seus pacientes, pois a presença do estresse laboral entre esses profissionais foi associada à menor percepção de segurança no cuidado, por parte do paciente (WANG et al, 2012). Estudo norueguês, realizado com 4.076 trabalhadores de enfermagem daquele país, evidenciou a organização do serviço de saúde como importante elemento-chave na geração do estresse e do burnout (ERIKSEN; TAMBS; KNARDAHL, 2006).

Embora algumas direções sobre as causas e consequências do estresse laboral entre os enfermeiros tenham sido apontadas, estudos que discutam essa relação à luz de situações enfrentados no cotidiano ainda são insuficientes (RAFTOPOULOS; CHARALAMBOUS; TALIAS, 2012). Nesse sentido, devido à importância e a amplitude desse tema para os profissionais de enfermagem e para área da saúde do trabalhador, este ensaio sobre o tema estresse e desgaste possibilita a discussão teórica de problemas enfrentados no cotidiano.

Há de se refletir sobre a qualidade de vida no ambiente de trabalho, o que envolve propiciar condições para o maior desempenho, bem como condições básicas de atuação dos profissionais, e a implementação de estratégias para o enfrentamento do estresse ocupacional. Assim, mediante esse contexto, traçou-se o seguinte objetivo: discutir sobre o estresse do profissional de enfermagem atuante em setores fechados, e possíveis estratégias mitigadoras.

DISCUSSÃO

O TRABALHO NA UTI, AMBIENTE E ESTRESSE LABORAL

No ambiente nosocomial, a atenção tem se voltado para os ambientes de unidade de terapia intensiva (UTI), setor fechado, onde são realizados cuidados aos pacientes críticos. Neste local, há grande relação entre a organização do trabalho e estresse, principalmente, para os trabalhadores da enfermagem (INOUE; MATSUDA, 2009, SHIMIZU et al, 2010, ALVES, 2013).

Grande parte das instituições hospitalares brasileiras utiliza o modelo americano para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, inclusive na UTI, através da fórmula proposta pela Liga Nacional de Educação em Enfermagem dos Estados Unidos da América do Norte e pela Associação Americana de Enfermeiros, em que as horas dedicadas a cada tipo de paciente levam em conta a realidade norte-americana de prestação de serviços de saúde, onde

há mais recursos humanos, físicos e tecnológicos, que são distintos da realidade de países subdesenvolvidos e emergentes (GAIDZINSKI; KURCGANT, 1998).

A insuficiência de profissionais intensivistas no sistema de saúde americano tem sido discutida, demonstrando que o aumento das demandas não foi acompanhado pelo incremento de recursos físicos, tecnológicos e humanos (KELLEY et al, 2004). No Brasil, a resolução n. 07 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 24/02/2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI. A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, RDC- n. 26 de 11/05/2012, modifica a relação de um profissional de nível superior para cada oito pacientes, para um para cada dez pacientes; além de retirar um técnico de apoio por turno nas unidades, tal medida foi imposta sem negociação com a classe de trabalhadores. Com isso, a equipe passa a ser composta por dois profissionais para lidar diretamente com pessoas em estado crítico e com risco de morte. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) aponta a necessidade de ingressar com ações judiciais para que sejam respeitadas condições implementadas em 2010, pois as medidas atuais favorecem o capital e perda da qualidade de assistência, impõem nova organização do trabalho e conduzem ao desgaste profissional. Essa situação implica na fadiga física e mental, devido ao ritmo acelerado e intenso de trabalho, o que contribui para o estresse e maior risco de acidentes de trabalho (CORONETTI et al, 2006).

Em algumas instituições públicas, essa situação é somada a outros elementos como a falta de recursos humanos; e além, como os de infraestrutura e insumos. A escassez de materiais é fator destacado pelos enfermeiros, o que resulta em perda de tempo, diante da busca por determinado suprimento, que nem sempre há no estoque. Esses fatores contribuem para que a qualidade da assistência prestada ao paciente seja inferior ao idealizado e gerem sentimentos de irritação e cansaço (CORONETTI et al, 2006). Por outro lado, percebe-se que, na saúde suplementar, há maior interesse na redução dos gastos e custos dos materiais (CUELLAR; GERTLER, 2005, BIJLSMA; MEIJER; SHESTALOVA, 2008). Essa dinâmica acaba impondo ao profissional necessidade de possuir habilidades para lidar com múltiplos problemas, oriundos de uma diversidade de pacientes, os quais apresentam grande instabilidade do seu quadro clínico. O que traz a tona o questionamento sobre a escassez de recursos institucionais para o trabalhador, como suporte para enfrentar essa tensão, nos países em desenvolvimento.

A carga horária também vem sendo discutida e é considerada penosa, desgastante e com baixo retorno financeiro para o trabalhador. Diante desse fato, para se manter a qualidade de vida, é necessário um segundo e/ou terceiro vínculo, que resulta em aumento da jornada de

trabalho e redução do tempo livre para a vida pessoal e social (RAMOS, 2009, OSÓRIO et al, 2011). Estes últimos elementos integram o apoio social, que vêm sendo negligenciado; em contrapartida, citado em estudos como amenizador natural do estresse (ADÁN; GARCIA, 2003, KARASEK; THEORELL, 1990, ILO, 2012).

Cabe ressaltar também o papel familiar o qual está incluído no apoio social, ou seja, funciona como suporte e conforto emocional para o trabalhador. Embora se possa constatar também que o profissional busca melhores condições de vida, através de maiores valores salariais, para sustentar seus filhos e parceiro (a). Entretanto, questiona-se se como os múltiplos vínculos empregatícios permitirão tempo livre e vigor para estar com seus entes mais próximos, configurando-se aqui uma situação paradoxal.

É sabido que ter maior duração de sono, e de boa qualidade é fundamental no desempenho profissional e atenção, reduzindo a probabilidade de ocorrer erros e acidentes nos locais de trabalho (RAMOS, 2009). Os níveis percebidos de alerta à noite tornam-se piores, à medida que se eleva o número de horas trabalhadas. Isso é indicativo de que a sonolência, na jornada noturna, pode prejudicar tanto os trabalhadores, quanto os pacientes que estão sob cuidados (FISCHER et al, 2002, ROBAINA et al, 2009, SILVA et al, 2010).

O rodízio entre funcionários pode interferir na rotina de trabalho de equipes que estavam acostumadas a trabalhar em sintonia. Assim como, a mobilidade de escalas que impõe trocas de plantão, agindo como fator estressante e prejudicial à saúde, entre as quais, à desincronização dos ritmos biológicos (RAMOS, 2009).

Em suma, a literatura aponta alguns fatores de risco para a saúde do trabalhador: o psicossocial como as características da organização do trabalho; a gestão dos serviços; o contexto social do trabalhador; o ambiente de trabalho; e a própria atividade que pode apresentar potenciais efeitos adversos à saúde, através do estresse, o que conduz ao mal-estar e até mesmo à doença (COX; GRIFITHS, 1995, COX; GRIFITHS; COX, 1996).

Aspectos da própria organização do trabalho podem ser estressantes, ou seja, sobrecarga de trabalho, aspectos como a falta de autonomia, funções ambíguas e conflito de papéis dentro das organizações são características geradoras do fenômeno estudado (MOUSTAKA; CONSTANTINIDIS, 2010). Portanto, quando as relações no interior das organizações privam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito, faz com que o homem seja vítima de seu trabalho (DEJOURS, 2000).

Há certo distanciamento do profissional de saúde em relação à interação humana, devido ao uso de tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos. As tecnologias leves utilizadas para o cuidado com o paciente, por exemplo, faz uso do relacionamento,

estabelecimento de vínculos e acolhimento, enquanto que a pesada aborda o uso de equipamentos que diminuem a capacidade de percepção dos profissionais sobre o paciente e suas demandas (MERHY, 1987). Logo, soma-se a este distanciamento a singularidade do cuidado, muitas vezes, determinada e intermediada pela máquina; pois como fazer uma pessoa respirar sem tecnologia, por exemplo? Dinâmica esta que coloca os equipamentos à frente, na percepção de importância na UTI, o que distorce o foco da atenção da equipe sobre o paciente.

O trabalho em equipe é fundamental para a colaboração mútua, o qual estimula o enfrentamento dos desafios do cotidiano laboral (COX, 1987, KAC et al, 2006, RICHARDSON; ROTHSTEIN, 2008, TAMOYO, 2009). É constatado que a baixa cooperação dos profissionais entre si pode interferir diretamente no trabalho, gerando desconforto para quem atende, e reflete em quem é atendido (CORONETTI et al, 2006). A própria comunicação entre a equipe mostra-se; por vezes, fragmentada, rápida, e com dificuldade, devido ao ruído de aparatos tecnológicos na UTI (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008). Outras insatisfações com o trabalho estão relacionadas às questões como reuniões com a chefia, críticas dos subordinados, sentir-se só nas tomadas de decisões, receio de perder o emprego, baixos salários e sentir-se desvalorizado. Um possível quadro de burnout pode ser observado. diante da presença contínua de insatisfação do enfermeiro com a sua atividade profissional, interferindo em sua saúde e qualidade de vida (CAVALHEIRO; MOURA JUNIOR; LOPES, 2008).

É de destaque o grande contingente dos trabalhadores do sexo feminino e a condição feminina, que por sua vez, inclui outras atividades no lar, levando à sobrecarga de atividades e redução do tempo disponibilizado para o autocuidado (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006). Dessa forma, a enfermagem é marcada por movimentos contraditórios e ambivalentes, no que diz respeito ao papel do gênero na sociedade, com flexibilidade e atribuições femininas como a de ser mãe; e, na classe profissional, pela busca de autonomia e autoridade (ARAÚJO, ROTENBERG, 2011). Principalmente, para as mulheres, o autocuidado pode ser fonte geradora de bem-estar e disposição para a vida, com possível desdobramento em suas relações de trabalho.

Outro fator relevante ligado ao estresse é a aceitação da morte dos pacientes, o que pode gerar banalização e/ou frieza — fatores relacionados à SB. Isto se deve a falhas no treinamento, e na própria formação técnica ou de graduação sobre como lidar com essa situação. Tais fatos contribuem para a diminuição da qualidade de vida e satisfação no trabalho. As pessoas têm consciência do processo natural que existe diante da vida, como

nascer, crescer, reproduzir e morrer. Porém, a continuidade desse vínculo, pode fazer com que o profissional intensivista projete o sofrimento para si, que poderá interferir na qualidade de seu trabalho, pode favorecer o estresse, inclusive sua forma mais grave (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

A palavra burnout origina-se do verbo inglês “*to burn out*”, significa queimar-se por completo, consumir-se. Caracteriza-se por exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e diminuição da realização pessoal (RP), incluindo também comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (MASLACH, 2001, CARLOTTO 2002, CARLOTTO 2008). A síndrome possui quatro níveis de evolução: 1) falta de vontade, ânimo ou prazer de ir trabalhar, dores nas costas, pescoço e coluna; 2) deterioração do relacionamento do profissional com outros, com sensação de perseguição, aumento do absenteísmo e da rotatividade de empregos; 3) diminuição notável da capacidade ocupacional, início de doenças psicossomáticas tais como alergias, psoríase, picos hipertensivos dentre outras; 4) alcoolismo, drogadição, ideias ou tentativas de suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Franco e cols. (2011) realizaram estudo para avaliar a SB entre residentes de enfermagem de setores fechados. O trabalho destacou maior incidência da SB em indivíduos jovens, antes dos 30 anos de idade, período de transição entre suas expectativas idealistas e a prática cotidiana, sendo as maiores pontuações relacionadas à subescala de despersonalização. E, para os indivíduos mais velhos os maiores escores ocorreram na subescala de falta de realização pessoal.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o fenômeno globalização é grande responsável pelo aumento de incidência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. E, segundo a OIT, os impactos negativos do estresse são multiformes, podem incluir doenças cardíacas e gastrintestinais, bem como problemas físicos, psicossomáticos e psicossociais os quais possuem forte influência do ambiente laboral, pois o grau de estresse ao qual o trabalhador é submetido está relacionado ao nível de demanda e controle sobre o trabalho. Esses por sua vez, em desequilíbrio, podem favorecer o aumento de acidentes de trabalho e lesões, baixo desempenho e produtividade (OMS, 1998, OIT, 2012).

Há uma batalha entre a objetividade / racionalidade das ações de cuidado, imposta pelo sistema neoliberal, e a subjetividade das pessoas produtoras desse cuidado. Portanto, percebe-se que o modelo de gestão centralizador, a falta de materiais, equipamentos e de pessoal, além de ter que lidar com pacientes à beira da morte, e conflitos interpessoais são

relatados como fatores de desgaste no ambiente de UTI (AZAMBUJA et al, 2010). Schwartz aponta que em toda a atividade de trabalho se encontra “a dialética do uso de si por si, e do uso de si por outros” (SCHWARTZ, 2004). Na área da enfermagem, o “uso de si por outros” é bastante evidente. Logo, torna-se importante para o trabalhador perceber seus próprios limites, pois há risco da diminuição da disponibilidade corporal para as tarefas de cuidado com os pacientes (MUNIZ, 2011).

Dizer que o trabalho é uso de si, significa dizer que é lugar de tensões. Ainda que pouco aparente, a tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas daquelas que são realmente prescritas para serem realizadas (SCHWARTZ, 2004). Mediante ao exposto, percebe-se que o trabalhador pode requerer muito de si, o que gera desgaste físico e psicológico, um uso de si, de suas habilidades, de seus conhecimentos, de suas experiências e também de seu lado subjetivo. Entretanto, a tarefa requer forte componente emocional, além do físico. Daí, o questionamento de que se é possível gerar saúde e qualidade de vida na equipe de enfermagem, e se esses profissionais conseguem gerar ação final que proporcione saúde, conforto, apoio emocional e bem estar para os clientes.

DESAFIOS E POSSÍVEIS PROPOSTAS

Há de se pensar que as modificações no setor saúde para os trabalhadores discutidos neste ensaio sejam em âmbito, político, institucional e pautados na qualidade de vida. Entende-se que somente ações articuladas e, ao mesmo tempo, sinérgicas poderão ir contra o paradigma vigente. Este reconhecido o da prestação de serviço, da cura, do trabalho segmentado e com visão neoliberal, dinâmicas onde o trabalhador perde em saúde, rendimento qualidade de vida; como também, traz prejuízos para o paciente crítico e seus familiares. Logo, “cuidar” das demandas dos trabalhadores é cuidar do social em uma análise mais ampla.

É inquestionável o avanço teórico obtido no campo da saúde do trabalhador, ao ter como uma de suas premissas fundamentais a relação entre os processos de trabalho em suas dimensões sociais e técnicas – conforme concebidos na economia política marxista – e a visão de saúde-doença de coletivo de trabalhadores (DOMINGUES-JR, 2005).

Mas apesar dos avanços, pergunta-se: seria suficiente? Há uma inter-relação entre as instituições envolvidas para que o trabalhador seja, enfim favorecido? Haverá interesse político e econômico para que se implementem essas mudanças?

Na investigação das relações saúde-trabalho-doença, o trabalhador de enfermagem deve ser ouvido, seja individualmente ou coletivamente, pois diante dos avanços e da

sofisticação das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, há de se reconhecer que estes profissionais, cotidianamente, vivenciam condições e circunstâncias diversas, imprevistos e imprevistos. Neste caso, são capazes de descrever essas situações e explicar a relação do trabalho com o adoecimento, sob sua ótica (CARVALHO et al, 2011). Vislumbra-se que os grupos de trabalho usam o saber construído na experiência para inventar formas de enfrentamento das diversas situações para as quais as prescrições de atividades, e os recursos oferecidos pela organização do trabalho são insuficientes. Além da precariedade nas condições de atendimento ao paciente, há a frequente impossibilidade de realizar o trabalho prescrito, pois a própria prescrição não incorpora as exigências do trabalho, o trabalho real (OSORIO et al, 2011).

De modo geral, os trabalhadores necessitam, em seu ambiente laboral, de momentos em que possam discutir e trocar ideias sobre o cotidiano trivial e complexidade de seu trabalho. As instituições que investem nesse tipo de iniciativa ganham na motivação, no envolvimento, no compromisso de seus empregados o que irá refletir diretamente na produtividade (CARVALHO, 2011, RAFII; OSKOUIE; NIKRAVESH, 2004). A partir de tal afirmação, percebe-se o papel subjetivo do processo saúde-doença para o trabalhador. Percepções individuais auxiliam a montar cenários que podem explicitar ambientes laborais extremamente desgastantes como os da UTI.

A distinção entre os determinantes de saúde das pessoas e de grupos e populações são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos (BUSS, 2007). Outros elementos também estão envolvidos como a possibilidade de progresso na carreira, percepção de iniquidade, conflito de valores, falta de *feedback* dos gestores, burocracia, falta de sensação de segurança – devido aos riscos de exposição, e ambiguidade de papéis. Além disso, destaca-se a constante alteração de normas, quanto ao uso de equipamentos tecnológicos e treinamentos na UTI, os quais são considerados fatores de estresse (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012).

Os itens citados acima favorecem a tríade: “mecanização, coisificação e falta de envolvimento”, dinâmica imposta pela organização do trabalho de forma insidiosa a qual conduz a tensões decorrentes das relações intersubjetivas entre os provedores de cuidado e pacientes em situação inevitável de sofrimento por adoecimento. Nessa relação, o trabalhador desgasta-se; e, então desiste, passa a agir mecanicamente (SALA; PARREIRA, 2011).

O grande desafio das instituições seria ir além do reconhecimento de que o estresse, desgaste e a SB co-existem, e implementar medidas de curto ou médio prazo para que possam ser identificadas situações de risco psicossocial para profissional. O primeiro passo seria

discutir com os trabalhadores da UTI os pontos críticos. A partir dessa iniciativa, planejar intervenções para melhoria da qualidade de vida no ambiente laboral. Tais iniciativas direcionam a discussão para a qualidade de vida no trabalho (QVT) e implicações para a saúde do trabalhador, temas mais discutidos atualmente.

A partir da década de 1970, após a observação do progresso da medicina em todo século XX e prolongamento da expectativa de vida, o termo qualidade de vida (QV) passou a ser discutido (CHATTERJI; BIECKERBACH, 2008). A OMS (2004) buscou um conceito que abordasse os principais aspectos abstraídos sobre qualidade de vida, levando em consideração as variações culturais. Três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida são fundamentais em diferentes culturas: a subjetividade; a multidimensionalidade; e a presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor) (OMS, 1998).

Diante do exposto, observa-se mais uma vez situação contraditória. Será que as empresas que são hospitais, hospitais-escola e hospitais de grande porte poderiam investir na qualidade de vida de seus profissionais de cuidados intensivos? Conferência Internacional sobre o Trabalho, realizada em agosto de 2013, em Helsinque na Finlândia, reconhece que o bem-estar no trabalho é essencial para a QV dos trabalhadores e para a produtividade em qualquer área de atuação. O evento discutiu sobre a necessidade de pesquisa e desenvolvimento de soluções, para melhorar o bem-estar do trabalhador (SCHULTE; VAINIO, 2010, *EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK*, 2013).

De acordo com estudo sobre qualidade de vida realizado com profissionais de enfermagem de UTI, em hospital de grande porte em São Paulo, o ambiente físico e organizacional foram apontados como componentes capazes de influenciar negativamente na QV desses profissionais. Fatores positivos como a relação social foram identificados o que pode estar relacionado ao apoio social, uma possível estratégia para se investir, como descrito anteriormente. É sabido que a QV envolve outros aspectos da vida além do trabalho, contudo pode funcionar como foco de atenção para os gestores o conhecimento dos aspectos que estão envolvidos no decréscimo do bem-estar (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007). Quanto à avaliação do burnout, estudo realizado em UTI de hospital escola no interior do Paraná constatou uma relação inversa e de forte magnitude entre QVT e a dimensão exaustão emocional, ou seja, quanto maior a exaustão menor a percepção de qualidade de vida no trabalho (SCHMIDT et al, 2013). De certa forma, sabe-se que o foco deve ser mantido em estratégias que visem à promoção do apoio social e de QV que são descritas no quadro 1.

Outra pesquisa visou intervir na organização do trabalho, após avaliar a qualidade de sono e verificar a presença de sonolência diurna excessiva entre profissionais de enfermagem dos plantões noturnos das UTIs do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O estudo demonstrou que 97,3% dos profissionais apresentaram má-qualidade do sono e 70,6% sonolência diurna excessiva. Algumas intervenções foram necessárias, e relacionadas às causas do problema, uma delas foi o planejamento e organização do local, como: sala de conforto com televisão, rádio e camas adequadas; rotina de rodízio para o descanso e alimentação; e a mudança da carga horária do turno noturno, alterando a jornada de 12 (doze) horas para 8 (oito) horas e pausas de 15 minutos, a cada duas horas de trabalho (BARBOZA et al, 2008).

Algumas ações são expostas no esquema a seguir, e apontam para uma sinergia de fatores que incluem os aspectos políticos os quais trazem o âmbito mais geral e de negociação; os institucionais abarcam características que envolvem aspectos sociais e de gestão; e qualidade de vida no trabalho que enumera ações pontuais para alcançar esse propósito.

O quadro 1 demonstra que a construção de esforço coletivo, onde é necessário que as organizações ouçam as reivindicações dos trabalhadores, os quais se apresentam como elemento motriz do processo de trabalho. As condições políticas devem ser favoráveis, e seriam o alicerce para os demais itens, dessa forma, perpassando pelos aspectos institucionais que favoreceriam, por sua vez os elementos de qualidade de vida. Com o tempo as ações serão sinérgicas e interdependentes (fig1). Com isso, retira-se o foco do enfrentamento individual o qual se apresenta desgastado e insuficiente. Só pode haver resiliência e enfrentamento da pessoa, se encontrar ambiente laboral propício para essa dinâmica.

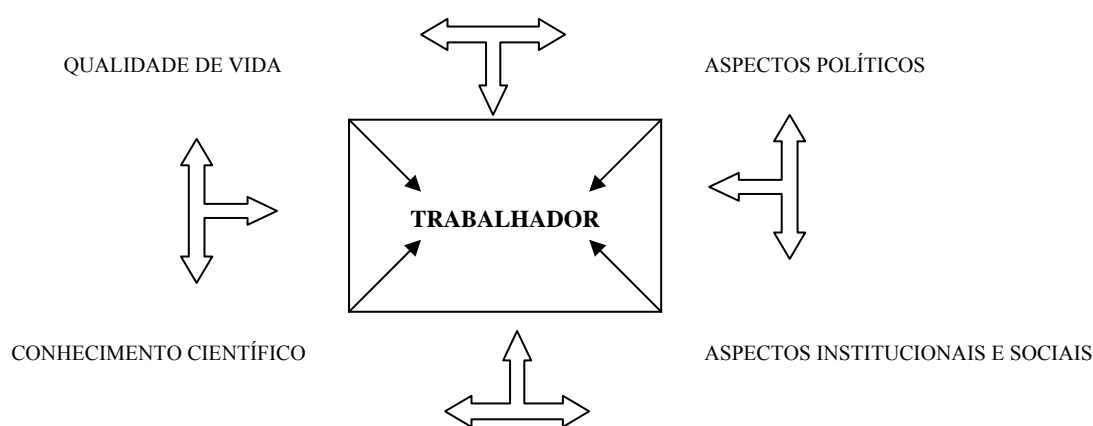


Fig. 1: Esquema sinérgico de fatores envolvidos em prol do trabalhador.

Quadro 1: aspectos a serem explorados e respectivas ações pertinentes para mudanças no ambiente de trabalho em UTI, sugestões com base em autores e na reflexão deste estudo.

ASPECTOS	AÇÕES
Políticos	<ul style="list-style-type: none"> -Discussões amplas sobre a carga horária semanal; (SILVA et al, 2006) -Incentivo ao interesse da classe trabalhadora por meio de movimentos políticos; -Construção de uma rede nacional de negociação junto aos sindicatos, conselhos e governo federal; -Discussão sobre os avanços em níveis estaduais e locais para reflexão e possível implementação em nível nacional; -Ações implementadas em nível nacional, as quais visem fortalecer a classe trabalhista na federação; - Criação e implementação de uma política de qualidade de vida no trabalho para trabalhadores do setor saúde.
Institucionais	<ul style="list-style-type: none"> -Implantação de uma gestão mais participativa, de forma a promover maior percepção do controle sobre o trabalho; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, BAKKER et al, 2008, CAMELO; ANGERAMI, 2008, RASHAUN; GRUBB; GROSCH, 2012) -Identificar fatores que possam conduzir a riscos psicossociais à saúde do trabalhador no setor e amenizá-los; (BORGES et al, 2002, RAFII; OSKOUIE; NIKRAVESH, 2004, BAKKER et al, 2008) -Implementar programas de atendimento aos trabalhadores direcionados para suprir as necessidades apontadas pelas equipes de cada setor; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, BAKKER et al, 2008, RASHAUN; GRUBB; GROSCH, 2012) -Estabelecer metas que envolvam também a qualidade do cuidado, com o monitoramento dos recursos necessários de forma a evitar o desgaste físico e mental do profissional; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, CAMELO; ANGERAMI, 2008) -Instituir o treinamento como atividade de trabalho, incluído nas horas remuneradas ao trabalhador e, sempre que possível, investir em qualificação e sensibilização quanto aos riscos psicossociais; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, CAMELO; ANGERAMI, 2008) -Manter número adequado de profissionais, de acordo com as demandas e número dos pacientes; -Rever valores atribuídos ao capital, em detrimento da qualidade do trabalho e conseqüentemente à vida humana; (BORGES et al, 2002) -Propiciar comunicação mais efetiva entre os membros da equipe de enfermagem; (RAFII; OSKOUIE; NIKRAVESH, 2004, MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006, RASHAUN; GRUBB; GROSCH, 2012) -Melhorias das condições físicas do ambiente de trabalho; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, SCHULTE; VAINIO, 2010)

Institucionais	<p>-Mudanças na forma de reconhecimento e valorização do funcionário, seja de maneira formal (escrita) ou informal, através da expressão verbal de elogios, tornando o convívio mais humanizado; (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003)</p> <p>-Permitir maior autonomia ao trabalhador. (CAMELO; ANGERAMI, 2008)</p>
Qualidade de vida no trabalho	<p>-Combater negligências às necessidades humanas básicas; (SCHULTE; VAINIO, 2010)</p> <p>-Instituir acompanhamento psicológico dos profissionais;</p> <p>-Implementar técnicas de relaxamento, no ambiente de trabalho, como estratégia de amenização do estresse: ginástica laboral, encontros sociais formais para motivação e escuta das demandas da equipe; pequenas reuniões mensais para discussão de pontos considerados críticos pela equipe, desde que acordado com o grupo; (RAGGIO; MALACARNE, 2007)</p> <p>-Tornar obrigatório o repouso no ambiente de trabalho, com pausas periódicas - respeitar legislação local; (SILVA et al, 2006)</p> <p>-Estimular o bom relacionamento interpessoal, através de reuniões de equipe constante, com levantamento de problemas e possíveis soluções de forma a ouvir o grupo; (ABUALRUB, 2004, RAFII; OSKOUIE; NIKRAVESH, 2004, BAKKER et al, 2008, SCHULTE; VAINIO, 2010, RASHAUN; GRUBB; GROSCH, 2012)</p> <p>-Promover encontros informais para propiciar o relaxamento, em especial em datas comemorativas, com o envolvimento dos familiares e pacientes, quando possível.</p>

Surge um debate social, que tem como foco a possibilidade de organização, a partir dos locais de trabalho, de forma a possibilitar discussão das demandas de maneira democrática e igualitária, permitindo a participação do trabalhador, visando a análise das questões ligadas à qualidade de vida no trabalho, e à defesa da saúde e da vida (LACAZ, 2000, ILO, 2012).

Ao longo dos tempos o trabalhador tornou-se uma variável de ajuste – é quem deve ser flexível – e o poder de decisão de quem trabalha cotidianamente permanece restrito, vigiado e, na maior parte dos casos, proibido. Neste sentido, a reestruturação produtiva tem sido muito mais um obstáculo para o pleno exercício do autêntico sentido do trabalho humano, e está na origem da produção e do agravamento de um rol de indicadores críticos que cobrem: a produção de serviços; os efeitos nocivos sobre a saúde dos trabalhadores; a qualidade de vida do profissional como reflexo para a qualidade do próprio serviço (FERREIRA; MARTINO, 2006).

Além disso, devem ser consideradas as variações políticas, geográficas, institucionais e ambientais tendo em vista as mudanças a serem implementadas em prol do trabalhador de enfermagem. Existem especificidades e demandas singulares por parte da equipe de enfermagem pelas regiões do Brasil e do mundo, mesmo quando se foca a atenção do estudo em unidades de cuidados intensivos.

Seria de extrema relevância para os profissionais que pudessem usufruir de tais recursos para aumentar seu grau de resiliência. Este conceito, sendo analisado sob a ótica das características individuais, sob a influência dos fatores ambientais de riscos, quer seja sob o indivíduo em atividade laboral corriqueira, quer seja sob situações de difícil enfrentamento (SILVA et al, 2011). Até porque, trabalhar em um ambiente com incremento de apoio social e diminuição do grau de estresse resulta em maiores taxas de permanência dos enfermeiros, e menores níveis de absenteísmo (ABUALRUB, 2004). O avanço na discussão e implementação desses aspectos é relevante para a saúde do trabalhador e para as organizações, pois fortalece a credibilidade do serviço, que se pautaria em preceitos de qualidade e de respeito aos profissionais intensivistas.

À TÍTULO DE CONCLUSÃO

Mediante a discussão deste estudo teórico, pode-se constatar que há necessidade de atenção à saúde do trabalhador que exerce suas atividades em ambiente de terapia intensiva, de forma que os aspectos políticos, institucionais e sociais possam proporcionar QVT, processo que deverá se desenvolver de forma sinérgica, e com participação efetiva dos intensivistas envolvidos.

É importante frisar que há um grande entrave ditado pelo modelo econômico neoliberal que prejudica ações voltadas para QVT no Brasil, pois as instituições nem recursos dispõem para programas dessa natureza na área de saúde do trabalhador, em contrapartida tais iniciativas devem ser promovidas, pois o labor atua como um dos elementos responsáveis pela gênese das desordens mentais, e está inserido no processo saúde-doença do trabalhador.

Nota-se também que existe considerável contribuição dos estudos científicos na área, os quais devem receber mais atenção pelas instituições envolvidas, bem como medidas estratégicas para o acesso livre a esse material, o que contribuiria para o processo de gestão, fiscalização do trabalho e saúde dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABUALRUB, R.F. Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. Journal of Nursing Scholarship. [s/v], n. 4, p.73-78, 2004.
- ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés en la enfermería: el cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- ALVES, E.F. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. v. 15, n. 2, p.115-22, 2013.
- ARAÚJO, T.M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: divisão sexual. In: ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J.C. (Orgs). Trabalhar na saúde- experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 131-150, 2011.
- AZAMBUJA, E.P.; PIRES, D.E.P.; VAZ, M.R.C.; MARZIALE, M.H. Is it possible to produce health at nursing work? Texto Contexto Enferm. v. 19, n. 4, p. 658-66, 2010.
- BAKKER, A.B.; SCHAUFELLI W.B.; MICHAEL P.; TARIS L.T.W. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organizations. v. 22, n.3, p. 187-200, 2008.
- BARBOZA, J.; MORAES, E.L.; PEREIRA, E.A.; REIMÃO, R.N.A.A. Evaluation of the sleep pattern in Nursing professionals working night shifts at the Intensive Care Units. Einstein. v. 6, n. 3, p.296-301, 2008.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Burnout: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2010.
- BIJLSMA, M.A.; MEIJER, V.S. Vertical relationships between health insurers and healthcare providers. CPB Document, 2008.
- BORGES, L.O.; ARGOLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L.S.; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S. et al. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. Psicologia: Reflexão e Crítica. v.15, n.1, p. 189-200, 2002.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução nº . 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2010.
- BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. v.17, n.1, p. 77-93, 2007.
- CAMELO, S.H.H. ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. Cienc Cuid Saúde. v.7, n.2, p.232-240, 2008.
- CARLOTTO, M.S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. Psicol. Estud. v.7, n.1, p.21-29, 2002.
- CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. Rev. Psico. v. 39 n.2, p. 152-8, 2008.
- CARVALHO, A.L.P.; ASSIS, C.R.S.; PALMA, F.F.; GARBAZZA, J.R.; TEIXEIRA, N.; NASCIMENTO, P.O. GRECO, R.M. et al. A enfermagem e a saúde do trabalhador: a

experiência de um trabalho educativo. Arquivos de estudos da Aben Nacional. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.005.pdf>>. Acesso em: 11\08\2011.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA-JR, D. F.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am Enf., v.16, n. 1, p. 25-32, 2008.

CHATTERJI, S.; BIECKERBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: Fleck MPA (Coord.). A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.40-7.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; MARTINS, J.J. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arq. Cat. Med. v. 35, n.4, p.36-43, 2006.

COX, T.; GRIFITHS, A.J.; COX, S. Work-related stress in nursing : controlling the risk to health. International Labour Office, Geneva: 1996.

COX, T.; GRIFFITHS, A.J. The assessment of psychological hazards at work. In SHABRACQ, M.J.; WINNUBST, J.A.; COOPER, C.L. Handbook of work and health psychology. Chichester: Wiley & Sons, 1995.

COX, T. Stress, coping and problem solving. Work and Stress. v.1, n.1, p.5-14, 1987.

CRUZ, E. J. E.R.; SOUZA, N.V.D.O.Repercussões da variabilidade na saúde do enfermeiro intensivista. Rev Eletr Enf. v. 4, n. 10, p.1102-13, 2008.

CUELLAR, A.E.; GERTLER, P.J. Strategic integration of hospitals and physicians. J Health Econ. v.25, n.1, p.1-28, 2006.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. (Trad). Luiz Alberto Monjardim. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DOMINGUES-JR, L.P.P. O Processo Saúde – doença no Serviço Público e suas Consequências ao Estado, ao cidadão e ao Servidor. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Texto de apoio da Coletânea. Brasília, 2005: 54-60.

EDWARDS D.; BURNARD P. A. systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. Journal of Advanced Nursing. v. 2, n. 42, p. 169–200, 2003.

EMBRIACO, N.; PAPAZIAN, L.; KENTISH-BARNES, N.; POCHARD, F.; AZOULAY, E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. Current Opinion in Critical Care. v. 13, p 482-488, 2007.

ERIKSEN, W.; TAMBS, K.; KNARDAHL, S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. BMC Public Health, v. 6, n.290, p.1-11, 2006.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Well-being at work: creating a positive work environment: Literature Review: Zinta Podniece: EU-OSHA, 2013.

FERREIRA, L.R.C.; MARTINO, M.M.F. Stress of the nurse: analysis of the literature on the theme. Revista Ciência Médica. v.3, n. 15, p. 241-248, 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. CTI: Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis; 2006.

FISCHER, F.M.; TEIXEIRA, L.R.; BORGES, F.N.S.; GONÇALVES, M.B.L.; FERREIRA, R.M.F. How nursing staff perceive the duration and quality of sleep and levels of alertness. Cad. Saúde Pública. v.18, n. 5, p. 1261-1269, 2002.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; ZEITOUN, S.S. Burnout em residentes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, v. 45, n.1, p.12-18, 2011.

GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. Nursing. v.1, n. 2, p.28-34, 1998.

HABIB, K.E.; GOLD, P.W.; CHROUSOS, G.P. Neuroendocrinology of stress. Endocrinol Metab Clin North Am. [s/v], n. 30, p. 695-728, 2001.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. Rev. Eletr. Enf. v.11, n. 1, p.55-63, 2009.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE- ILO. Stress prevention at work checkpoints: Practical improvements for stress prevention in the workplace. Geneva : ILO; 2012.

KAC, G.; SILVEIRA, E.A.; OLIVEIRA, L.C.; MARI, J.J. et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 5, p. 999-1007, 2006.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Adm.Sci.Q, v. 24, [s/n], p. 285-308, 1979.

KARASEK, R.A.; THEORELL, T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KELLEY, M.A.; CHALFIN, D.B.A.; CRANDALL E.D.; INGBAR, D.; JOHANSON, W.; MEDINA J.; SESSLER C.N.; VENDER, J. S. The Critical Care Crisis in the United States: A Report From the Profession. Chest Journal. v. 4, n.125, p.1514-1517, 2004.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.5, n.1, p.151-161, 2000.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I.C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saúde, v.7, n.4, p.476-484, 2008.

MANLEY, K. A conceptual framework for advanced practice: an action research project operationalizing and advanced practitioner/consultant nurse role. Journal of Clinical Nursing. [s/v], n. 6, p.179-90, 1997.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. v. 6, [s/n], p. 59-78, 2003.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. Rev. Lat-Am Enf. v.17, n. 01, p. 45-53, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. J Occ Beh. [s/v], n. 2, p.99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELLI, W.B. Historical and conceptual development of burnout. In WILMAR, B.S.; CHRISTINA, M.; MAREK, T. (Orgs.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993, p. 1-18.

MASLACH, C. Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Anais da XXXII reunião anual de Psicologia. Rio de Janeiro, 2001, p 84-85.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. Rev. Bras. Enf., v. 5, n. 59, p.661-665, 2006.

MOUSTAKA, E; CONSTANTINIDIS, T.C. Sources and effects of Work-related stress in nursing. Health Science Journal. v. 4 n. 4, p. 210-216, 2010.

MUNIZ, H.P. Gestão e uso de si na atividade de profissionais de enfermagem em hospital universitário do Rio de Janeiro. In: VERTHEIN, M.A.R.; BRAGA, M.T.; VERGNE, C.M. (Orgs.) Multifaces das práticas em psicologia do trabalho- impasses e criação. Niterói: EDuff, 2011, p. 95-105.

NIOSH: Stress at Work: US National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS Publication Number. p.99-101. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), 1998.

OSÓRIO, C.; ROTENBERG, L.; ARAÚJO, M.T.; SOARES, R. Trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade da enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J.C. (Orgs). Trabalhar na saúde - experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-107, 2011.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem. v.20, n.3, p.305-310, 2007.

PETRO, V.A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. Rev da Esc Enf Anna Nery, v. 4, n.43, p.841-848, 2009.

RAFII, F.; OSKOUIE, F.; NIKRAVESH, M. Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. BMC Nursing, v. 3, n.6, 2001.

RAFTOPOULOS, V.; CHARALAMBOUS, A.; TALIAS, M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health, v. 12, n. 457, p.1-13, 2012.

RAGGIO, B.; MALACARNE, P. Burnout in intensive care unit. Minerva Anesthesiol. v. 73, n.4, p.195-200, 2007.

RAMOS, E.L. A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Rio

de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Uerj, 2009.

RASHAUN, R.; GRUBB, P.L.; GROSCH, J.W. Alleviating Job Stress in Nurses. Medscape. [s/v], n.25, [s/p], 2012. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/765974_print>. Acesso em 10 jan. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução – RDC nº . 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2012.

RICHARDSON, K.M.; ROTHSTEIN, H.R. The effects of worksite stress management intervention programs: a systematic review. Journal of Occupational Health Psychology. [s/v], n.13, p.69-93, 2008.

ROBAINA, J.R.; LOPES, C.S.; ROTENBERG, L.; FAERSTEIN, E.; FISCHER, F.M.; MORENO, C.R.C.; WERNECK, G.L.; CHOR, D. et al. Stressful life events and insomnia complaints among nursing assistants from a university hospital in Rio de Janeiro: the pro-saúde study. Rev. Bras. Epidemiol. v. 12, n. 3, p.501-509, 2009.

SALAS, A.; PARREIRA, S.M.C.P. O trabalho no setor hospitalar: Adoecimento e afastamento por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J.C. (Orgs). Trabalhar na saúde- experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 83-110.

SCHMIDT, D.R.; PALADINI, M.; BIATO, C.; PAIS, J.D.; OLIVEIRA, A.R. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enferm. v. 66, n. 1, pp. 13-17, 2013.

SCHULTE, P.; VAINIO, H. Well-being at work: Overview and perspective. Scandinavian Journal of Work. v. 36, n. 5, p. 422–429, 2010.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis critérios, instâncias. In: Figueiredo, M. et al. (Org). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 23-33.

SELYE, H. The stress of life. Revised edition. New York: MC Graw Hill book co; 1976.

SHIMIZU, H.E.; COUTO, D.T.; HAMANN, E.M.; BRANCO, A.B. Occupational Health Hazards in ICU Nursing Staff. Nurs Res Pract. v.2010, [s/n], p.1-6, 2010.

SILVA, A.A. ; SOUZA, J.M. ; BORGES, F.N.; FISCHER, F.M. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. Rev. Saúde Pública, v. 44, n. 4, p. 718-726, 2010.

SILVA, B.M.; LIMA, F.R.F.; FARIAS, F.S.A.B.; CAMPOS, A.C.S. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm, v. 15, n.3, p. 442-8, 2006.

SILVA, J.L.L.; DIAS, A.C.; TEIXEIRA, L.R. Discussion on the Burnout Syndrome: Its Causes and Implications for the Health of Nursing Personnel. Aquichán. v. 12, n.2, p.144-159, 2012.

SILVA, J.L.L.; LIMA, F.B.; MACHADO, E.A.; COSTA, F.S.; GOMES, R.A. et al. A relação entre estresse e a resiliência do profissional de enfermagem. R Pesq Cuid Fundam., v. 3, n.01, p.1667-75, 2011.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Rev. Eletr. Enf., v.10, n.04, p. 1174-5, 2008.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro, 2007.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. Stress and nursing - the nursing's auxiliaries perception of a public institution. Rev. Esc. Enf. USP.v. 2, n. 11, p.212-219, 2007.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latiam Enf., v.17, n.2. p. 17-25, 2001.

TAMAYO, M.R. burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. Psicologia: Reflexão e Crítica. v.22, n.3, p.474-482, 2009.

WANG, Y.; , FU J.; WANG, L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. BMC Public Health, v. 12, n.915, p.1-8, 2012.

5 CONCLUSÃO

Os APSS demonstram relação com processo de trabalho o qual pode estar marcado por condições precárias e fatores intrínsecos da profissão, como as altas demandas, carga horária e jornada de trabalho, itens estes que possuem importantes repercussões no cotidiano profissional e pessoal dos enfermeiros intensivistas.

Os resultados apontam que 1/3 dos trabalhadores encontravam-se em alta exigência a categoria de maior risco, de acordo com o MDC. O apoio social o qual poderia atuar como amenizador do desgaste revelou-se baixo para cerca de metade dos trabalhadores.

A prevalência de SB mostrou-se expressiva para mais da metade da população investigada, destes 72,5% estavam em alta exigência. Foi constatada a prevalência de 27,7% de TMC, destes 80,6% associados à SB. Isto pode ter ocorrido devido às dimensões serem intersubjetivas, somando-se ao fato de que o desgaste se manifesta por meio de características similares, tanto nos TMCs quanto na SB.

Destacam-se aqui alguns elementos ímpares neste estudo como o aprofundamento da investigação sobre apoio social e as exigências do trabalho e seus efeitos sobre a SB, o fato de a equipe ser formada por metade de trabalhadores do sexo masculino – fato pouco comum entre equipes de enfermagem, a tentativa de se encontrar uma forma de diagnóstico da suspeição de SB de acordo com os tercis face – às variadas formas de diagnóstico; e, a própria estratégia de análise, de forma conjunta, de setores de cuidados críticos de dois hospitais públicos federais.

Soma-se a esse caráter inédito o ocorrido durante a análise bivariada, onde foram constatados valores significativos para alta exigência e baixa exigência, o que corrobora a teoria de maior risco para o desfecho nesses quadrantes. Após análise multivariada, com modelo ajustado, foi constatado o caráter protetor para SB nas dimensões intermediárias do MDC: trabalho ativo e trabalho passivo, dimensões que favorecem novos comportamentos e criatividade. Essa dinâmica corrobora a premissa deste estudo de que as prevalências mais expressivas de SB se alocariam nas categorias de maior exposição. Além disso, os resultados acrescentam a confirmação de que as dimensões intermediárias atuaram como protetoras para o grupo de trabalhadores. Em outras palavras a tese de que o estresse considerado de maior exposição estava associado à SB se confirmou até análise bivariada. Após análise de modelagem multivariada, chega-se a um elemento inédito, o fator de proteção que o estresse oferece quando são observadas as variáveis de exposição intermediárias.

Os fatores referidos como estressores em UTI neste estudo, são os mesmos relatados na literatura, por décadas, sendo os mais frequentes: carga horária; relacionamento interpessoal e déficit de pessoal, similares aos encontrados neste estudo. Identificar algumas dificuldades que os membros da equipe enfrentam em seu cotidiano se faz imprescindível, a fim de compreender os fatores envolvidos com os aspectos psicossociais e traçar algumas medidas mitigadoras. Além disso, embora sejam percebidos esforços ínfimos para a resolução do problema de modo efetivo, de certa forma, há entaves do paradigma econômico que objetiva o lucro no sistema de saúde, mesmo em se tratando de hospitais públicos, pois o Estado é regido pela lógica neoliberal, onde se almeja menor participação do governo no bem-estar social. Na Europa, é atribuída grande importância para os riscos psicossociais e qualidade de vida no ambiente de trabalho, onde os riscos dessa natureza possuem mesma ponderação de valor, quando comparado aos demais. No Brasil, há negligência da relevância dos aspectos psicossociais, a importância é dirigida aos riscos clássicos na saúde do trabalhador; biológicos, físicos e químicos.

A constatação desses riscos à saúde desperta necessidade de atenção especial por parte das instituições, sindicatos e órgãos de fiscalização do trabalho. O trabalho por si é apenas co-participante na gênese de doenças mentais, com isso, é importante ressaltar que características do processo saúde-doença do trabalhador e aspectos da personalidade do sujeito influenciam particularmente no surgimento da SB.

É importante frisar que o trabalho atua como um dos elementos responsáveis pela gênese das desordens mentais, e está inserido no processo saúde-doença do trabalhador. Bem como o labor, como função social, ocupa grande parte do tempo de vida das pessoas. Portanto, o trabalho pode ser considerado desencadeador entre aqueles que possuem fatores contributivos em sua história de vida. Constata-se que as condições laborais a que estão expostos os profissionais favorecem ao estresse ocupacional, pelas características inerentes à profissão e à natureza do trabalho, o que pode resultar em quadro insidioso de SB.

A constatação da SB como multicausal traz reflexão sobre a magnitude do estresse e o impacto à saúde do trabalhador quer seja de ordem física e/ou mental. Com isso, vislumbra-se a necessidade de medidas de intervenção interdisciplinares para amenizar o fenômeno psicossocial estresse. O cotidiano do trabalho da equipe pode tornar-se mais produtivo se forem desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar efeitos maléficos do estresse.

Tal dinâmica danosa envolve questões amplas como aspectos políticos, questões institucionais e econômicas; contudo, um aspecto é fato neste estudo, pois uma vez que a previdência social aponta a SB como risco ocupacional, e apresenta como a causa o ritmo de

trabalho penoso, em outras palavras, seria afirmar que onde existe a síndrome existe trabalho penoso. Penosidade e desgaste que foram confirmados, mediante as opiniões dos trabalhadores, ao tipo de estresse aferido, ao grau de apoio social e às expressivas prevalências.

Estratégias possíveis para minimizar a SB no trabalho seriam: a discussão sobre a carga de trabalho; número de horas trabalhadas; condições salariais, somadas às modificações no âmbito político; o acompanhamento psicológico dos trabalhadores que lidam com a dor, o sofrimento e morte de pessoas; criação de condições para promoção do suporte emocional entre os colegas de trabalho, e exames periódicos a análise das condições de saúde mental.

A visão sobre o problema deve se voltar para a promoção da qualidade de vida no ambiente laboral, e evitar observar somente a doença, ou a visão da patologia ocupacional, pois o trabalho deve trazer prazer e satisfação pessoal. Os profissionais devem participar ativamente nas tomadas de decisões e discussões que envolvem seu bem-estar, dessa forma favorece o apoio social e emocional de variadas origens, como os de colegas de trabalho, supervisores e até mesmo de outras equipes de outros setores.

Aspectos políticos, institucionais e voltados para a qualidade de vida recebem destaque, pois o estresse é algo que transcende o aspecto individual, e possui grande impacto na sociedade. Portanto, ações que partem do geral para que surtam efeito sobre cada trabalhador da UTI são fundamentais. Algumas estratégias são destacadas, neste estudo, como a construção de uma rede nacional de negociação entre sindicatos, conselhos e governo federal; a implantação de gestão participativa, de forma a promover maior percepção sobre o controle sobre o trabalho, e o estímulo ao bom relacionamento interpessoal, através de reuniões de equipe constante, com levantamento de problemas e possíveis soluções.

Percebe-se que é necessária a criação de estratégia integradora de diversos setores como órgãos de classe e fiscalizadores para que as ações de qualidade de vida, medidas para enfrentamento e de controle do estresse surtam efeito. Recebe destaque aqui a Renast e o papel dos Cerests, pois existem especificidades e demandas singulares por parte da equipe de enfermagem intensivista que deveriam ser atentadas por tais instituições. A reflexão traz à tona o grande desafio de encarar o cuidado ao ser humano de forma a desconsiderá-lo como bem de capital, em países em desenvolvimento com sistema neoliberal.

Este estudo evidencia que há necessidade de criação de mais pesquisas envolvendo as características do trabalho da enfermagem, estresse laboral e seu maior dano, a SB, no Brasil e no exterior. Pois, as transformações do mundo moderno do trabalho são rápidas e dinâmicas.

É essencial dar voz ao trabalhador² para que este se manifeste sobre suas demandas e, sejam construídas melhores condições de trabalho em conjunto, através disso atende-se aos princípios que norteiam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ao SUS e, por fim, a saúde do trabalhador.

² Foram realizadas visitas, entregue material informativo e realizadas reuniões com os trabalhadores intensivistas sobre a importância do tema, a fim de ouvi-los e traçar metas em conjunto nas instituições públicas participantes (apêndice).

6 REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S.S. Situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés en la enfermería: el cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

AGUIAR, O.B.; FONSECA, M.J.M.; VALENTE, J.G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do questionário demanda-controle entre trabalhadores de restaurantes industriais do Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol, São Paulo. v. 13, n. 2, p. 212-222, 2010.

ALVERNE, D.G.B.; LINO, J.A.; BIZERRIL, D.O. Variações na mensuração dos parâmetros de desmame da ventilação mecânica em hospitais da cidade de Fortaleza. Rev Bras Ter Intensiva, São Paulo. v. 20, n. 2, p. 149-153, 2008.

ALVES, G. Trabalho e subjetividade: O espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Bomtempo, 2011.

ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão resumida da job stress scale: adaptação para o português, Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ARAÚJO, T. M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: GOMES, C.M.; MACHADO, J.M.H; PENNA, P.G.L. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 325-342.

ARAÚJO, T.M. Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, G.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Burnout: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Casa Civil. Decreto N.º 7.602, De 07 de novembro de 2011 -DOU de 08/11/2011 - Seção 1 - págs. 9 e 10, Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20\(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11).pdf)>. Acessado em: jan de 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem- Cofen. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. 2011. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acessado em jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 - Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acessado em jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.78, 09 de dezembro de 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Diário Oficial da União, Brasília, p. 75- 77, 12 nov 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011. Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) passíveis de implantação no território nacional. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978_15_12_2011.html> . Acessado em jan de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador: Manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Decreto nº 3.048 - de 06 de maio de 1999 - DOU de 07/05/1999, Regulamenta Previdência Social no Brasil. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acessado em fev de 2014.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. Cienc Cuid Saúde, Maringá. v. 7, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. Psicol Estud, Maringá. v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CHIAVEGATTO, C.V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo. v. 38, n. 127, p. 25-27, 2013.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; MARTINS, J.J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arq Cat Med, Florianópolis. v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA, D.; LACAZ, F.A.C.; JACKSON-FILHO, J.M.; VILELA, R.A.G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo. v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

COSTA, L.S.T.; GIL-MONTE, P.R.; POSSOBON, R.F.; AMBROSANO, G.M.B.; Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. Psicol Reflex Crit., v.26, n. 4, p. 636-642, 2013.

CREED, F. Mental health problems at work. BMJ, London. v. 306, n. 6885, p. 1082-1083, 1993.

CRUZ, E.J.E.R.; SOUZA, N.V.D.O. Repercussões da variabilidade na saúde do enfermeiro intensivista. Rev Eletr Enf, Goiânia. v. 10, n. 4, p. 1002-1013, 2008.

DECKARD, G.; METERCO, M.; FIELD, D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizacional relationships. Med Care. 1994; v.32 [s/n], p.745-54.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2007, p. 13-26.

DUARTE, M.C.S. Os significados do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. 2010. Dissertação [Mestrado em saúde da mulher] – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

EL BATAWI, M.A. Problemas de salud psicosociales de los trabajadores en los países en desarrollo. In: KALIMO, R.; EL BATAWI, M.A.; COOPER, C.L. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Genebra: OMS, 1988, p. 15-20.

EVANS, S.; HUXLEY, P.; GATELY, C.; WEBBER, M.; MEARS, A.; PAJAK, S. et al. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. Br J Psychiatry, London. v. 188, p. 75-80, 2006.

FERNANDES, S.R.P. Transformações no mundo do trabalho e a saúde psíquica: a ótica do estresse ocupacional. Organ Soc, Salvador. v. 6, n. 16, p. 67-75, 1999.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo. v. 19, n. 3, p. 310-315, 2006.

FISCHER, F. M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. C.; Rotenberg, L. Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, 2004.

FONSECA, R.M.C.; CARLOTTO, M.S. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. Psicol Pesq, Juiz de Fora. v. 5, n. 2, p. 117-125, 2011.

FRANÇA, H.H. A síndrome de burnout. Rev Bras Med, São Paulo. v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burnout. J Soc Issues, Ann Arbor. v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GLINA, D.M.R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Org.). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 3-32.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.

GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L.; LANDSBERGIS, P.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 45, n. 1, p.145-152, 2011.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 42, n. 2, p. 355-362, 2009.

GULALP, B.; KAECIOGLU, O.; SARI, A.; KOSEOGLU, Z. Burnout: need help? J Occup Med Toxicol, London. v. 3, p. 32, 2008.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO/OIT). Stress prevention at work checkpoints: Practical improvements for stress prevention in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2012. 120 p.

JARDIM, S.R.; RAMOS, A.; GLINA, D.M.R. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010, p. 49-80.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am. J. Public Health, v. 78, n.10, 1336-134. 1988.

JOHNSON, J.V. Control, collectivity and the psychosocial work environment. In: SAUTER, S.L.; HURRELLJUNIOR, J.J.; COOPER, C.L. eds. Job control and worker health. Chichester: John Wiley & Sons, 1989.

KALIMO, R. Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. In: KALIMO, R.; EL BATAWI, M.A.; COOPER, C.L. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: OMS, 1988, p. 3-8.

KARANIKOLA, M.N.; PAPATHANASSOGLU, E.D.; MPOUZIKA, M.; LEMONIDOU, C. Burnout syndrome indices in Greek intensive care nursing personnel. Dimens Crit Care Nurs, Hagerstown. v. 31, n. 2, p. 94-101, 2012.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q, Ithaca. v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R.A.; THEORELL T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

KREIN, J. D. Tendências recentes nas relações de trabalho no Brasil. In: BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D.; SALAS, C. (Org.). Economia e trabalho: Brasil e México. São Paulo: LTR, 2009, p. 199-226.

LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing, 1984.

LEVI, L. Stress in organizations: theoretical and empirical approaches. In: COOPER, C.L. Theories of organizational stress. New York: Oxford University Press, 1988, p. 129-74.

LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 13-26.

LIPP, M.E.N. O stress. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

LIPP, M.E.N. Stress no trabalho: implicações para a pessoa e para a empresa. In: NUNES-SOBRINHO, F.P.; NASSARALIA, I. (Orgs.) Pedagogia institucional: fatores humanos nas organizações. Rio de Janeiro: ZIT, 2005, p. 214-236.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; Marek, T. (Orgs.). Professional burnout: Recent developments in theory and research. New York: Taylor & Francis, 1993, p.19-32.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav, Chichester. v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

MASLACH, C.; SCHAUFELLI, W.B. Historical and conceptual development of burnout. In WILMAR, B.S.; CHRISTINA, M.; MAREK, T. (Orgs.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993, p. 1-18.

McEWEN, B.S.; LASLEY, E. O fim do estresse como nós o conhecemos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

McEWEN, B.S.; LASLEY, E.N. Allostatic load: when protection gives way to damage. In: MONAT, A.; LAZARUS, R. S.; REEVY, G. (Orgs.). The praeger handbook on stress and coping. London: Praeger, 2007, p. 99-111.

MERA, M.J.F.; GASPAR, R.V.; GARCÍA, I.Z.; SÁNCHEZ, S.V.; MELERO, E.A.; GONZÁLEZ, A.S., et al. Síndrome de burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. Enferm Intensiva, Madrid. v. 20, n. 4, p. 131-140, 2009.

MOREIRA, D.S.M.; MAGNANO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro. v. 25, n. 7, p. 1559-68, 2009.

NORIEGA, M.; LAURELL, C.; MARTINEZ, S.; MENDEZ, I.; VILLEGAS, J. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro. v. 16, n. 4, p. 1011-1019, 2000.

OLIVEIRA, P.R.; TRISTÃO, R.M.; NEIVA, E.R. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI neonatal. Educaç Prof: Cienc Tecnol, Brasília. v. 1, n. 1, p. 27-37, 2006.

ORLANDO, J.M.C.; MIQUELIN, L. UTIs contemporâneas. São Paulo: Atheneu, 2008.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Opas). Health in the Americas. Washington: World Health Organization, 1998.

PERLMAN, B.; HARTMAN, A.E. Burnout: Summary and future research. Hum Relat, London. v. 35, n. 4, p. 283-305, 1982.

PETRO, V.A.; PEDRÃO, L.J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP, São Paulo. v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.

PINA, J.A. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística: estudo de caso na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo. 2012. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

PITTA, A. Hospital, dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PONZETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.

RAMIREZ, A.J; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.A.; CULL, A.; GREGORY, W.M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996; 347:724-8.

REIS, E.J.F.B.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A.; SILVANY NETO, A.M. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad saúde pública, v.21, n.5, p.1480-90, 2005.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. Psicol Cienc Prof, Brasília. v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

REVICKI, D.A.; MAY, H.; WHETHLEY, W. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. Behav Med, Washington. v. 17, n. 3, p. 11-16, 1991.

RICHARDSON, K.M.; ROTHSTEIN, H.R. The effects of worksite stress management intervention programs: a systematic review. J Occup Health Psychol, Washington. v. 13, n. 1, p. 69-93, 2008.

RISQUEZ, M.I.R.; FERNÁNDEZ, C.G.; HERNÁNDEZ, F.P.; TOVAR, A.R.A.; ALCARAZ, F.L.; ROMERA, A.L., et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. Enferm Intensiva, Madrid. v. 19, n. 1, p. 2-13, 2008.

RIVIERA, G.J.L. et al. Factores de estrés y enfermedad. Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría, v.19, [s/n], p.290-297,1991.

ROBAZZI, M.L.C.C.; MAURO, M.Y.C.; DALRI, R.C.M.B.; SILVA, L.A.; SECCO, I.A.O.; PEDRÃO, L.J. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enferm, Habana. v. 26, n. 1, p. 52-64, 2010.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: GOMES, C.M.; MACHADO, J.M.H; PENA, P.G.L. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 87-105.

SANTOS, F.D.; CUNHA, M. H. F. ROBAZZI, M.L.C.C.; PEDRÃO, L. J.; SILVA, L. A.; TERRA, F. S. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 01-16, 2010.

SELYE, H. History and Present Status of the Stress Concept. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. Handbook of Stress - Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press, 1986, p.7-20.

SELYE, H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill, 1956.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. J Occup Health Psychol, v.1, n.1, p.27-41, 1996.

SILVA, A.A.; SOUZA J.M.P.; BORGES, F.N.S.; FISCHER, F.M. Qualidade de vida associada a saúde e condições de trabalho entre profissionais de enfermagem. Rev Saúde Publ, São Paulo. v. 44, n. 4, p. 718-725, 2010a.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, J.L.L.; DIAS, A.C.; TEIXEIRA, L.R. Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. Aquichán, Bogotá. v. 12, n. 2, p. 144-159, 2012.

SILVA, J.L.L.; NÓBREGA, A.C.R; BRITO, F.G.F.; GONÇALVES, R.C.; AVANCI, B.S. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. Rev Enferm UFPE, Recife. v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010b.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. Rev Eletr Enf, Goiânia. v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008.

SILVA, R.M.; BECK, C.L.C.; MAGNAGO, T.S.B.S.; CARMAGNANI, M.I.S.; TAVARES, J.P.; PRESTE, F.C. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. O estresse e a enfermagem - a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. Rev Esc Enferm Anna Nery, Rio de Janeiro. v. 11, n. 2, p. 212-219, 2007.

SUNDIN, L.; HOCHWÄLDER, J.; BILDT, C.; LISSPERS, J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud, Oxford. v. 44, n. 5, p. 758-769, 2007.

THEORELL T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L., KAWACHI, I. (Eds). Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000, p. 95-118.

THEORELL, T.; PERSKI, A.A.; AKERSTEDT, T.; SIGALA, F.; AHLBERG-HULTEN, G.; SVENSSON, J., et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state: a longitudinal study. Scand J Work Environ Health, Helsinki. v. 14, n. 3 189-196, 1988.

TIRONI, M.O.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; BARROS, D.S.; REIS, E.F.J.B; MARQUES FILHO, E.S. ALMEIDA, A. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Rev Assoc Med Bras, São Paulo. v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLAK, J.E.C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiq Clin, São Paulo. v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

ZANELLI, J.C.; CALZARETTA, A.V.; GARCIA, A.J.; LIPP, M.E.N.; CHAMBEL, M.J. Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

7 APÊNDICES

7.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SAÚDE E TRABALHO

Pesquisa sobre as condições de trabalho do profissional do de setores fechados
UTI e Coronária



INSTRUÇÕES:

Para completar o questionário, pedimos a você para responder às perguntas que se seguem.

Responda após ler devagar cada pergunta, até o final, e todas as opções de resposta. Escreva as respostas nas lacunas ou marque com “X” a resposta desejada.

Todas as respostas contidas aqui são anônimas e não há como identificar o autor, por isso sinta-se à vontade para preencher o questionário e expor suas opiniões.

Qualquer dúvida, consulte o entrevistador.

Obrigado pela colaboração!

Código do questionário: _____
Entrevistador/Pesquisador: _____
Setor: _____
Data: ____/____/____

BLOCO A**FAREMOS, A SEGUIR, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DE SEU TRABALHO NESTA INSTITUIÇÃO**

A1 Aspectos relacionados ao trabalho:	Sempre/ Frequen- temente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1 []	2 []	3 []	4 []
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	1 []	2 []	3 []	4 []
c) Seu trabalho exige demais de você?	1 []	2 []	3 []	4 []
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? (questão reversa)	1 []	2 []	3 []	4 []
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1 []	2 []	3 []	4 []
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1 []	2 []	3 []	4 []
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1 []	2 []	3 []	4 []
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1 []	2 []	3 []	4 []
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas? (questão reversa)	1 []	2 []	3 []	4 []
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1 []	2 []	3 []	4 []
l) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1 []	2 []	3 []	4 []

A2 A seguir, por favor responda até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas sobre o seu ambiente de trabalho

Sobre o apoio que você recebe no trabalho	Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo totalmente
a) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

A3 Em relação ao estresse no trabalho, você se considera:

- 1 [] nem um pouco estressado (a)
 2 [] um pouco estressado (a)
 3 [] estressado
 4 [] muito estressado

A4 Geralmente, não consigo parar de pensar no trabalho durante a folga.

- 1 [] concordo
 2 [] discordo

A5 Se você pudesse mudar alguma característica relacionada ao seu trabalho o que mudaria?

BLOCO B

NÓS GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DE SUA SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL:

B1 aspetos emocionais e físicos

GRUPO DE SINTOMAS	Sim	Não
Grupo I		
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Assusta-se com facilidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem se sentido triste ultimamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem chorado mais do que de costume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Grupo II		
Tem dores de cabeça freqüentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Dorme mal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem sensações desagradáveis no estômago	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem má-digestão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem falta de apetite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem tremores nas mãos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Grupo III		
Cansa-se com facilidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em tomar decisões	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem dificuldades no serviço (o trabalho é penoso e causa sofrimento)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Sente-se cansado o tempo todo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem dificuldade de pensar com clareza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Grupo IV		
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem perdido o interesse pelas coisas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tem tido a idéia de acabar com a vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

B2 DIMENSÕES REFERENTES AO SEU TRABALHO	NUNCA		RARA- MENTE		ALGUMAS VEZES		FREQUEN- TEMENTE		SEMPRE	
	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
a) Sinto que meu trabalho está me desgastando. (EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
b) Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado (a).(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
c) Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado (a).(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
d) Sinto que estou trabalhando demais.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
e) Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
f) Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
g) Sinto-me emocionalmente decepcionado(a) com meu trabalho.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
h) Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
i) Sinto que trabalhar em contato direto com pessoas, todo o dia, me estressa.(EE)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
J) Sinto que estou exercendo influência positiva na vida de pessoas através do meu trabalho. (RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
k) Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.(RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
l) Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.(RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
m) Sinto que, no meu trabalho, os problemas emocionais são tratados de forma adequada. (RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
n) Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.(RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
o) Sinto-me com muita energia no meu trabalho. (RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
p) Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender. (RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
q) Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender. (RP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
r) Sinto que me tornei mais duro(a) com as pessoas, desde que comecei este trabalho. (DP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
s) Fico preocupado(a) que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.(DP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
t) Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.(DP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
u) Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.(DP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
v) Parece-me que os beneficiados com meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.(DP)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

Para melhor entendermos seu perfil sócio-demográfico, precisamos de alguns dados pessoais para esta pesquisa. Qualquer informação daqui não terá ligação com sua identidade.

BLOCO C

PERGUNTAS SOBRE O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

C1 Quantos anos você tem? _____

C2 Sexo: 1 [] feminino 2 [] masculino

C3 O censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

1 [] Preta/negra 2 [] parda 3 [] branca 4 [] amarela 5 [] indígena

C4 Qual a sua situação conjugal atual?

- 1 [] casado(a), ou vive em união.
2 [] separado(a) ou vive divorciado.
3 [] viúvo(a).
4 [] solteiro(a) (nunca se casou ou vive em união)

C5 Você tem filhos?

- 1 [] sim (responda a questão C6 e C7)
2 [] não (Vá para C8)

C6 Quantos filhos você possui?

1 [] um 2 [] dois 3 [] três 4 [] quatro 5 [] cinco

C7 Seus filhos vivem com você?

- 1 [] sim
2 [] não

C8 O salário mínimo atual é de R\$ 415,00, quantos salários mínimos somam, no total, levando em consideração todos os ganhos financeiros de sua família?

- 1 [] Até 1 salário (R\$ 545,00)
2 [] Entre 1 e 2 SM (de R\$ 545,00 a R\$ 1090,00)
3 [] Entre 2 e 3 SM (de R\$ 1090,00 a R\$ 1.635,00)
4 [] Entre 3 e 4 SM (de R\$ 1.635,00 a R\$ 2.180,00)
5 [] Entre 4 e 5 SM (de R\$ 2.180,00 a R\$ 2.725,00)
6 [] Entre 5 e 6 SM (de R\$ 2.725,00 a R\$ 3.270,00)
7 [] Entre 6 e 7 SM (de R\$ 3.270,00 a R\$ 3.815,00)
8 [] Acima de 7 SM (acima de R\$ 3.816,00)

C9 Qual é a sua escolaridade? (marque o maior grau de instrução que possuir)

- 1 [] Ensino fundamental incompleto.
2 [] Ensino fundamental completo.
3 [] Ensino Médio incompleto.
4 [] Ensino Médio completo.
5 [] Ensino Superior incompleto.
6 [] Ensino Superior completo.
7 [] Pós-graduação lato sensu incompleta.
8 [] Pós-graduação lato sensu completa.
9 [] Pós-graduação *stricto sensu* incompleta (mestrado).
10 [] Pós-graduação *stricto sensu* completa (mestrado).

- 11 [] Pós-graduação *stricto sensu* incompleta (doutorado).
 12 [] Pós-graduação *stricto sensu* completa (doutorado).

CA10 Qual a sua categoria profissional nesta instituição (no seu crachá):

- 1 [] Enfermeiro (a)
 2 [] Técnico de enfermagem
 3 [] Auxiliar de enfermagem
 4 [] _____] _____ outra.
 Qual? _____

C11 Seu contrato de trabalho é:

- 1 [] Temporário 2 [] Experiência 3 [] Estável

C12 Quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

A13 Sua carga horária semanal nesta instituição totaliza quantas horas? _____

C14 Você possui outros empregos? (caso sim, responda C15)

- 1 [] sim (responda seguinte)
 2 [] não (Vá para C16)

C15 Quantos outros empregos você possui? _____

A16 Somadas todas as horas trabalhadas de segunda a sexta, em todas as suas atividades, quantas horas você trabalha por semana? _____

C17 Considerando a sua jornada de trabalho, com que frequência você dispõe de tempo para:

Tempo para cuidar de si mesmo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Cuidar de si mesmo (a)?(estética, saúde, fazer coisas para si próprio)	1 []	2[]	3[]	4 []
Para as tarefas da casa? (compras, pagamento,cozinhar...)	1 []	2[]	3[]	4 []
Para o repouso durante a semana? (excluir o tempo para o sono)	1 []	2[]	3[]	4 []
Para o lazer nos dias de folga?	1 []	2[]	3[]	4 []

C18 Qual seu horário de trabalho?

- 1 [] diurno 7h30 às 18h
 2 [] durante as manhãs 7h30 às 12h
 3 [] noturno 18h às 22h 30
 4 [] vespertino 13 às 18h
 5 [] misto: varia horários da manhã, tarde e noite durante a semana.

C19 Plantão:

- 1 [] noturno 12/36 3 [] diurno 12/60
 2 [] diurno 12/36 4 [] noturno 12/60 [] plantão de 24h

C 20 Qual é o nome do seu setor de trabalho? _____

C 21 Quanto tempo você trabalha nesse setor? _____

C 22 Há quanto tempo você trabalha na enfermagem? _____

Agradecemos sua colaboração, caso você tenha alguma crítica ou sugestão comunique ao entrevistador.

7.2 TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - HU

TÍTULO DO PROJETO: “TENSÃO NO TRABALHO E A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DE SETORES FECHADOS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO”

Responsável pelo projeto: Jorge Luiz Lima da Silva

NOME DO ENTREVISTADO: _____

IDADE: _____ anos

Identidade: _____

O Sr.(a) está sendo convidado para participar da pesquisa **“Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de setores fechados de hospital universitário no estado do Rio de Janeiro”** de responsabilidade do pesquisador: Jorge Luiz Lima da Silva.

- ❖ Que esta pesquisa tem como objetivo: Avaliar o grau de estresse de trabalhadores de enfermagem da unidade de tratamento intensivo e coronariana do hospital universitário, observando a ocorrência de transtornos mentais comuns.
- ❖ Que para a coleta dos dados será utilizada um formulário com perguntas que ajudarão a alcançar os objetivos da pesquisa;
- ❖ Que esta pesquisa não me causará riscos ou desconfortos;
- ❖ Que esta pesquisa trará contribuições importantes para um melhor rendimento ao meu trabalho e poderá indicar se possuo agravos à minha saúde mental;
- ❖ Que recebi respostas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- ❖ Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga algum prejuízo para mim;
- ❖ Que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- ❖ Que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

Eu _____, RG _____ declaro ter sido informado e concordo com sua participação, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura de testemunha 1

Assinatura de testemunha 2

APÊNDICE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- HB

TÍTULO DO PROJETO: “ESTRESSE NO TRABALHO E A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DE SETORES FECHADOS DE HOSPITAL FEDERAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”

Responsável pelo projeto: Jorge Luiz Lima da Silva

NOME DO ENTREVISTADO: _____

IDADE: _____ anos

Identidade: _____

O Sr.(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “**Estresse no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de setores fechados de hospital federal no município do Rio de Janeiro**” de responsabilidade do pesquisadores: Jorge Luiz Lima da Silva.

- ❖ Que esta pesquisa tem como objetivo: Avaliar o grau de estresse de trabalhadores de enfermagem da unidade de tratamento intensivo e coronariana do hospital, observando a ocorrência de transtornos mentais comuns e síndrome do esgotamento profissional.
- ❖ Que para a coleta dos dados será utilizada um formulário com perguntas que ajudarão a alcançar os objetivos da pesquisa;
- ❖ Que esta pesquisa não me causará riscos ou desconfortos;
- ❖ Que esta pesquisa trará contribuições importantes para um melhor rendimento ao meu trabalho e poderá indicar se possuo agravos à minha saúde mental;
- ❖ Que receberei respostas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- ❖ Da liberdade que possuo de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga algum prejuízo para mim;
- ❖ Que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- ❖ Que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

Eu _____, RG _____ declaro ter sido informado e concordo com sua participação, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura de testemunha 1

Assinatura de testemunha 2

7.3 FÔLDER EXPLICATIVO UTILIZADO COM OS TRABALHADORES

DICAS DE PREVENÇÃO

- *Ficar atento à intensidade do trabalho, respeitando os limites do corpo e da mente;
- *Diminuir a competitividade no ambiente de trabalho;
- *Buscar metas coletivas que incluam o bem-estar de todos;
- *Evitar envolver-se com trabalho em momentos de descanso e lazer.

COMO SE DIAGNOSTICA A SÍNDROME?

O diagnóstico é realizado por médico ou psicoterapeuta, levando em consideração as características peculiares das três dimensões da doença, a saber: o esgotamento emocional (tristeza); a despersonalização (frieza); o grau de realização pessoal no trabalho (satisfação com o que faz).

Grupo envolvido:

Acadêmicos:

Jonathan Henrique A. de Almeida
Mariana Ribeiro Lopes
Rafael da Silva Soares
Rebecca Ferreira Moreno

Coordenação:

Prof. Jorge Luiz Lima / UFF
Profa. Liliane Reis Teixeira - Fiocruz



SÍNDROME DE BURNOUT

síndrome do esgotamento profissional

UMA GRAVE CONSEQUENCIA DO ESTRESSE



O QUE É?

SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL (*BURNOUT*) O QUE É?

Conhecida também por “sensação de estar acabado” ou Síndrome de Burnout. Pode ser definida como resposta ao estresse prolongado no trabalho.

Acomete indivíduos que realizam atividades de cuidado humano e que demandam envolvimento emocional intenso.

SINTOMAS

- *Exaustão emocional em relação ao trabalho;
- *Dificuldade de lidar e relacionar-se com o público que atende;
- *Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho, que acompanha o sentimento de incompetência e sensação de que seu trabalho é inútil;
- *Afeta diretamente o envolvimento do trabalhador com o seu trabalho, interferindo nas suas relações;
- *Pode ainda facilitar o aparecimento de doenças físicas, uso de álcool e/ou outras doenças e do suicídio.

TRABALHADORES MAIS ANTIGOS

- *Trabalhadores que cuidam,
- *Trabalhadores da saúde;
- *Trabalhadores da educação;
- *Policiais;
- *Assistentes sociais;
- *Lidam direto com o público/povo;
- *Agentes penitenciários, etc.

CONDIÇÕES QUE FAVORECEM O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME

Mudanças frequentes no trabalho como:

- *Dispensas temporárias, alterações de horários, contratos e turnos constantes;
- *Diminuição do número de funcionários;
- *Contatos diários com muitas pessoas com problemas de dor, sofrimento ou dificuldade;
- *Falta de apoio social, familiar, econômico;
- *Perda de controle e/ou autonomia no trabalho;
- *Ritmo de trabalho intenso.

TRATAMENTO

Ocorre de acordo com cada caso, podendo ter acompanhamento psicológico e uso de medicamentos;

É também indicado o apoio familiar, dos colegas de trabalho, de amigos, entre outros.

IMPORTANTE!!!!

Síndrome de Burnout é considerada um transtorno mental relacionado ao trabalho e, portanto, de notificação obrigatória por parte do empregador. Caso seja, o trabalhador tem direito a licença para se recuperar, pois do que adianta trabalhar doente. Hoje em dias as doenças não só as do corpo, também podem manifestar na mente.



8 ANEXOS

8.1 PARECERES DE COMITÊS DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - Coordenador Geral
Médico

Alair Augusto S.M.D. dos Santos
Médico

Ana Beatriz Monteiro Fonseca
Estatística

Carlos Brazil
Advogado

Denise Mafra
Nutricionista

José Carlos Carraro Eduardo
Médico

José Paravidino de Macedo Soares
Médico

Maria de Fátima Lopes Braga
Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto
Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza
Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros
Assistente Social

Paulo Roberto Mattos da Silva
Psicólogo

Paulo Sérgio Faitanin
Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta
Médica

Regina Lúcia de Oliveira Caetano
Farmacêutica

Renato Augusto Moreira de Sá
Médico

Rosa Leonôra Salerno Soares
Médica

Rosângela Arrabal Thomaz
Bióloga

Rosiléa Said Amazonas
Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado
Enfermeira

Wilson da Costa Santos
Farmacêutico

CEP CMM/HUAP nº 030/08

CAAE nº 0012.0.258.000-08

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:
"TENSÃO NO TRABALHO E A PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES DE SETORES FECHADOS DE HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO"

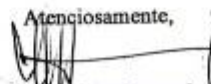
Pesquisador Responsável:
Jorge Luiz Lima da Silva

Pesquisadores Colaboradores:
**Adriana Cibelle Rodrigues da Nóbrega, Fabiane Gonçalves de
Faria Brito e Renata Campos Gonçalves**

Data: 04/04/2008

Parecer: Aprovado.

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HFB 52/10

I. Identificação:

Título do projeto: Estresse no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de setores fechados de Hospital Federal no município do Rio de Janeiro.

Pesquisadores responsáveis: Jorge Luiz Lima da Silva, Danusa de Souza Ramos, Fabiano Bitencourt Lima, Carol Pires Vieira.

Instituição onde se realizará: Hospital Federal de Bonsucesso

Data de apresentação ao CEP: 07/12/2010

II. Objetivos:

Geral: Avaliar o grau de estresse por trabalhador de setores fechados em Unidade Hospitalar observando a ocorrência de transtornos mentais comuns.

Específicos:

- Os profissionais de Enfermagem lotados na Unidade Coronariana e Unidade de Terapia Intensiva se submetem ao estresse de alta demanda;
- Características presentes na organização do trabalho, bem como, o fator ambiente isolado, acabam por influenciar no bem estar geral do trabalhador;
- Quanto maior o grau de estresse do trabalhador maior será seu acúmulo de gordura abdominal e sua pressão arterial.

III. Sumário do projeto: A pesquisa será desenvolvida através do método quantitativo e se dará através de um estudo epidemiológico analítico de desenho seccional. Será investigada a exposição ao estresse tendo como desfecho transtornos mentais comuns. Para execução do projeto serão necessários três pesquisadores que deverão ter em mãos o instrumento da coleta de dados. O instrumento a ser utilizado será um formulário contendo perguntas abertas e fechadas por profissionais da equipe de enfermagem do HGB no setor de Emergência.

Critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: Profissionais da equipe de enfermagem dos setores de Unidade Coronariana e CTI do HFB de todos os turnos do trabalho, o total de participantes será conhecido no final da coleta de dados.

Exclusão: Os que não se enquadrem na descrição acima.

Adequação da metodologia: Adequada.

Adequação das condições: Adequadas.

IV. Comentários de relator frente à Resolução 196/96 e complementares, em particular sobre:

Estrutura do protocolo: Adequada.

Justificativa do uso de placebo: Não se aplica.

Justificativa de suspensão de terapêutica (WASH-OUT): Não se aplica.

Análise de riscos e benefícios:

Riscos: Não há.

Benefícios: Possibilitará conhecer melhor se o trabalho em unidades fechadas implica em riscos a saúde mental dos trabalhadores.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade: Elaboração de propostas visando à saúde mental dos trabalhadores das unidades fechadas.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: TCLE adequado.

Informação adequada quanto ao financiamento: Não há financiamento e os pesquisadores arcarão com os custos.

Outros Centros envolvidos: Não há.

V. Parecer do CEP: Ciências da Saúde – Grupo III

Após avaliação, o CEP-HFB considerou o projeto **aprovado**, pois atende às normas da Resolução 196/96 do CNS.

VI. Data da Reunião: 17/12/2010

VII. Data prevista para a pesquisadora apresentar o Relatório Final: 20/04/2011

Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira
Coordenadora do CEP-HFB

Dra. Sonia Paredes de Oliveira
COORDENADORA DO CEP-HGB



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RELAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E A SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM INTENSIVISTAS DA ÁREA HOSPITALAR

Pesquisador: Jorge Luiz Lima da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24229013.5.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 480.999

Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado, orientado por Liliane Reis Teixeira, qualificado em 26/03/2013 e com financiamento próprio.

Resumo:

Os aspectos psicossociais referem-se a elementos do ambiente organizacional que sofrem influências das características individuais ao serem vivenciados pelos trabalhadores. Pode ser enfatizado o macro contexto histórico e social de cada pessoa ou as origens e efeitos desses aspectos relacionados ao ambiente. O estresse, como elemento-chave referente aos aspectos psicossociais, ganhou destaque no mundo acadêmico, nas últimas quatro décadas, e vem sendo investigado com o uso de escalas. Um exemplo de instrumento que vem sendo aplicado no Brasil é a Job Stress Scale adaptada por Alves et al (2004) que mensura 'demanda psicológica', no trabalho e 'controle', sobre as atividades laborais. O agravamento da situação de estresse causado pelo desgaste contínuo do trabalhador pode levar a consequências de maior impacto para a saúde dos trabalhadores, como a síndrome do esgotamento profissional, ou síndrome de burnout. Trata-se de conceito multidimensional que articula três fatores básicos que podem aparecer em conjunto ou independentes, são: exaustão

CEP/ENSP
HORA: 09h 15
DATA: 04/12/2013
RECIBI: <i>[Assinatura]</i>

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 480.999

emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, fenômeno quem vem sendo referido entre profissionais de saúde atuantes em ambiente hospitalar. A maior força de trabalho nesse espaço é a equipe de enfermagem, assim como é sabido que sua atividade laboral coloca a equipe diuturnamente sob tensão e, especificamente, à mercê de

riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, psicossociais e ergonômicos. Nas unidades de terapia intensiva há ênfase na literatura para características específicas do ambiente como: intensidade; repetição; horas de vigília; pressão; morte; sofrimento; ruídos; tecnologias duras; isolamento, somadas às condições e ritmo de trabalho. Mediante ao exposto, o presente estudo visa analisar os efeitos associados ao burnout, de

forma a promover uma reflexão sobre o processo de intervenção no ambiente laboral em profissionais de enfermagem.

Trata-se de pesquisa de dados secundários de uso restrito.

A pesquisa consiste de dois momentos, sendo o 1º a construção de revisão de literatura sistematizada que já gerou um artigo publicado em revista indexada, e um 2º momento que se dará através de estudo seccional, com base em banco de dados que já foram coletados em dois hospitais federais da área metropolitana do Rio de Janeiro e aguarda aprovação do Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz para a construção da tese.

Da pesquisa que originou o banco de dados participaram todos os maiores de idade (de 18 a 65 anos), funcionários pertencentes à classe de: enfermeiro; técnico; ou auxiliar de enfermagem, sem diferenciação de tipo de vínculo ou turno, credo ou religião, de ambos os sexos, dos setores de cuidados intensivos (adulto e idoso e unidade coronariana).

O pesquisador afirma que os aspectos éticos foram contemplados, na abordagem dos 130 profissionais, para a coleta de dados sócio-demográficos e laborais. O instrumento contemplou a avaliação dos fatores psicossociais através da Job Stress Scale (para a mensuração do estresse no trabalho), a Maslach Burnout Inventory (para avaliação da síndrome de burnout) e Self Reporting Questionnaire (para estimar os transtornos mentais comuns), instrumentos estes validados no Brasil.

O pesquisador pretende realizar análise descritiva dos dados e observância de associações estatísticas entre a exposição estresse e a ocorrência da síndrome de burnout. Cada etapa do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 480.999

processo de análise dos dados será realizada, utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences versão 17.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Trabalhadores de enfermagem, atuantes em ambientes de CTI, expostos a alta demanda e baixo controle no trabalho (aspectos psicossociais) apresentam prevalência expressiva de burnout.

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos dos aspectos psicossociais, sócio-demográficos e laborais associados ao burnout.

Objetivo Secundário:

- Analisar possíveis fatores relacionados aos aspectos psicossociais à ocorrência da síndrome de burnout entre profissionais de saúde;

- Analisar a associação entre demanda, controle e apoio social no trabalho e a síndrome de burnout

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos da pesquisa, o pesquisador informa que "poderá causar o mínimo risco, como ter que interromper suas atividades de trabalho para responder ao questionário. Mas, de outro modo, nesse período poderá refletir sobre seu trabalho. As informações serão sigilosas e armazenadas em local seguro, por um período mínimo de cinco anos. Sobre os possíveis constrangimentos ao grupo participante, pode-se dizer que são mínimos uma vez que os trabalhadores não foram identificados ou diferenciados por setor. Outro fato a ser destacado é que questionário autoaplicado não permite identificação do sujeito, ou seja não houve entrevistadores".

Por benefício direto para a população estudada considera o "retorno das informações aos sujeitos em forma de palestras, pôsteres educativos e orientações" e como benefício indireto a contribuição para o meio científico através de artigos, tese e divulgação em congressos.

Embora o pesquisador tenha incluído em sua análise, informações sobre a coleta de dados, já realizada em pesquisa anterior, o CEP considera suficiente a avaliação tendo em vista que o pesquisador se responsabiliza pelo sigilo das informações e não identificação dos sujeitos e local de trabalho, riscos da atual pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito que trata de tema de grande relevância para a saúde pública e para a

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 480.999

assistência no Brasil. O protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- Formulário de Encaminhamento;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;
- Cronograma adequado;
- Parecer de aprovação do CEP do Hospital Geral de Bonsucesso e do CEP do Hospital Universitário Antonio Pedro;
- Carta explicando ao CEP/ENSP sobre a pesquisa anteriormente realizada, quando foram coletados os dados a serem utilizados pela pesquisa atual;
- Anexo ao projeto, constam os instrumentos utilizados pela pesquisa anterior para coletar os dados, bem como os TCLE utilizados.

O CEP/ENSP entende que o pesquisador Jorge Luiz Lima da Silva, responsável pela atual pesquisa, na qualidade de professor assistente da Universidade Federal Fluminense, é também o pesquisador responsável pelo banco de dados, uma vez que coordenou a pesquisa anterior conforme consta nos documentos dos CEP do Hospital Geral de Bonsucesso e do Hospital Universitário Antonio Pedro e em carta encaminhada ao CEP/ENSP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 480.999

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP/ENSP se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 05 de Dezembro de 2013

Assinador por

Ângela Fernandes Escher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br