



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA

**SÍNDROME DE *BURNOUT*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO  
TRANSVERSAL**

SÃO CRISTÓVÃO

2023

NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA

**SÍNDROME DE *BURNOUT*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Jussiely Cunha Oliveira.

Linha de pesquisa: Modelos teóricos e as tecnologias na enfermagem para o cuidado do indivíduo e grupos sociais.

Área de concentração: Enfermagem.

SÃO CRISTÓVÃO

2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S586s Silva, Noemia Santos de Oliveira  
Síndrome de *Burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam em Unidade de Terapia Intensiva : estudo transversal / Noemia Santos de Oliveira Silva ; orientadora Jussielly Cunha Oliveira. – São Cristóvão, SE, 2023.  
94 f.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Enfermagem. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Burnout (Psicologia). 4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Fadiga mental. I. Oliveira, Jussielly Cunha, orient. II. Título.

CDU 616-083:159.944.4

NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA

**SÍNDROME DE *BURNOUT*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA: ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Sergipe como requisito à obtenção do  
título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

FERNANDA GOMES DE MAGALHÃES SOARES PINHEIRO

Primeira examinadora

---

IELLEN DANTAS CAMPOS VERDES RODRIGUES

Segunda examinadora

---

EDUESLEY SANTANA SANTOS

Primeiro Suplente

---

IKARO DANIEL DE CARVALHO BARRETO

Segundo Suplente

Aos meus amados pais, Edidelcio e Meire,  
minha irmã, Débora, que sempre me apoiaram.  
Ao meu esposo, David, por ter me dado força.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu pai celestial, por me fortalecer, dar-me saúde, resiliência, paciência, paz ao meu coração em muitos momentos que necessitei e sabedoria para permiti que continuasse até o fim, toda honra e glória seja dado a ti.

Agradeço a minha família, especialmente a minha mãe, Meire, que sempre esteve ao lado com muito amor e em oração, como sou abençoada por ter você! Ao meu pai, Edidelcio, que sempre me incentivou, sempre me fez acreditar nos meus projetos e sonhos, você faz parte disso. A minha irmã, Débora, por me escutar, me apoiar e pelas palavras de ânimo e força para não desistir. Essa vitória não é só minha, é NOSSA. O meu amor por vocês é incondicional!

Ao meu esposo, David, pela paciência, atenção, por compreender as ausências, muito obrigada pelo apoio, incentivo e companheirismo. Amo-te!

De forma especial, quero expressar com alegria e gratidão em ter sido orientada pela professora Dra. Jussielly Cunha Oliveira, obrigada pela paciência, apoio, pelas palavras de conforto que me ajudou a prosseguir. Sou grata por todos os ensinamentos que você realizou com tanta maestria e dedicação. Gratidão a Deus por ter oportunizado este encontro!

Agradeço também aos professores do ensino médio, da faculdade e em especial os professores que fazem parte do PPGEN/UFS, pelo acolhimento, respeito, dedicação, oportunidade de ensino e aprendizado.

Agradeço a minha querida turma de Mestrado pela amizade e apoio, especialmente a Lucas, Rayane, Fernando, Camila, por tanto companheirismo. Agradeço a minha dupla e amigo Douglas, que esteve comigo desde a faculdade até o mestrado, que comemorou cada etapa vencida, sou feliz por sua amizade e será assim por toda vida. Jessica Lane, amiga você foi essencial, especialmente no final da minha trajetória. Obrigada, pela amizade, por cada mensagem de conforto e abraço, isso me confortou e ajudou a continuar.

Agradeço aos colegas de trabalho pela força, apoio e torcida, em especial, Katarine, Keila, Rafael, Karine, Karol e Thiago, vocês são maravilhosos. Obrigada!

Agradeço aos alunos de enfermagem da UFS/Campus Lagarto, Daniela, Alana, Marcos, Giovana, Evellyn, Alice e Lucas, por todo apoio, especialmente na coleta de dados. Agradeço a todos meus alunos, em especial Thainá, Alda, Ellen e Igor, que carinhosamente me incentivaram a prosseguir neste caminho acadêmico. E, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta valiosa conquista. Muito Obrigada!

“Não temas, porque eu estou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.”

Isaías 41:10.

## RESUMO

SILVA, N.S.O. **Síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam em Unidade de Terapia Intensiva:** Estudo Transversal. 2023. Dissertação (mestrado)-Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2023.

**Introdução:** Para os profissionais da saúde, cuidar de uma vida em sofrimento e morte pode ocasionar alterações psíquicas, sendo identificado como um ofício insalubre para toda equipe envolvida. Nesse sentido, o trabalho cotidiano de profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de terapia intensiva (UTI), gera sentimentos que oscilam, especialmente pela gravidade dos pacientes atendidos. **Objetivo:** Determinar as associações entre síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. **Materiais e método:** Coorte transversal com abordagem descritiva e quantitativa. A amostra foi composta por 164 profissionais de enfermagem de um hospital público de grande porte e do Hospital Universitário, ambos no estado de Sergipe. Os dados foram coletados entre janeiro a abril de 2023, por meio de questionário contendo itens para caracterização socioeconômica, condições de saúde e ocupacional, escala de HADS e Maslach *Burnout* Inventory, para avaliação de ansiedade/depressão e síndrome de *burnout*, respectivamente. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Dos 164 entrevistados a maioria era do gênero feminino, com faixa etária predominante média de idade 41,2 anos, união estável (40,9%) e técnicos de enfermagem (77,4%). Em relação aos aspectos ocupacionais, a maioria eram concursados (52,1%), ganhavam até dois salários mínimos (31,5%), possuía mais de um vínculo empregatício (56,2%), trabalhavam até 43,4 horas semanais, reportaram sofrer pressão no trabalho (40,7%) e lidar com morte e sofrimento (78,5%). Na avaliação de HADS-a, observou-se que 11,6% profissionais tem probabilidade para desenvolver transtorno de ansiedade. Em relação a escala HADS-d, evidencia-se que 69,5% tem probabilidade para desenvolver depressão. Quanto à escala de Maslach *burnout* Inventory, a síndrome de *burnout* está presente em 47 (28,7%) dos profissionais. **Conclusão:** O diagnóstico de HAS, tabagismo, uso de ansiolítico e antidepressivo casuais, vínculo de concurso e sofrer pressão no trabalho, são predisponentes para o desenvolvimento de sinais de ansiedade e depressão. A síndrome de *burnout* apresentou significativa relação com moradia, escolaridade, uso de drogas, ansiedade e diabetes mellitus,

e os fatores ocupacionais predisponentes para SB foram sobrecarga de trabalho, insatisfação salarial e com condições laborais e pressão no trabalho.

**Descritores:** Ansiedade; Depressão; Esgotamento psicológico; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

SILVA, N.S.O. ***Burnout syndrome, anxiety and depression in nursing professionals working in the Intensive Care Unit***: Cross-sectional study. 2023. Dissertation (master's degree)-Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Sergipe, Sergipe, 2023.

**Introduction:** For health professionals, caring for a life in suffering and death can cause psychic changes, being identified as an unhealthy job for the entire team involved. In this sense, the daily work of nursing professionals working in intensive care units (ICU) generates feelings that fluctuate, especially due to the severity of the patients treated. **Objective:** To determine the associations between burnout syndrome, anxiety and depression in nursing professionals working in the Intensive Care Unit. **Materials and method:** Cross-sectional cohort with a descriptive and quantitative approach. The sample consisted of 164 nursing professionals from a large public hospital and the University Hospital, both in the state of Sergipe. Data were collected between January and April 2023, using a questionnaire containing items for socioeconomic characterization, health and occupational conditions, HADS scale and Maslach Burnout Inventory, to assess anxiety/depression and burnout syndrome, respectively. Categorical variables were described using absolute and relative percentage frequencies. The hypothesis of independence between categorical variables was tested using Pearson's Chi-Square test and Fisher's exact test, the significance level adopted was 5%. **Results:** Of the 164 interviewees, the majority were female, with a predominant average age of 41.2 years, stable unions (40.9%) and nursing technicians (77.4%). In relation to occupational aspects, the majority were civil servants (52.1%), earned up to two minimum wages (31.5%), had more than one employment relationship (56.2%), worked up to 43.4 hours per week, reported experiencing pressure at work (40.7%) and dealing with death and suffering (78.5%). In the HADS-a assessment, it was observed that 11.6% of professionals are likely to develop an anxiety disorder. Regarding the HADS-d scale, it is clear that 69.5% are likely to develop depression. Regarding the Maslach burnout Inventory scale, burnout syndrome is present in 47 (28.7%) of professionals. **Conclusion:** The diagnosis of SAH, smoking, use of casual anxiolytics and antidepressants, employment contracts and suffering pressure at work are predisposing to the development of signs of anxiety and depression. Burnout syndrome showed a significant relationship with housing, education, drug use, anxiety and diabetes mellitus, and the occupational factors predisposing to BS were work overload, dissatisfaction with pay and working conditions and work pressure.

**Descriptors:** Anxiety; Depression; *Burnout*; Psychological; Nursing; Intensive Care Units.

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 01- Associação entre ansiedade e variáveis independentes, 2023                               | 39 |
| Tabela 02- Análise de razão de prevalência multivariada para HADS-A, 2023                           | 41 |
| Tabela 03- Distribuição dos escores de ansiedade e depressão, conforme escala HADS, 2023            | 42 |
| Tabela 04- Distribuição das dimensões de Síndrome de <i>Burnout</i> , conforme escala MBI-HSS, 2023 | 42 |
| Tabela 05- Associação entre <i>burnout</i> e variáveis independentes, 2023                          | 45 |
| Tabela 06- Relação ajustada e isolada de HADS-A/MBI-HSS, 2023                                       | 49 |
| Tabela 07- Relação ajustada e isolada de HADS-D/MBI-HSS, 2023                                       | 47 |
| Tabela 08- Associação entre depressão e variáveis independentes, 2023                               | 47 |

## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 01- Fatores de risco associados a ansiedade, 2014 | 20 |
| Quadro 02- Fatores de risco associados a depressão, 2014 | 22 |
| Quadro 03- Categorização dos escores da MBI-HSS, 2010    | 35 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|             |   |
|-------------|---|
| UTI         | Unidade de Terapia Intensiva                            |
| COVID       | Coronavirus Disease                                     |
| OMS         | Organização Mundial da Saúde                            |
| PNS         | Pesquisa Nacional de Saúde                              |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística         |
| DSMV        | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders   |
| SB          | Síndrome de <i>burnout</i>                              |
| HUSE        | Hospital de Urgência de Sergipe                         |
| HUL         | Hospital Universitário de Lagarto                       |
| SIGAU       | Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal |
| IC          | Insuficiência Cardíaca                                  |
| IAM         | Infarto Agudo do Miocárdio                              |
| AVE         | Acidente Vascular Encefálico                            |
| CLT         | Consolidação das Leis do Trabalho                       |
| HADS        | Anxiety and Depression Scale                            |
| MBI-<br>HSS | Maslach <i>Burnout</i> Inventory – Human Service Survey |
| TCLE        | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido              |
| PIBIC       | Programa de Iniciação Científica                        |
| NEP         | Núcleo permanente de educação                           |
| GEP         | Grupo de Ensino e Pesquisa                              |

RP Razão de Prevalência

IC95% Intervalo com 95% de Confiança.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 15 |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 17 |
| 2.1 O trabalho da enfermagem nas unidades de terapia intensiva .....  | 17 |
| 2.2 Ansiedade: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento .....  | 19 |
| 2.3 Depressão: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento .....  | 21 |
| 2.4 Síndrome de <i>burnout</i> : conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento.....   | 24 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....  | 27 |
| 3.1 Objetivo geral.....   | 27 |
| 3.2 Objetivos específicos .....   | 27 |
| <b>4 MÉTODOS</b> .....  | 28 |
| 4.1 Desenho do estudo .....   | 28 |
| 4.2 Cenário.....  | 28 |
| 4.2.1 Equipe de pesquisa .....  | 29 |
| 4.3 Participantes.....  | 30 |
| 4.4.Variáveis do estudo .....   | 31 |
| 4.5 Fontes de dados e mensuração.....   | 33 |
| 4.5.1 Escala Hospital Anxiety and Depression Scale.....   | 33 |
| 4.5.2 Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI-HSS).....   | 34 |
| 4.6 Tamanho do estudo .....   | 35 |
| 4.7 Métodos estatísticos .....  | 36 |
| 4.8 Aspectos éticos.....  | 37 |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....   | 38 |
| 5.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem.....  | 38 |
| 5.2 Relação entre os níveis de ansiedade, síndrome de <i>burnout</i> com os dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais..... | 39 |
| 5.3 Relação isolada e ajustada entre depressão, ansiedade e síndrome de <i>burnout</i> ....   | 46 |
| <b>6. DISCUSSÃO</b> .....   | 51 |
| 6.1 Caracterização dos dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais ..  | 51 |
| 6.2 Fatores associados a ansiedade .....  | 53 |
| 6.2 Fatores associados a depressão .....  | 55 |
| 6.2 Fatores associados a síndrome de <i>burnout</i> .....   | 57 |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 61 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 63 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>                    | <b>73</b> |
| <b>APÊNDICE B- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE.....</b> | <b>76</b> |
| <b>ANEXO B- ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ...</b>              | <b>79</b> |
| <b>ANEXO C- QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY .....</b>                           | <b>81</b> |
| <b>ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>                                   | <b>83</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem podem estar relacionados a situações conflitantes, por estarem constantemente prestando serviços de cuidados à saúde. Para tanto, inerente ao papel de ser humano, esses profissionais vivenciam conflitos de ordem psíquica associados a fatores emocionais e condições de trabalho, que têm o potencial de impactar negativamente a saúde mental, incluindo a experiência de sofrimento psicológico (GREENBERG *et al.*, 2021).

O trabalho é um processo no qual o profissional, por meio das suas ações, controla e modifica a natureza, com o objetivo de produzir algo, e nesse contexto, modifica a si mesmo, uma vez que transmite no trabalho as perspectivas de resultado. Na saúde, o trabalho tem como propósito a ação terapêutica, sendo o objeto de trabalho as pessoas que necessitam de assistência, com toda a complexidade e subjetividade de ser humano (FORTE *et al.*, 2019).

O cuidado com a vida em sofrimento e morte pode ocasionar alterações psíquicas, sendo identificado como um ofício insalubre para toda a equipe envolvida. Nesse sentido, a vivência do trabalho dos profissionais de enfermagem gera sentimentos ambíguos, ora de prazer, ora de sofrimento. Isto ocorre devido à possibilidade de serem úteis enquanto ajudam e confortam, todavia, ao se depararem com o sofrimento alheio, morte, ou situações difíceis, há sofrimento psíquico para os profissionais (BARBOSA *et al.*, 2020).

Dentre os setores do ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido enfatizada como um dos mais estressantes, não apenas para os pacientes e familiares, como também para os profissionais de saúde, devido ao perfil da unidade, que se destina ao atendimento a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados e supervisão constante (CASTRO *et al.*, 2020a).

Além do sofrimento dos pacientes, podem-se mencionar a sobrecarga de trabalho, a complexidade dos procedimentos, a falta de recursos humanos e materiais, ruídos excessivos, ambiente fechado e com iluminação artificial, pressões sofridas por gestores ou colegas de trabalho, dificuldade no relacionamento e sofrimento dos familiares, dentre outros, que são fatores estressores existentes na UTI e que podem desencadear sofrimento psíquico nos profissionais, dentre eles síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

A síndrome de *burnout* é uma reação ao estresse crônico no ambiente ocupacional que tem consequências negativas na saúde física e mental do trabalhador. Essa condição tem sido relatada entre profissionais de enfermagem, muitas vezes, inseridos em contextos com

sobrecarga de trabalho e relações interpessoais intensas que predispõem ao desenvolvimento do *burnout* (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Estudos apontam o adoecimento psíquico de profissionais de enfermagem, como ansiedade, que se caracteriza como uma ideação negativa do futuro, antecipação exagerada do perigo de algo desconhecido, além de sentimentos como medo, apreensão e desconforto, que somatizam no corpo (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

Da mesma maneira, a depressão, que, por sua vez, provoca alterações de humor e cognição, desperta sentimento de tristeza, dificuldade de vivenciar e se animar com a rotina da vida. Em razão disso, o contexto de pandemia se tornou fator de preocupação, especificamente, quanto à saúde mental deste grupo (BORGES *et al.*, 2021; MIRANDA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

Os profissionais de enfermagem de cuidados intensivos possuem alto risco de sofrimento psíquico, que foi potencializado durante a fase inicial da pandemia de COVID-19, decorrente das repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também de impactos sociais e na saúde, onde relataram o aumento da pressão psicológica devido ao aumento da carga de trabalho, medo do desconhecido, risco de infecção, mudança constante de protocolo e rotinas, tomadas de decisões e dilemas éticos (MITRA *et al.*, 2020).

A partir da compreensão de que os profissionais de enfermagem propendem a sofrer com as condições de trabalho, as quais influenciam significativamente na saúde mental e na assistência ofertada à sociedade nas instituições de saúde, surgiram os questionamentos: Fatores sociodemográficos e ocupacionais são determinantes para a depressão, ansiedade e síndrome de *burnout* em profissionais da equipe de enfermagem? Profissionais da equipe de enfermagem possuem um escore alto de depressão, ansiedade e síndrome de *burnout*? Depressão, ansiedade e síndrome de *burnout* estão correlacionados?

Frente a estes questionamentos, surgiram as hipóteses: provável ansiedade tem maior probabilidade de desenvolver a síndrome de *burnout*; fatores sociodemográficos e dados ocupacionais estão relacionados com depressão, transtorno de ansiedade e síndrome de *burnout* em profissionais da equipe de enfermagem.

Tendo em vista a potencialidade do adoecimento mental da equipe de enfermagem, já identificada na literatura, justifica-se a realização desta pesquisa devido à limitação de associações de síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e fatores associados. Além disso, ressalta-se a contribuição científica deste estudo para a enfermagem, considerando a promoção de reflexões, como também a elaboração de protocolos e estratégias de enfrentamento para prevenir o adoecimento mental nos profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O trabalho da enfermagem nas unidades de terapia intensiva

As unidades de terapia intensiva desempenham um papel crucial na monitorização dos sinais vitais dos pacientes, avaliando suas condições críticas e intervindo nesses casos. Ao contrário de outras áreas hospitalares, as UTIs contam com dispositivos complexos e especiais. Embora as oportunidades de tratamento, e qualidade de vida dos pacientes tenham aumentado com o avanço da tecnologia, os fatores estressantes e ambientais podem afetar negativamente o estado mental da equipe de saúde (GEZGINCI *et al.*, 2018).

Em qualquer que seja a unidade de atuação, os profissionais de enfermagem possuem importante função no cuidado e recuperação da saúde do paciente. Todavia, em UTI, a responsabilidade da enfermagem é imensa, devido à criticidade dos indivíduos que são assistidos nessa unidade. É necessário que o profissional de enfermagem possua agilidade na tomada de decisões, exerça um cuidado livre de danos, com conhecimento e controle emocional (BRIER *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem que trabalha em uma UTI, enfrenta maior risco de desenvolver sofrimento psíquico, uma vez que lida regularmente com eventos críticos e discute o fim da vida com o paciente e familiares. Além disso, os hábitos de vida, condições de saúde, conflitos e estresse no ambiente ocupacional, potencializam o esgotamento físico e psicológico, que podem desencadear transtornos mentais nos colaboradores (FERNANDES *et al.*, 2018).

Os transtornos mentais são sinais e sintomas relacionados a perda do equilíbrio emocional, surgem quando os processos de trabalho vão além da capacidade de adaptação do profissional, tornando intenso a insatisfação, indignidade e inutilidade, além da sensação de adoecimento intelectual, consequentemente, afetando a produtividade em ambiente de trabalho (HALL *et al.*, 2022).

Sob mesmo ponto de vista, o profissional com transtorno mental tem como sintomatologia: irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, concentração prejudicada, baixo desempenho físico e intelectual, queixas algícas e somáticas, sendo a estrutura laboral e as condições de vida, fatores determinantes para o aparecimento desse adoecimento. Esses sintomas possuem duração longa ou são transitórios, recorrentes ou não, raramente fatais, mas incapacitantes (PENACOBÁ *et al.*, 2021).

O aspecto ocupacional e condições físicas são alguns dos aspectos que influenciam significativamente o estado mental dos colaboradores. Os gestores hospitalares que atuam em ambientes de cuidados intensivos, devem ter a ciência dos fatores de risco de doenças psíquicas, e das implicações inerentes a esses problemas no ambiente de trabalho (SALMON; MOREHEAD, 2019).

A enfermagem, em si, é uma profissão mal remunerada, sendo comum os profissionais terem mais de um vínculo empregatício para aumentar a renda salarial, elevando ainda mais a sobrecarga física. Assim, observa-se o desenvolvimento de depressão, síndrome de *burnout*, e entre outros, que podem ser desencadeados por uma combinação de fatores, incluindo o ambiente de trabalho desafiador, carga de trabalho exaustiva, e a responsabilidade de tomar decisões críticas em momentos de crise (BARBOSA *et al.*, 2020).

Essa categoria representa o maior contingente de trabalhadores do Sistema Único de Saúde no Brasil. São 2.726.744 profissionais que atuam nos hospitais, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem. Depois de anos de luta, em 4 de agosto de 2022, foi sancionada pelo Executivo a Lei nº 14.434/2022, aprovada pelo Congresso Nacional, que regulamenta o piso salarial da Enfermagem, todavia o pagamento com valores ajustados ainda está em trâmite (COFEN, 2023).

Nessa perspectiva, é importante que as instituições de saúde promovam a valorização do profissional através de melhores condições salariais, visando garantir a saúde e o bem-estar do colaborador. Além disso, é fundamental que a saúde mental dos colaboradores seja monitorada e tratada adequadamente, uma vez que o sofrimento psíquico em profissionais da enfermagem, também compromete a segurança e a qualidade da assistência aos pacientes (FERNANDES *et al.*, 2018).

## 2.2 Ansiedade: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento

A ansiedade, é uma resposta emocional normal ao estresse, pode ser caracterizada por sintomas como inquietação, nervosismo, irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia, cansaço, tremores e sintomas físicos como sudorese, palpitações e dispneia. É importante lembrar que esse transtorno é uma resposta adaptativa e pode ser útil em algumas situações, quando é necessário estar alerta diante de um perigo iminente (PAHO, 2018).

No entanto, quando se torna excessiva e começa a interferir na vida cotidiana, pode ser considerada um transtorno de ansiedade. Para a American Psychiatric Association, os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade. Medo é a resposta emocional a ameaça real ou identificada, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura, sendo associada a tensão muscular, vigilância para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (AHA, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um problema de saúde mental que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que 9,3% dos brasileiros têm transtorno de ansiedade. Isso representa cerca de 18,6 milhões de pessoas até 2030 (FIOCRUZ, 2019; WHO, 2020a).

A OMS estima que a prevalência do diagnóstico desse transtorno tenha pico na meia-idade, todavia, decline ao longo dos últimos anos de vida. Observa-se que os indivíduos do sexo feminino têm duas vezes mais probabilidade de possuir o transtorno de ansiedade generalizada. O risco de morbidade durante a vida é de 9% (WHO, 2020a).

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (2014) lista os principais sintomas da ansiedade: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; agitabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.

O transtorno de ansiedade generalizada se distingue da ansiedade não patológica, no primeiro as preocupações são excessivas, intensas e angustiantes, geralmente interferem no aspecto psicossocial, enquanto na segunda as preocupações da rotina não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis (BRASIL, 2014).

Para DSM-V, o transtorno de ansiedade generalizada está envolvido com alguns fatores, que estão descritos no quadro a seguir:

**Quadro 1.** Fatores de risco associados ao transtorno de ansiedade, 2014

| <b>Fatores</b>           | <b>Definição</b>   |
|--------------------------|--|
| Temperamentais           | Inibição comportamental, com neuroticismo, que é caracterizado por afetividade negativa.   |
| Ambientais               | Embora as adversidades na infância e a superproteção parental sejam relacionadas ao transtorno de ansiedade generalizada, não foram identificados fatores ambientais específicos para o transtorno ou necessários para fazer o diagnóstico na vida adulta. |
| Genéticos e fisiológicos | Um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é decorrente do fator genético, o que se sobrepõe ao risco de neuroticismo, comum nos outros transtornos de ansiedade e humor, particularmente o transtorno depressivo maior.       |

Fonte: BRASIL, 2014.

O adoecimento da saúde mental geralmente envolve mudança no pensar, sentimento e comportamento, que são consideradas indesejáveis pela pessoa ou pelo ambiente. Essas alterações podem se apresentar em uma ampla faixa de gravidade, desde os aborrecimentos até distúrbios psiquiátricos diagnosticáveis (BRIER *et al.*, 2020).

Assim, esse transtorno gera preocupações excessivas, de difícil controle, diariamente por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades relacionadas. Pode se manifestar por meio de sintomas como: dificuldade de deglutição, calafrios, xerostomia, taquicardia, taquipneia, dispneia e sudorese. O diagnóstico é realizado com base na história, em achados laboratoriais, exame físico e efeito fisiológico de outra condição médica específica (BRASIL, 2014).

O tratamento é geralmente uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia. Essa condição costuma ser tratada por meio de uma abordagem que envolve algum tipo de psicoterapia, que pode ajudar a identificar as causas subjacentes que desencadeiam a ansiedade e fornecer meios para superá-la, além da utilização de medicamentos específicos para o tratamento (BRASIL, 2020).

### **2.3 Depressão: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento**

Os profissionais de enfermagem sofrem influência de diversos estressores no ambiente de trabalho: carga horária fatigante, equipe reduzida e a complexidade dos procedimentos. Isso pode ser extremamente desgastante e prejudicial para a saúde e bem-estar desses trabalhadores, além de comprometer a qualidade do atendimento ao paciente (SANTOS; GUEDES, 2019).

No contexto específico da equipe de enfermagem que atua em UTI, é comum jornadas prolongadas, muitas vezes durante o horário noturno. Devido ao trabalho exaustivo, estão mais propensos a desenvolver o estresse ocupacional, que é um fator determinante da depressão (BARBOSA *et al.*, 2020).

A depressão é definida como uma síndrome com diversos sintomas físicos e emocionais, que tem implicações sobre a capacidade do indivíduo no âmbito pessoal, social e familiar. Esse transtorno mental, será a doença mais comum do mundo nos próximos vinte anos, gerando custos econômicos para os governos, em razão do tratamento oneroso para cidadãos, porque instiga negativamente o modo de viver e, principalmente, de cuidar (WHO, 2020a).

Cerca de 350 milhões de pessoas, em média 5% das pessoas no mundo, são acometidas e 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (PAHO, 2018).

Segundo a OMS, a prevalência de depressão no Brasil é de 5,8%, equivalente a 11,5 milhões de brasileiros. A depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida (BRASIL, 2020).

O transtorno depressivo ocupa primeiro lugar, quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida. A época comum do aparecimento é no final da terceira década da vida, porém pode iniciar em qualquer idade, porém há prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% para os homens (BRASIL, 2021).

Além disso, está associado com alta mortalidade, como também mudança no apetite ou peso, fadiga e perturbação do sono, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (AHA, 2014).

Há uma série de evidências que revelam alterações químicas no cérebro do indivíduo com depressão, principalmente, com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que possibilitam a comunicação dos impulsos nervosos entre as células. Outros processos que decorrem dentro das células nervosas, também

estão envolvidos. Ressalta-se que os fatores psicológicos e sociais são consequências e não a causa da depressão (BRASIL, 2020).

O DSM-V (2014) afirma que o estresse pode ocasionar a depressão em pessoas com predisposição, que provavelmente é genética. A prevalência é estimada em 19%, onde aproximadamente uma em cada cinco pessoas no mundo, apresenta esse transtorno em algum período da vida. Assim, os fatores de risco envolvidos estão descritos no quadro 2.

**Quadro 2-** Fatores de risco relacionados à depressão, 2014

| <b>Fatores</b>                  | <b>Definição</b>   |
|---------------------------------|--|
| <b>Temperamentais</b>           | O neuroticismo é um fator de risco bem estabelecido para o início do transtorno depressivo, e altos níveis aumentam a probabilidade do desenvolvimento de episódios depressivos em resposta a eventos estressantes.  |
| <b>Ambientais</b>               | Experiências adversas na infância, especialmente quando existem diversas experiências, são potenciais para transtorno depressivo maior.  |
| <b>Genéticos e fisiológicos</b> | Estima-se que esse componente represente 40% da suscetibilidade para desenvolver depressão. Há evidências de que os neurotransmissores Noradrenalina, Serotonina e Dopamina estejam envolvidos na regulação da atividade motora, do apetite, do sono e do humor. |
| <b>Modificadores do curso</b>   | Uso de substâncias, ansiedade e transtorno da personalidade <i>borderline</i> , condições médicas crônicas ou incapacitantes, doenças prevalentes como diabetes, obesidade mórbida e doença cardiovascular.  |

Fonte: BRASIL, 2014.

As manifestações clínicas para o diagnóstico estão presentes quase todos os dias, durante o mesmo período de 2 semanas: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso sem relato de dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para suicídio (BRASIL, 2014).

Existem tratamentos eficazes para a depressão moderada e grave, dentre esses, estão a ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal ou medicamentos antidepressivos. Os tratamentos psicossociais também são efetivos para a depressão leve. Os antidepressivos podem ser eficazes no caso de depressão moderada e grave, mas não são a primeira linha de tratamento para os casos mais leves. Esses medicamentos não devem ser usados para tratar depressão em crianças e não são a primeira linha de tratamento para adolescentes ((PAHO, 2018).

É necessário a discussão sobre os efeitos adversos associados aos antidepressivos, como também a possibilidade de oferecer um outro tipo de intervenção, considerando as preferências individuais. Os programas de apoio à saúde mental, podem incluir sessões de aconselhamento, grupos de apoio, treinamento em habilidades de gerenciamento de estresse. Além disso, é importante que os empregadores reconheçam a importância de cuidar da saúde mental de seus funcionários, forneçam recursos e apoio adequados para garantir que esses possam desempenhar o trabalho de forma saudável e com eficácia (MACHADO *et al.*, 2018).

## 2.4 Síndrome de *burnout*: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento

O ambiente hospitalar, especialmente a UTI, é conhecido por ser altamente estressante e desafiadora para os trabalhadores da saúde. A natureza do trabalho envolve lidar com pacientes gravemente enfermos, lutando por suas vidas, e familiares angustiados. Isso pode ocasionar um aumento na carga das emoções e estresse, que pode eventualmente desencadear a síndrome de *burnout* (SB), compreendida como síndrome psicológica relacionada à prestação de serviços e decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho (SANTOS *et al.*, 2018).

Também conceituado como síndrome de esgotamento profissional, é cada vez mais frequente em profissionais que trabalham em contato direto com os indivíduos, onde estabelecem relações interpessoais, e o profissional esteja emocionalmente envolvido. Nesse sentido, Salmon e Morehead (2019), afirmam que a síndrome de *burnout* é a exaustão emocional, na qual há sobrecarga de trabalho, que pode levar à despersonalização de quem recebe o cuidado e até mesmo a uma percepção reduzida de realização pessoal.

Os profissionais da enfermagem vivenciam muitas demandas emocionais dos indivíduos, que são acometidos por diversos problemas de saúde. Além disso, têm interação direta e contínua com os pacientes, permanecem mais tempo na instituição de saúde, realizam as atividades à beira do leito, como também lidam diariamente com dor, sofrimento e morte, assim, são expostos a uma elevada carga psíquica que, somada às condições de trabalho, pode desencadear os sintomas de esgotamento físico e mental (SILVA *et al.*, 2019).

O esgotamento profissional é caracterizado por sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A SB pode envolver sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, como fadiga, distúrbios do sono ou do apetite, dores musculares, ansiedade, frustração, irritabilidade, dificuldade de concentração, isolamento social, dentre outros. A tradução da palavra *burnout* resume como o profissional esgotado se sente: “sendo consumido pelo fogo” (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

A definição de síndrome de *burnout* mais aceita é a de Maslach, que a define como uma síndrome psicológica proveniente do estresse crônico no trabalho. É caracterizada por desgaste emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, com consequências negativas nos aspectos individual, profissional, familiar e social. O desgaste emocional consiste na falta de energia, acompanhada por um sentimento de esgotamento emocional. A despersonalização é compreendida por insensibilidade emocional, mantendo-se a dissimulação afetiva com os pares e pacientes. A diminuição da realização pessoal é caracterizada por sentimento de inadequação pessoal e profissional, com tendência à autoavaliação negativa (MEALER, 2016).

Como consequência, os trabalhadores que sofrem de SB manifestam desmotivação no trabalho, faltam ao trabalho regularmente, fazem o mínimo possível de suas tarefas, não cumprem a carga horária de trabalho e pedem demissão. Tanto o absenteísmo quanto a redução do quantitativo de trabalhadores, podem comprometer a assistência ao paciente (BALDONEDO *et al.*, 2019).

Na síndrome de *burnout* há sintomas físicos e psíquicos, onde as alterações podem ser psicossomáticas, emocionais e comportamentais. Assim, as manifestações clínicas da SB podem ser compreendidas em quatro grupos, tais como: fadiga, alteração no sono, dores osteomusculares, perturbações gastrointestinais, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais (SILVA *et al.*, 2019).

Os sintomas psíquicos são: falta de concentração, alterações de memória, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, instabilidade emocional, depressão; os comportamentais: negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, agressividade, incapacidade de relaxar, perda da iniciativa, comportamento de alto risco, suicídio, desconfiança e paranoia, e, por fim, os defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho, absenteísmo (MEALER, 2016).

O tratamento da síndrome de *burnout* é realizado por meio de psicoterapia e medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos. O tratamento pode surtir efeito entre um e três meses, mas pode perdurar por mais tempo, conforme cada caso. Além disso, sugere-se a realização de atividade física regular e exercícios físicos para aliviar o estresse, e controlar os sintomas da SB. Após diagnóstico médico, é recomendado que o profissional solicite férias e desenvolva atividades de lazer com amigos, familiares e cônjuges (BRASIL, 2018).

É importante que os trabalhadores da saúde também estejam cientes dos sinais e sintomas do esgotamento profissional, e procurem ajuda, quando necessário. O esgotamento profissional não deve ser considerado apenas um efeito colateral, inevitável do trabalho em uma UTI, mas, sim, uma condição tratável, que deve ser abordada para proteger a saúde mental e física (BALDONEDO *et al.*, 2019).

Assim, as intervenções com foco na promoção da saúde mental podem fortalecer a rede de apoio ao profissional, incentivar o autocuidado quanto ao aspecto físico e mental, buscar uma escuta qualificada, por meio do acompanhamento do profissional especializado da psicologia. Isso traz benefícios à saúde mental, pois mantê-los informados pode diminuir emoções negativas, como medo e angústia (ORNEL *et al.*, 2020).

Para o enfrentamento das situações adversas no trabalho, os profissionais muitas vezes devem buscar ferramentas individuais, que diminuam a elevada carga de estresse e os danos à saúde. Para prevenir e tratar o esgotamento do colaborador, é necessário que os gestores implementem medidas, para redução do estresse ocupacional, como por exemplo, fornecer treinamento em habilidades de comunicação, gerenciamento de estresse, programas de suporte emocional e psicológico, além de políticas que promovam o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Determinar as associações entre síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Avaliar a influência da Ansiedade estimada por HADS-a na síndrome de *burnout*;

Associar a depressão por HADS-d a presença de síndrome de *burnout*;

Determinar a relação isolada e ajustada de ansiedade e depressão com síndrome de *burnout*;

Relacionar os níveis de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* com dados sociodemográficos e características laborais dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, apoiado no Check list STROBE (VON *et al.*, 2007).

O Estudo transversal permite a coleta de dados da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseando-se na avaliação individual do estado de saúde de cada indivíduo de um determinado grupo. O delineamento de pesquisa não experimental, porque o pesquisador pretende construir um retrato de um fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de uma forma natural (DIEHL *et al.*, 2007; POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa quantitativa baseia-se no método científico positivista, que utiliza raciocínio dedutivo para elaborar afirmações, e serão testadas de forma sistemática, lançando mão de dados reais (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 Cenário

A pesquisa foi desenvolvida em duas UTIs localizadas no Estado de Sergipe, região Nordeste do Brasil. Dentre elas, a Unidade de Terapia Intensiva Clínica e Cirúrgica do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), localizado no município de Aracaju e a UTI do Hospital Universitário de Lagarto (HUL), situado na região do mesoagreste.

O HUSE é caracterizado como referência no atendimento de média a alta complexidade, possui capacidade e estrutura física para oferta de quatrocentos leitos. Esse hospital dispõe de unidades de oncologia, internamento (clínico e cirúrgico), unidade de terapia intensiva (pediátrica, clínica e cirúrgica), unidade de atendimento crítico, ala de queimados, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica (BRASIL, 2022).

No que concerne ao setor onde ocorreu a pesquisa, a UTI Clínica e Cirúrgica é composta por vinte e sete leitos ativos e dois leitos para necessidade de isolamento, totalizando cinquenta e quatro leitos. Todos são regulados via sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal (SIGAU) (BRASIL, 2022).

A respeito do dimensionamento pessoal, a equipe de enfermagem da UTI é composta por quarenta enfermeiros e oitenta técnicos de enfermagem, no total as duas UTI's totalizam oitenta enfermeiros e cento e sessenta técnicos de enfermagem, sendo os turnos de trabalhos: manhã, tarde e noite. Para funcionários do diurno a carga horária é seis horas, já os profissionais do noturno trabalham com escala de (12x48) (BRASIL, 2022).

Já Hospital Universitário (HUL), está localizado na cidade de Lagarto/SE, inserido no processo de expansão e interiorização da Universidade Federal de Sergipe (UFS) para atender as necessidades de saúde da população de Lagarto e região, como também, funciona como espaço de formação, ensino e pesquisa (EBSERH, 2020).

A estrutura hospitalar abriga nas suas dependências as enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico, além do anexo hospitalar. Diversos cursos de graduação, pós-graduação, residência médica e multiprofissional utilizam as instalações do Hospital-Escola para o desenvolvimento de práticas e pesquisas (EBSERH, 2020).

A Unidade de terapia intensiva é composta por dez ativos, sendo dois destinados para necessidade de isolamento respiratório, todos regulados via sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal (SIGAU). A escala do setor conta com dimensionamento fixo de nove enfermeiros, e vinte e quatro técnicos de enfermagem, distribuído em diurno e noturno com escala de (12x36) (EBSERH, 2020).

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos e posteriormente a execução do teste piloto para determinação da amostra, a coleta de dados foi realizada no período entre janeiro de 2023 a abril de 2023, no Hospital de Urgência de Sergipe e Hospital Universitário de Lagarto. Inicialmente, foi acordado com a coordenação dos hospitais supracitados, o horário para realização da coleta de dados em cada período (manhã, tarde e noite), com a finalidade de possibilitar maior participação dos profissionais na pesquisa.

Os pesquisadores compareceram aos setores diariamente para aplicar os instrumentos de coleta de dados. Em seguida, esclareciam sobre o objetivo da pesquisa, solicitando o consentimento dos voluntários, por meio de anuência verbal e escrita com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE A). Os questionários foram entregues aos profissionais e aplicados no próprio local de trabalho do entrevistado, em ambiente reservado e livre de ruídos externos, após o preenchimento dos instrumentos, os voluntários devolviam os formulários aos pesquisadores.

#### 4.2.1 Equipe de pesquisa

A coleta dos dados foi realizada por pesquisadores da pós graduação em enfermagem e alunos de graduação de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/campus Lagarto, que fizeram parte do programa de Iniciação Científica (PIBIC), esses foram treinados pela pesquisadora responsável em dois momentos.

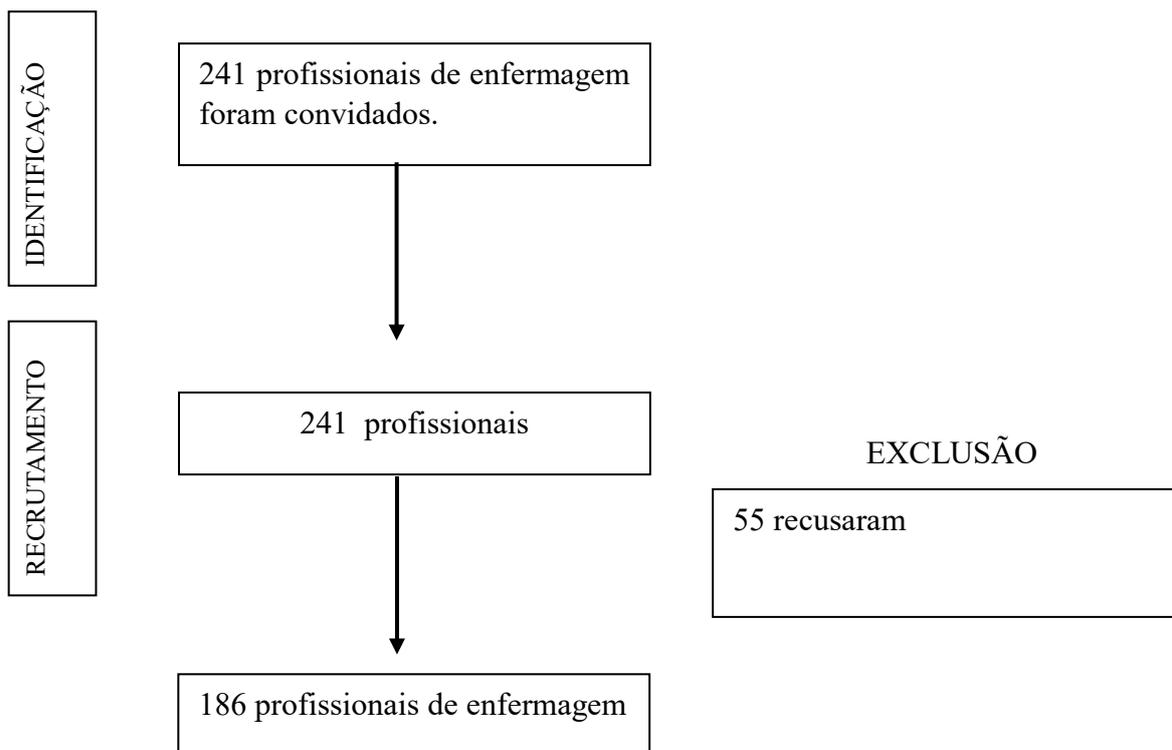
No primeiro momento foi apresentado o projeto de pesquisa, ministrada aula teórica sobre ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*, abordagem e condução de entrevista com formulário estruturado, ressaltando as recomendações da resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. No segundo momento, foi marcado encontro com os alunos nos hospitais envolvidos nessa pesquisa, para liberação do crachá, assinatura do termo de pesquisador e apresentação da unidade para reconhecimento do setor que foi realizado a coleta de dados.

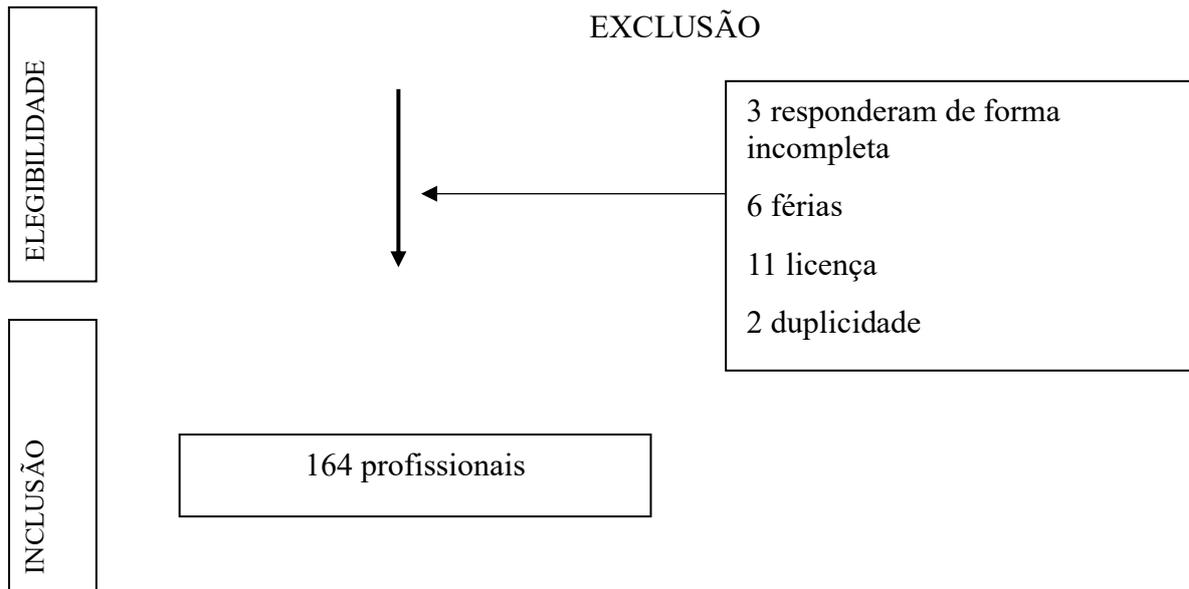
### 4.3 Participantes

Foram incluídos na pesquisa técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuavam nas Unidades de Terapia Intensiva, residentes em Sergipe. Foram excluídos do estudo aqueles que estavam afastados do ambiente de trabalho, independente do motivo durante o período do estudo.

No período de janeiro a março foram recrutados 241 profissionais, dos quais 55 recusaram participar da pesquisa, dos 186 elegíveis, 22 foram excluídos por motivos definidos previamente, resultando numa amostra de 164 participantes (figura 1).

**Figura 01-** Fluxograma de amostragem, 2023





Fonte: Autora, 2023.

#### 4.4. Variáveis do estudo

As variáveis dessa pesquisa se referem às dimensões relacionadas a ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*.

Variáveis dependentes: variáveis sociodemográficas, condições de saúde, comportamentos de saúde e doença e dados laborais.

Variáveis independentes: ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*.

Dados sociodemográficos e profissional:

- Idade: variável numérica em anos e média;
- Sexo: variável categórica (masculino e feminino);
- Estado civil: variável categórica (solteiro, viúvo, desquitado/separado, tem companheiro, casado);
- Raça: variável categórica (amarelo, branca, indígena, parda, preto);
- Moradia: variável categórica (própria, alugada, financiada, cedida);
- Profissão: variável categórica (enfermeiro, técnico de enfermagem);
- Escolaridade: variável categórica (ensino médio, ensino superior incompleto, ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado);

#### Condições de saúde:

- IC: variável categórica (sim, não);
- IAM prévio: variável categórica (sim, não);
- Hipertensão Arterial: variável categórica (sim, não);
- Doença vascular periférica: variável categórica (sim, não);
- Asma: variável categórica (sim, não);
- Dislipidemia: variável categórica (sim, não);
- Tabagista atual: variável categórica (sim, não);
- Tabagista prévio (> 6 meses): variável categórica (sim, não);
- Diabetes: variável categórica (sim, não);
- Doença arterial coronariana: variável categórica (sim, não);
- Doença reumatológica: variável categórica (sim, não);
- Doença hepática: variável categórica (sim, não);
- Transplante: variável categórica (sim, não);
- AVC prévio: variável categórica (sim, não);
- Demência: variável categórica (sim, não);
- Depressão: variável categórica (sim, não);
- Transtorno de ansiedade: variável categórica (sim, não);
- Câncer: variável categórica (sim, não);
- Faz uso de medicamento contínuo? variável categórica (sim, não);
- Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo casual? variável categórica (sim, não);

#### Comportamentos de saúde e doença:

- Faz uso de drogas: variável categórica (sim, não, as vezes);
- Fuma: variável categórica (sim, não);
- Faz uso de álcool: variável categórica (sim, não, socialmente);
- Pratica atividade física: variável categórica (sim, não, as vezes);
- Alimentação saudável: variável categórica (sim, não, as vezes);
- Lazer: variável categórica (sim, não, as vezes);

Dados laborais:

- Contrato de trabalho: variável categórica (concurado, celetista, contrato temporário, terceirizado);
- Renda per capita: considerado salário mínimo atual de R\$ 1.302,00;
- Tempo de atuação profissional: variável numérica em meses e anos;
- Tempo de atuação no setor: variável numérica em anos;
- Tempo de serviço na instituição: variável numérica em anos;
- Turno de trabalho: variável categórica (manhã, tarde e noite);
- Outro vínculo empregatício: variável categórica (sim, não);
- Carga horária: variável numérica (horas de trabalho semanal).

Atuação laboral:

- Considera a carga horária de trabalho: variável categórica (flexível, rígida);
- Sofre pressão no trabalho: variável categórica (sim, não);
- Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais: variável categórica (sim, não);
- Está satisfeito com seu salário: variável categórica (sim, não);
- Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte: variável categórica (sim, não, as vezes).

#### **4.5 Fontes de dados e mensuração**

A fim de caracterizar a amostra foi construído um instrumento estruturado pela pesquisadora responsável, dividido em três partes, após vasta revisão de literatura, contém: variáveis socioeconômicas, condições de saúde, comportamento de saúde/doença e condições laborais (APÊNDICE B).

##### **4.5.1 Escala Hospital Anxiety and Depression Scale**

Para revelar casos de transtornos do humor que podem passar despercebidos pela equipe assistencial foi utilizado a escala " Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS), validada e traduzida por Botega *et al.* (1995), que contém 14 questões do tipo múltipla escolha, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-a) e sete para a depressão (HADS-d). Cada um dos seus itens é marcado em uma escala de resposta com quatro alternativas, podendo ser pontuado de zero a três.

No tocante aos resultados da escala, a pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, em que a pontuação de 0-7 pontos (improvável), 8-10 pontos (possível/questionável ou duvidosa); 12-21 pontos (provável). Para a interpretação dos valores das duas subescalas, considera-se que quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo desenvolver ansiedade e/ou de depressão (DELLINGER *et al.*, 2013; BOTEGA *et al.*, 1995).

Essa escala foi escolhida para este estudo, por ser de fácil assimilação e aplicação, com um número pequenos de itens. Trata de variáveis de interesse (ansiedade e depressão), tem demonstrado em pesquisas boas características psicométricas entre indivíduos com diversos tipos de patologias. Embora tenha sido inicialmente proposta para pacientes ambulatoriais na detecção de estados depressivos e de ansiedade, pesquisas recentes com profissionais de enfermagem mostra aplicação em outros cenários, com populações diferentes, ampliando, assim, a sua utilização (BOTEGA *et al.*, 1995).

#### 4.5.2 Maslach *Burnout* Inventory (MBI-HSS)

O Maslach *burnout* Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS) destaca-se como o instrumento mais utilizado para identificar a síndrome de *burnout*. Criado por Maslach e Jackson (1981). Atualmente, há três versões do Maslach *burnout* Inventory: o Human Services Survey (MBI-HSS), utilizado para os serviços de saúde; o Educators Survey (MBI-ES) utilizado na área educacional e o General Survey (MBI-GS) utilizado para os trabalhadores em geral (PEREIRA *et al.*, 2021, SHAUFELI; MASLACH; MAREK, 2017).

A versão utilizada para os serviços de saúde é o Human Services Survey (MBI-HSS), sendo utilizada nesse estudo, é constituída por 22 itens que refletem três dimensões: Exaustão emocional (9 itens), Despersonalização (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens). As respostas seguem uma escala Likert de cinco pontos variando de 1 a 5, para cada item o participante tem que indicar a frequência que descreve o sentimento com relação ao trabalho que varia de 1 (nunca) até 5 (sempre). O escore do sujeito em cada uma das dimensões, é computado pelo somatório dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões (PEREIRA *et al.*, 2021).

**Quadro 3-** Categorização dos escores da MBI-HSS, 2010

| Subescalas         | Baixo     | Moderado | Alto      |
|--------------------|-----------|----------|-----------|
| Exaustão Emocional | $\leq 16$ | 17-26    | $\geq 27$ |
| Despersonalização  | $\leq 6$  | 7-12     | $\geq 13$ |
| Realização pessoal | $\geq 39$ | 38-32    | $\leq 31$ |

Fonte: MASLACH; LEITER, 2010.

A síndrome de *burnout* é centralizada como variável contínua, neste estudo os níveis variaram entre baixo, moderado e alto. Um nível baixo de *burnout* reproduz-se em escores baixos nas subescalas de "Exaustão Emocional" e "Despersonalização" e escores elevados na "Realização Pessoal". Já um nível alto traduz-se em escores altos para as subescalas de "Exaustão Emocional" e "Despersonalização", e escores baixos na "Realização Pessoal" (PEREIRA *et al.*, 2021; MASLACH; LEITER, 2010).

#### 4.6 Tamanho do estudo

A amostra é não probabilística por conveniência e a população técnicos de enfermagem e enfermeiros. Para avaliar os objetivos específicos do estudo, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Segundo Aberson (2019), o tamanho amostral para um teste qui-quadrado pode ser obtido por meio da seguinte equação:

$$n = \frac{\lambda}{w^2}$$

Onde  $\lambda$  é o parâmetro de não centralidade do da distribuição Qui-Quadrado sob hipótese alternativa e  $w$  é o tamanho de efeito associado ao teste Qui-quadrado que pode ser estimado por:

$$w = \sqrt{\sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(p_{oij} - p_{eij})^2}{p_{eij}}}$$

Onde  $p_{oij}$  é a frequência observada na linha  $i$  e na coluna  $j$ ,  $p_{eij}$  é a frequência esperada na linha  $i$  e na coluna  $j$ , sendo  $m$  o número de linhas e  $n$  o número de colunas. Além disso,  $\lambda$  pode ser estimado através da equação integral dada por:

$$\chi_{gl-1}^2(\chi_{\alpha,gl-1}^2|\lambda) = \beta$$

Onde  $\chi_{gl-1}^2$  é a distribuição Qui-quadrado da hipótese alternativa com  $gl$  graus de liberdade dado o parâmetro de não centralidade  $\lambda$ ,  $\alpha$  é o nível de significância,  $\beta$  o poder de teste e  $\chi_{\alpha,gl-1}^2$  é o valor crítico da distribuição Qui-quadrado sob hipótese nula. Utilizando métodos computacionais, uma vez que a equação acima não pode ser resolvida analiticamente, obtemos que o valor de  $\lambda$  que atinge 80% de poder dado o valor crítico para 5% de significância e 6 graus de liberdade é de 13,68. Assumindo tamanho de efeito médio de  $w$  igual a 0,3, obtemos que o tamanho amostral é dado por:

$$n = \frac{13,68}{0,3^2} \approx 152$$

Sendo assim, para um tamanho de efeito médio ( $w=0,3$ ), uma significância de 5%, um poder de teste de 80% e 6 graus de liberdade, foram necessários no mínimo 152 participantes (MACHIN *et al*, 2018, VERMA, VERMA, 2020) o que respeita limite superior de 240 profissionais disponíveis.

#### 4.7 Métodos estatísticos

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartil. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. O teste de Shapiro-Wilks foi aplicado para avaliar o pressuposto de normalidade, o qual foi rejeitado.

Assim, para testar a hipótese de igualdade de medianas aplicou-se o teste de Mann-Whitney (dois grupos) ou Kruskal-Wallis (três ou mais grupos). Foram estimadas razões de prevalência brutas, ajustadas e multivariadas por meio do modelo de regressão de Poisson com erros padrões robustos.

Para obter as razões de prevalência multivariadas adotou-se 3 critérios de entrada no modelo: i) significância bivariada inferior a 10%; ii) % de ausentes inferior a 10% conjuntamente; iii) ausência de fenômenos de separação (frequência nula ou suporte sem intersecção).

As variáveis selecionadas por esses três critérios tiveram suas razões de prevalência estimadas. Para manter-se no modelo uma variável precisava ser significativa ao nível de 5% independente das outras. Variáveis que não atendiam este critério foram gradativamente

retiradas do modelo multivariado até que um conjunto de variáveis significativas a 5% fosse encontrado, ou seja, aplicamos o método de *backward selection* para selecionar as variáveis. O software utilizado foi o R Core Team 2023 (Versão 4.2.3) e o nível de significância adotado foi de 5%.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Esta pesquisa inicialmente foi encaminhada para apreciação e aprovação da direção do núcleo permanente de educação (NEP) do Hospital de Urgência de Sergipe e ao Grupo de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Lagarto e após aprovação foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe na Plataforma Brasil. Foi aprovado sob CAAE nº 61448622.8.0000.0217 e parecer nº 5.845.602 (Anexo C), em 06 de janeiro de 2023. Durante toda a pesquisa foram respeitadas as recomendações da resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília/DF (BRASIL, 2012) e Lei geral de proteção de dados pessoais, conforme Lei 13.709/2018.

Todos os direitos e a identidade dos participantes foram e continuarão sendo resguardados. Durante a coleta de dados, os profissionais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e após anuência, assinaram o TCLE (Apêndice B) em duas vias, com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano. A primeira via assinada foi entregue ao participante da pesquisa. Todos os questionários e a segunda via do TCLE foram arquivados pelos pesquisadores e permanecerá assim por cinco anos. Ressalta-se que os questionários não foram preenchidos com dados de identificação pessoal do participante.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem

Participaram do estudo um total de 164 profissionais, sendo 37 (22,6%) enfermeiros e 137 (77,4,4%) técnicos em enfermagem. A amostra foi composta predominantemente por mulheres 140 (85,4%), raça parda 101(62%), que viviam com companheiro 56 (34,1%), escolaridade ensino médio. Quanto a idade, com uma média de idade de 41,2 anos, mediana 40 [36-46].

Acerca das condições de saúde, observa-se que a maioria dos participantes têm transtorno de ansiedade 32 (19,5%), seguidos por asma 11 (6,7%) e diabetes mellitus 10 (6,1%), 56 (34,1%) fazem uso de medicamento contínuo, 87 (53,7%) fazem uso de álcool, 104 (63,4%) informam a prática de atividade física e 154 (93,8%) relatam lazer. Dentre os medicamentos específicos mencionados, os mais comuns foram os anti-hipertensivos, utilizados por 19 (33,9%) profissionais. Os medicamentos hipoglicemiantes foram mencionados por 8 (14,3%) respondentes, seguidos pelos anticoncepcionais, utilizados por 10 (17,9%).

Em relação ao vínculo trabalhista, houve predomínio de 85 (52,1%) trabalhadores estatutários. Os profissionais celetistas foram 28 (17,2%), ou seja, regulamentados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 47 (28,8%) contrato temporário e 3 (1,8%) possuía vínculo terceirizado, 91 (56,2%) dos participantes possuem outro vínculo empregatício além do atual. O turno da noite houve maior número de trabalhadores 91 (55,8%) como participante da pesquisa. Acerca do salário, há predomínio de 51 (31,5%) com renda de 2 salários-mínimos, seguidos de 43 (26,5%) 3 salários-mínimos e 41 (25,3%) acima de 3 salários-mínimos. Em relação a satisfação do salário, apenas 37 (22,7%) relataram contentamento com a renda salarial.

Quanto ao tempo de atuação profissional, os resultados demonstram que 5 (3,1%) têm menos de 1 ano de atuação; 21(12,9%) têm de 1 a 5 anos; 27 (16,6%) têm de 5 a 10 anos; 110 (67,5%) têm mais de 10 anos de atuação profissional ( $8,1 \pm 5$ ). Em relação ao tempo de atuação no setor, observa-se tempo médio de 7,6 anos, desvio-padrão de 5,3.

A amostra apresenta uma média de carga horária de 43,4 horas semanais, desvio-padrão de 14,3. No tocante as condições de trabalho, 84 (51,9%) consideram sua carga horária flexível, 78 (48,1%) consideram-na rígida, 66 (40,7%) sofrem pressão no trabalho e 92 (56,8%) estão satisfeitos com seu emprego atual e condições laborais. Em relação a lidar constantemente com dor, sofrimento e morte, 128 (78,5%) afirmam que sim, 8 (4,9%) afirmam que não e 27 (16,6%) afirmam que às vezes.

## 5.2 Relação entre os níveis de ansiedade, síndrome de *burnout* com os dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais

Os resultados da tabela 01 apresentam as frequências e porcentagens das categorias relacionadas à escala HADS-A (Ansiedade), juntamente com os valores-p dos testes estatísticos realizados para determinadas variáveis.

Em relação a faixa etária, observa-se que entre 38 a 47 anos, os profissionais apresentaram ansiedade improvável; 36-44 anos com ansiedade possível e 34-46,5 com ansiedade provável ( $p=0,07$ ). Quanto ao sexo, 67 (83,8%) das mulheres apresentaram ansiedade possível, em contrapartida 13 (16,3%) dos homens apresentaram ansiedade possível ( $p=0,176$ ).

O teste qui-quadrado não evidenciou associação significativa estatisticamente entre os níveis de ansiedade com as variáveis quantitativas (idade, sexo, idade e escolaridade, drogas ilícitas, alcoolismo, prática de atividade física, alimentação saudável e lazer).

Quanto ao vínculo empregatício, observa-se que 41 (64,1%) dos colaboradores com ansiedade improvável, 43 (54,4%) com ansiedade possível, 7 (36,8%) com ansiedade provável, relataram mais de um vínculo empregatício ( $p=0,105$ ). As variáveis relacionadas a renda salarial, tempo de atuação e turno não apresentaram significância estatística para ansiedade.

Em contrapartida, a maior parte dos profissionais (63,2%) que relataram sofrer pressão no ambiente de trabalho, apresentaram ansiedade provável ( $p=0,005$ ). Apesar da variável “lidar constantemente com a dor, sofrimento e a morte” não representar diferença significativa nesse estudo, evidenciou-se que 63 (78,8%) que relataram vivência com dor e sofrimento ( $p=0,666$ ).

**Tabela 01-** Associação entre ansiedade e variáveis independentes, 2023  
(continua)

|                             | HADS-A     |            |              | valor-p            |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|--------------------|
|                             | Improvável | Possível   | Provável     |                    |
| <b>Idade, Mediana [IIQ]</b> | 42 [38-47] | 40 [36-44] | 38 [34-46,5] | 0,070 <sup>K</sup> |
| <b>Sexo, n (%)</b>          |            |            |              |                    |
| Masculino                   | 11 (16,9)  | 13 (16,3)  | 0 (0)        | 0,176 <sup>Q</sup> |
| Feminino                    | 54 (83,1)  | 67 (83,8)  | 19 (100)     |                    |
| <b>Função, n (%)</b>        |            |            |              |                    |
| Enfermeiro                  | 11 (16,9)  | 20 (25)    | 6 (31,6)     | 0,307 <sup>Q</sup> |
| Técnico em Enfermagem       | 54 (83,1)  | 60 (75)    | 13 (68,4)    |                    |
| <b>Escolaridade, n (%)</b>  |            |            |              |                    |
| EM                          | 21 (32,3)  | 23 (28,8)  | 6 (31,6)     | 0,742 <sup>Q</sup> |
| ESI                         | 10 (15,4)  | 13 (16,3)  | 3 (15,8)     |                    |
| ESC                         | 17 (26,2)  | 12 (15)    | 5 (26,3)     |                    |
| Especialização              | 16 (24,6)  | 30 (37,5)  | 5 (26,3)     |                    |
| Mestrado                    | 1 (1,5)    | 2 (2,5)    | 0 (0)        |                    |
| <b>Condições de saúde</b>   |            |            |              |                    |
| IC                          | 1 (1,5)    | 1 (1,3)    | 1 (5,3)      | 0,483 <sup>Q</sup> |
| IAM PRÉVIO, n (%)           | 1 (1,5)    | 0 (0)      | 1 (5,3)      | 0,100 <sup>Q</sup> |
| HAS, n (%)                  | 10 (15,4)  | 14 (17,5)  | 2 (10,5)     | 0,793 <sup>Q</sup> |

**Tabela 01**-Testes de associação entre variável (ansiedade) e variáveis independentes, 2023

(continua)

|   |            |            |            |                              |
|---|------------|------------|------------|------------------------------|
| Asma, <i>n</i> (%)  | 1 (1,5)    | 9 (11,3)   | 1 (5,3)    | 0,067 <sup>Q</sup>           |
| Tabagista atual, <i>n</i> (%)   | 1 (1,5)    | 3 (3,8)    | 0 (0)      | 0,533 <sup>Q</sup>           |
| Tabagista prévio, <i>n</i> (%)  | 0 (0)      | 1 (1,3)    | 1 (5,3)    | 0,217 <sup>Q</sup>           |
| Diabetes, <i>n</i> (%)  | 3 (4,6)    | 4 (5)      | 3 (15,8)   | 0,210 <sup>Q</sup>           |
| Depressão, <i>n</i> (%)   | 2 (3,1)    | 2 (2,5)    | 3 (15,8)   | <b>0,046<sup>Q</sup></b>     |
| Transtorno de ansiedade, <i>n</i> (%)   | 4 (6,2)    | 14 (17,5)  | 14 (73,7)  | <b>&lt;0,001<sup>Q</sup></b> |
| Faz uso de medicamento contínuo, <i>n</i> (%)                                   | 17 (26,2)  | 28 (35)    | 11 (57,9)  | <b>0,035<sup>Q</sup></b>     |
| Medicamentos hipoglicemiantes, <i>n</i> (%)                                     | 3 (17,6)   | 2 (7,1)    | 3 (27,3)   | 0,249 <sup>Q</sup>           |
| Anticoncepcional, <i>n</i> (%)  | 2 (11,8)   | 6 (21,4)   | 2 (18,2)   | 0,818 <sup>Q</sup>           |
| Medicamentos anti-hipertensivos, <i>n</i> (%)                                   | 10 (58,8)  | 7 (25)     | 2 (18,2)   | <b>0,028<sup>Q</sup></b>     |
| Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo casual, <i>n</i> (%)                   | 0 (0)      | 6 (7,5)    | 8 (42,1)   | <b>&lt;0,001<sup>Q</sup></b> |
| <b>Comportamento de saúde/doença</b>  |            |            |            |                              |
| Faz uso de drogas ilícitas, <i>n</i> (%)  | 2 (3,1)    | 7 (8,9)    | 3 (16,7)   | 0,102 <sup>Q</sup>           |
| Fuma, <i>n</i> (%)  | 2 (3,1)    | 4 (5,1)    | 0 (0)      | 0,612 <sup>Q</sup>           |
| Faz uso de álcool, <i>n</i> (%)   | 29 (44,6)  | 47 (59,5)  | 11 (61,1)  | 0,165 <sup>Q</sup>           |
| <b>Dados ocupacionais</b>   |            |            |            |                              |
| <b>Contrato de trabalho, <i>n</i> (%)</b>                                       |            |            |            |                              |
| Concursado  | 37 (57,8)  | 41 (51,3)  | 7 (36,8)   | <b>0,042<sup>Q</sup></b>     |
| Celetista   | 10 (15,6)  | 11 (13,8)  | 7 (36,8)   |                              |
| Contrato Temporário   | 14 (21,9)  | 28 (35)    | 5 (26,3)   |                              |
| Terceirizado  | 3 (4,7)    | 0 (0)      | 0 (0)      |                              |
| <b>Renda, <i>n</i> (%)</b>  |            |            |            |                              |
| 1 SM  | 11 (17,2)  | 12 (15,2)  | 4 (21,1)   | 0,972 <sup>Q</sup>           |
| 2 SM  | 21 (32,8)  | 23 (29,1)  | 7 (36,8)   |                              |
| 3 SM  | 16 (25)    | 23 (29,1)  | 4 (21,1)   |                              |
| <b>Tempo de serviço na instituição, Mediana [IIQ]</b>                           |            |            |            |                              |
| Tempo de atuação profissional, <i>n</i> (%)                                     | 10 [3-13]  | 7,5 [4-12] | 6,5 [3-12] | 0,564 <sup>K</sup>           |
| <b>Tempo de atuação profissional, <i>n</i> (%)</b>                              |            |            |            |                              |
| Menos de 1 ano  | 2 (3,1)    | 3 (3,8)    | 0 (0)      | 0,863 <sup>Q</sup>           |
| de 1 a 5 anos   | 7 (10,9)   | 10 (12,5)  | 4 (21,1)   |                              |
| de 5 a 10 anos  | 9 (14,1)   | 15 (18,8)  | 3 (15,8)   |                              |
| Acima de 10 anos  | 46 (71,9)  | 52 (65)    | 12 (63,2)  |                              |
| <b>Turno</b>  |            |            |            |                              |
| MANHÃ, <i>n</i> (%)   | 27 (42,2)  | 24 (30)    | 4 (21,1)   | 0,146 <sup>Q</sup>           |
| TARDE, <i>n</i> (%)   | 20 (31,3)  | 29 (36,3)  | 7 (36,8)   | 0,839 <sup>Q</sup>           |
| NOITE, <i>n</i> (%)   | 33 (51,6)  | 47 (58,8)  | 11 (57,9)  | 0,673 <sup>Q</sup>           |
| Possui outro vínculo empregatício, <i>n</i> (%)                                 | 41 (64,1)  | 43 (54,4)  | 7 (36,8)   | 0,105 <sup>Q</sup>           |
| <b>Carga horária semanal, Mediana [IIQ]</b>                                     |            |            |            |                              |
| Considera a carga horária de trabalho, <i>n</i> (%)                             | 36 [36-45] | 36 [36-44] | 36 [36-36] | 0,218 <sup>K</sup>           |
| <b>Flexível</b>   |            |            |            |                              |
| Rígida  | 37 (57,8)  | 42 (53,2)  | 5 (26,3)   | 0,054 <sup>Q</sup>           |
| <b>Rígida</b>   |            |            |            |                              |
| Sofre pressão no trabalho, <i>n</i> (%)   | 27 (42,2)  | 37 (46,8)  | 14 (73,7)  |                              |
| <b>Sofre pressão no trabalho, <i>n</i> (%)</b>                                  |            |            |            |                              |
| Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, <i>n</i> (%)        | 17 (26,6)  | 37 (46,8)  | 12 (63,2)  | 0,005 <sup>Q</sup>           |
| <b>Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, <i>n</i> (%)</b> |            |            |            |                              |
| Está satisfeito com seu salário, <i>n</i> (%)                                   | 41 (65,1)  | 43 (53,8)  | 8 (42,1)   | 0,164 <sup>Q</sup>           |
| <b>Está satisfeito com seu salário, <i>n</i> (%)</b>                            |            |            |            |                              |
| Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, <i>n</i> (%)               | 19 (29,7)  | 13 (16,3)  | 5 (26,3)   | 0,159 <sup>Q</sup>           |
| <b>Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, <i>n</i> (%)</b>        |            |            |            |                              |
| Sim   | 48 (75)    | 63 (78,8)  | 17 (89,5)  | 0,666 <sup>Q</sup>           |

**Tabela 01-** Testes de associação entre variável (ansiedade) e variáveis independentes, 2023  
(conclusão)

|          |           |           |         |
|----------|-----------|-----------|---------|
| Não      | 4 (6,3)   | 3 (3,8)   | 1 (5,3) |
| Às vezes | 12 (18,8) | 14 (17,5) | 1 (5,3) |

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. IIQ – Intervalo Interquartil. K – Teste de Kruskal-Wallis. Q – Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2023.

Na análise de razão de prevalência multivariada, observa-se que o uso de ansiolítico ou antidepressivo ( $< 0,001$ ) e carga horária rígida (0,021), apresentaram maior prevalência para HADS-A provável (tabela 02).

**Tabela 02-** Análise de razão de prevalência multivariada para HADS-A, 2023

|   | HADS-A Provável   |                   | valor-p   |
|---|-------------------|-------------------|-----------|
|   | RP (IC95%)        | RPm (IC95%)       |           |
| <b>Idade</b>  | 0,97 (0,91-1,04)  |                   |           |
| <b>Depressão</b>                                    | 4,07 (1,54-10,77) |                   |           |
| <b>Faz uso de medicamento contínuo</b>              | 2,67 (1,14-6,25)  |                   |           |
| <b>Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo</b>     | 7,53 (3,64-15,58) | 7,40 (3,77-14,55) | $< 0,001$ |
| <b>Considera a carga horária de trabalho Rígida</b> | 2,98 (1,13-7,89)  | 2,91 (1,18-7,21)  | 0,021     |
| <b>Sofre pressão no trabalho</b>                    | 2,42 (1,00-5,81)  |                   |           |

Legenda: RP – Razão de Prevalências. RPm – Razão de Prevalências Multivariada. IC95% – Intervalo com 95% de confiança. Fonte: Resultados da pesquisa, 2023.

Os trabalhadores da UTI foram investigados quanto ao transtorno de ansiedade autodeclarado, por meio de HADS-A (Ansiedade). Os profissionais foram divididos em três categorias, com os seguintes resultados: improvável 65 (39,6%), possível 80 (48,8%) e provável 19 (11,6%) de ansiedade ( $8,6 \pm 2,5$ ), com mediana (8), apontando que houve predomínio de profissionais com possível de ansiedade.

Em relação a escala HADS-D (depressão), conforme tabela 2, observou-se: improvável 30 (18,3%), possível 114 (69,5%) e provável 20 (12,2%) ( $9 \pm 2$ ), apresentando resultado prevalente de possível depressão nos participantes. Recordar-se que pontuações mais elevadas, referem-se à probabilidade da ocorrência de ansiedade e depressão, todavia as pontuações mais baixas, referem-se a menor probabilidade destes (tabela 03).

**Tabela 03-** Distribuição dos escores de ansiedade e depressão, conforme escala HADS, 2023

|               | N   | %    | Média<br>(DP) | Mediana [IIQ] |
|---------------|-----|------|---------------|---------------|
| <b>HADS-A</b> |     |      | 8,6<br>(2,5)  | 8 [7-10]      |
| Improvável    | 65  | 39,6 |               |               |
| Possível      | 80  | 48,8 |               |               |
| Provável      | 19  | 11,6 |               |               |
| <b>HADS-D</b> |     |      | 9 (2)         | 9 [8-10]      |
| Improvável    | 30  | 18,3 |               |               |
| Possível      | 114 | 69,5 |               |               |
| Provável      | 20  | 12,2 |               |               |

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. IIQ – Intervalo Interquartil. K – Teste de Kruskal-Wallis. Q – Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quanto à escala de MBI-HSS (tabela 4), observa-se que síndrome de *Burnout* está presente em 47 (28,7% ) dos profissionais, enquanto 117 (71,3%) não apresentam essa síndrome. Os resultados aponta alta taxa de exaustão emocional e baixa taxa de realização pessoal, o que indica que a equipe de enfermagem sente o esgotamento profissional, que é uma das consequências do estresse ocupacional.

**Tabela 04-** Distribuição das dimensões de Síndrome de *Burnout*, conforme escala MBI-HSS, 2023

|                                   | N   | %    | Média<br>(DP) | Mediana [IIQ] |
|-----------------------------------|-----|------|---------------|---------------|
| <b>Exaustão Emocional</b>         |     |      | 23,7 (8,3)    | 23 [17-30]    |
| Baixo                             | 34  | 20,7 |               |               |
| Moderado                          | 65  | 39,6 |               |               |
| Alto                              | 65  | 39,6 |               |               |
| <b>Despersonalização</b>          |     |      | 8,5 (3,8)     | 8 [5-11]      |
| Baixo                             | 65  | 39,6 |               |               |
| Moderado                          | 73  | 44,5 |               |               |
| Alto                              | 26  | 15,9 |               |               |
| <b>Realização Pessoal</b>         |     |      | 30,8 (7,1)    | 32 [26-37]    |
| Baixo                             | 80  | 48,8 |               |               |
| Moderado                          | 56  | 34,1 |               |               |
| Alto                              | 28  | 17,1 |               |               |
| <b>Síndrome de <i>Burnout</i></b> |     |      |               |               |
| Presente                          | 47  | 28,7 |               |               |
| Ausente                           | 117 | 71,3 |               |               |

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. IIQ – Intervalo Interquartil. K – Teste de Kruskal-Wallis. Q – Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os resultados da tabela 05 apresentam as frequências e porcentagens das categorias relacionadas à síndrome de *burnout* e os valores-p dos testes estatísticos realizados para determinadas variáveis.

Ao associar síndrome de *burnout* com HADS-A, observou-se que 9 (19,1% ) dos participantes com síndrome de *burnout* presente tinham ansiedade improvável, em comparação com 56 (47,9%) dos participantes sem síndrome de *burnout* ( $p < 0,001^Q$ ).

Além disso, 26 (55,3%) dos participantes com síndrome de *burnout* presente apresentaram ansiedade possível, enquanto esse valor foi de 54 (46,2%) para os participantes sem síndrome de *Burnout*, apontando que a maior parte dos profissionais com síndrome de *burnout*, também tinham ansiedade.

No grupo com Síndrome de *burnout*, 12 (25,5%) dos participantes apresentaram ansiedade provável, enquanto apenas 7 (6%) sem síndrome de *burnout* apresentaram esse nível de ansiedade. As demais variáveis não produziram resultados significativos.

Observa-se que a síndrome de *burnout* está presente em 28,7% dos participantes, enquanto 71,3% não apresentaram essa síndrome. Quanto a categorização de síndrome de *burnout*, houve prevalência de nível baixo para a dimensão “realização pessoal” (48,8%), nível moderado para “despersonalização”, nível baixo e moderado para “exaustão emocional”.

Nesse estudo não houve associação estatística entre a idade e síndrome de *burnout*. Em relação ao sexo, 8 (17%) dos homens apresentaram síndrome de *burnout* presente, em contrapartida 39 (83%) das mulheres apresentaram síndrome de *burnout* presente ( $p= 0,628$ ).

É possível observar que a porcentagem dos participantes com a presença do *burnout* foi mais elevada entre técnicos de enfermagem do que enfermeiros (68,1% vs 31,9%) ( $p=0,097^F$ ).

Quanto ao transtorno de ansiedade e a presença da síndrome de *burnout*, observa-se que 29,8% dos participantes com *burnout* presente possuem transtorno de ansiedade, em comparação com 15,4% dos participantes com sem *burnout*,  $p 0,049$ . Não houve diferença significativa entre síndrome de *Burnout* e a variável uso de medicamento contínuo.

Houve uma associação significativa entre presença de *burnout* e moradia própria, com  $p 0,002^Q$ . A escolaridade apresentou relação com SB, no qual 48,9% dos profissionais com pós graduação apresentaram *burnout*,  $p 0,022^Q$ . Acerca das condições de saúde dos participantes, observa-se associação significativa entre a diabetes e SB (12,8% com *burnout* vs 3,4% sem *burnout*),  $p 0,034^F$ .

Concernente ao uso de drogas, 15,2% dos participantes com *burnout* fazem uso de drogas, enquanto apenas 4,3% dos participantes com *burnout* ausente relatam o mesmo,  $p=0,039$ . Não houve diferença significativa entre *burnout* e as variáveis tabagismo, uso do álcool, prática de atividade física, alimentação saudável e lazer.

Evidencia-se associação significativa entre a percepção da carga horária de trabalho e *burnout* ( $p<0,001$ ). Não houve diferença significativa entre *burnout* e as variáveis renda salarial, tempo de atuação no profissional/setor/instituição e turno.

Embora não tenha sido verificada associação estatística entre possuir outro vínculo empregatício e *burnout*, observa-se que 60,9% dos profissionais com *burnout* relataram outro vínculo empregatício ( $p=0,486$ ).

A respeito da satisfação com emprego atual e condições laborais, os resultados revelam que 34% dos participantes com *burnout* presente estão satisfeitos com seu emprego atual e condições laborais, em comparação com 66,1% dos participantes com *burnout* ausente,  $p<0,001$ .

Foi encontrada uma associação significativa entre a satisfação com o salário e *burnout*, no qual a maioria dos participantes com *burnout* estão insatisfeitos com o salário (27,6% vs 10,6%  $p=0,023$ ).

A variável “lidar constantemente com a dor, sofrimento e a morte” não apresentou diferença significativa quando associado ao *burnout*. Em contrapartida, 59,6% dos participantes com *burnout* sofrem pressão no trabalho, em contrapartida apenas 33% dos profissionais com *burnout* ausente relatam o mesmo,  $p=0,003$ .

**Tabela 05**-Associação entre *burnout* e variáveis independentes, 2023

(continua)

|   | <b>Síndrome de burnout</b> |                | <b>valor-p</b>           |
|---|----------------------------|----------------|--------------------------|
|   | <b>Presente</b>            | <b>Ausente</b> |                          |
| <b>Idade, Mediana [IIQ]</b>                                   | 39 [36-43,5]               | 41 [36-47]     | 0,273 <sup>M</sup>       |
| <b>Sexo, n (%)</b>  |                            |                |                          |
| Masculino   | 8 (17)                     | 16 (13,7)      | 0,628 <sup>F</sup>       |
| Feminino  | 39 (83)                    | 101 (86,3)     |                          |
| <b>Função, n (%)</b>  |                            |                |                          |
| Enfermeiro  | 15 (31,9)                  | 22 (18,8)      | 0,097 <sup>F</sup>       |
| Técnico em Enfermagem   | 32 (68,1)                  | 95 (81,2)      |                          |
| <b>Escolaridade, n (%)</b>                                    |                            |                |                          |
| EM  | 13 (27,7)                  | 37 (31,6)      | <b>0,022<sup>Q</sup></b> |
| ESI   | 4 (8,5)                    | 22 (18,8)      |                          |
| ESC   | 6 (12,8)                   | 28 (23,9)      |                          |
| Especialização  | 23 (48,9)                  | 28 (23,9)      |                          |
| Mestrado  | 1 (2,1)                    | 2 (1,7)        |                          |
| <b>Condições de saúde</b>                                     |                            |                |                          |
| IC  | 1 (2,1)                    | 2 (1,7)        | 1,000 <sup>F</sup>       |
| IAM PRÉVIO, n (%)   | 1 (2,1)                    | 1 (0,9)        | 0,492 <sup>F</sup>       |
| HAS, n (%)  | 6 (12,8)                   | 20 (17,1)      | 0,638 <sup>F</sup>       |
| Asma, n (%)   | 5 (10,6)                   | 6 (5,1)        | 0,298 <sup>F</sup>       |
| <b>Tabagista atual, n (%)</b>                                 | 0 (0)                      | 4 (3,4)        | 0,579 <sup>F</sup>       |
| <b>Tabagista prévio, n (%)</b>                                | 1 (2,1)                    | 1 (0,9)        | 0,492 <sup>F</sup>       |
| <b>Diabetes, n (%)</b>  | 6 (12,8)                   | 4 (3,4)        | <b>0,034<sup>F</sup></b> |
| <b>Depressão, n (%)</b>                                       | 2 (4,3)                    | 5 (4,3)        | 1,000 <sup>F</sup>       |
| <b>Transtorno de ansiedade, n (%)</b>                         | 14 (29,8)                  | 18 (15,4)      | <b>0,049<sup>F</sup></b> |
| <b>Faz uso de medicamento contínuo, n (%)</b>                 | 18 (38,3)                  | 38 (32,5)      | 0,474 <sup>F</sup>       |
| <b>Medicamentos hipoglicemiantes, n (%)</b>                   | 5 (27,8)                   | 3 (7,9)        | 0,095 <sup>F</sup>       |
| <b>Medicamentos anti-hipertensivos, n (%)</b>                 | 3 (16,7)                   | 16 (42,1)      | 0,076 <sup>F</sup>       |
| <b>Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo casual, n (%)</b> | 6 (12,8)                   | 8 (6,8)        | 0,228 <sup>F</sup>       |
| <b>Faz uso de drogas, n (%)</b>                               | 7 (15,2)                   | 5 (4,3)        | 0,039 <sup>F</sup>       |
| <b>Fuma, n (%)</b>  | 0 (0)                      | 6 (5,1)        | 0,188 <sup>F</sup>       |
| <b>Faz uso de álcool, n (%)</b>                               | 27 (58,7)                  | 60 (51,7)      | 0,486 <sup>F</sup>       |
| <b>Prática de atividade física, n (%)</b>                     | 29 (61,7)                  | 75 (64,1)      | 0,858 <sup>F</sup>       |
| <b>Alimentação saudável, n (%)</b>                            | 41 (87,2)                  | 98 (84,5)      | 0,809 <sup>F</sup>       |
| <b>Lazer, n (%)</b>   | 43 (91,5)                  | 111 (94,9)     | 0,474 <sup>F</sup>       |
| <b>Contrato de trabalho, n (%)</b>                            |                            |                |                          |
| Concursado  | 26 (55,3)                  | 59 (50,9)      | 0,720 <sup>Q</sup>       |
| Celetista   | 7 (14,9)                   | 21 (18,1)      |                          |
| Contrato Temporário   | 14 (29,8)                  | 33 (28,4)      |                          |
| Terceirizado  | 0 (0)                      | 3 (2,6)        |                          |
| <b>Renda, n (%)</b>   |                            |                |                          |
| 1 SM  | 9 (19,1)                   | 18 (15,7)      | 0,061 <sup>Q</sup>       |
| 2 SM  | 11 (23,4)                  | 40 (34,8)      |                          |
| 3 SM  | 9 (19,1)                   | 34 (29,6)      |                          |
| Mais de 3 SM  | 18 (38,3)                  | 23 (20)        |                          |
| <b>Tempo de atuação no setor, Mediana [IIQ]</b>               | 7 [3-10]                   | 7 [3-12]       | 0,517 <sup>M</sup>       |
| <b>Tempo de serviço na instituição, Mediana [IIQ]</b>         | 9 [4,5-12]                 | 7 [3-12]       | 0,408 <sup>M</sup>       |
| <b>Tempo de atuação profissional, n (%)</b>                   |                            |                |                          |
| Menos de 1 ano  | 3 (6,4)                    | 2 (1,7)        | 0,176 <sup>Q</sup>       |
| de 1 a 5 anos   | 3 (6,4)                    | 18 (15,5)      |                          |
| de 5 a 10 anos  | 7 (14,9)                   | 20 (17,2)      |                          |

**Tabela 05**-Associação entre variável (*burnout*) e variáveis independentes, 2023  
(conclusão)

|  |            |            |          |
|--|------------|------------|----------|
| <b>Acima de 10 anos</b>  | 34 (72,3)  | 76 (65,5)  |          |
| <b>Turno de trabalho</b>   |            |            |          |
| <b>MANHÃ, n (%)</b>  | 15 (31,9)  | 40 (34,5)  | 0,855 F  |
| <b>TARDE, n (%)</b>  | 12 (25,5)  | 44 (37,9)  | 0,148 F  |
| <b>NOITE, n (%)</b>  | 29 (61,7)  | 62 (53,4)  | 0,386 F  |
| <b>Possui outro vínculo empregatício, n (%)</b>                          | 28 (60,9)  | 63 (54,3)  | 0,486 F  |
| <b>Carga horária semanal, Mediana [IIQ]</b>                              | 36 [36-48] | 36 [36-40] | 0,873 M  |
| <b>Considera a carga horária de trabalho, n (%)</b>                      |            |            |          |
| <b>Flexível</b>  | 13 (27,7)  | 71 (61,7)  | <0,001 F |
| <b>Rígida</b>  | 34 (72,3)  | 44 (38,3)  |          |
| <b>Sofre pressão no trabalho, n (%)</b>                                  | 28 (59,6)  | 38 (33)    | 0,003 F  |
| <b>Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, n (%)</b> | 16 (34)    | 76 (66,1)  | <0,001 F |
| <b>Está satisfeito com seu salário, n (%)</b>                            | 5 (10,6)   | 32 (27,6)  | 0,023 F  |
| <b>Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, n (%)</b>        |            |            |          |
| <b>Sim</b>   | 39 (83)    | 89 (76,7)  | 0,529 Q  |
| <b>Não</b>   | 1 (2,1)    | 7 (6)      |          |
| <b>Às vezes</b>  | 7 (14,9)   | 20 (17,2)  |          |

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. IIQ – Intervalo Interquartil. M – Teste de Mann-Whitney. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

### 5.3 Relação isolada e ajustada entre depressão, ansiedade e síndrome de *burnout*

A tabela 06 apresenta uma análise da relação ajustada e isolada, no qual avaliou a influência da Ansiedade estimada por HADS-A na síndrome de *burnout*.

No modelo bruto, considerando a categoria "Improvável" como referência, os resultados apontam que a categoria "Possível" apresentou RP (2,21) IC95% (1,11-4,38) e p 0,023, indicando que os profissionais com níveis "Possíveis" de ansiedade são quase três vezes mais prevalentes a síndrome de *burnout* em comparação com aqueles com ansiedade improvável.

Quando avaliado "Provável", observa-se uma RP (4,35), p de 0,001, evidenciando que os profissionais com ansiedade provável têm maior prevalência de síndrome de *burnout*. Após ajustar o modelo para outras variáveis, constata-se que os resultados continuaram significativos.

Ao analisar "Possível", a RP (2,13), com p de 0,034, já "Provável", a RP apresentou um aumento para 4,15, p 0,001, esse resultado expressa que mesmo após controlar outras variáveis, a presença de ansiedade "Possível" e "Provável" ainda está relacionada a uma prevalência da síndrome de *burnout*.

**Tabela 06-** Relação ajustada e isolada de HADS-A/MBI-HSS, 2023

| <b>Modelo</b> | <b>Variável</b> | <b>RP (IC95%)</b> | <b>valor-p</b> |
|---------------|-----------------|-------------------|----------------|
| Bruto         | HADS-A          |                   |                |
|               | Improvável      | 1                 |                |
|               | Possível        | 2,21 (1,11-4,38)  | 0,023          |
|               | Provável        | 4,35 (2,17-8,72)  | <0,001         |
| Ajustado      | HADS-A          |                   |                |
|               | Improvável      | 1                 |                |
|               | Possível        | 2,13 (1,06-4,27)  | 0,034          |
|               | Provável        | 4,15 (1,83-9,40)  | 0,001          |

Nota: Modelo ajustado para função, possui outro vínculo empregatício, lazer, manhã, tarde, noite, sofre pressão no trabalho, está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, está satisfeito com seu salário, lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, tempo de atuação no setor e carga horária semanal.

Legenda: RP – Razão de Prevalências. IC95% – Intervalo com 95% de confiança.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A tabela 07 representa os resultados dos modelos brutos e ajustados na avaliação da relação da depressão estimada por HADS-D na Síndrome de *Burnout*. No modelo bruto, considerando "Improvável" como referência, os resultados apontaram que "Possível" apresentou uma razão de prevalência de 0,91,  $p=0,760$ , enquanto "Provável" teve uma RP de 0,97 (IC95%: 0,41-2,29),  $p$  de 0,939, dessa forma esses valores revelam que não há associação significativa entre os níveis de depressão e a presença da síndrome de *burnout*.

Quanto ao modelo ajustado, os resultados se mantiveram não significativos. O resultado "Possível" apresentou uma RP (0,91),  $p=0,763$ , em contrapartida "Provável" obteve RP de 1,23 e  $p=0,611$ . Esses resultados propõem que mesmo após considerar outras variáveis, não houve uma correlação estatística significativa entre os níveis de depressão e a presença da síndrome de *Burnout*.

**Tabela 07-** Relação ajustada e isolada de HADS-D/MBI-HSS, 2023

| <b>Modelo</b> | <b>Variável</b> | <b>RP (IC95%)</b> | <b>valor-p</b> |
|---------------|-----------------|-------------------|----------------|
| Bruto         | HADS-D          |                   |                |
|               | Improvável      | 1                 |                |
|               | Possível        | 0,91 (0,49-1,69)  | 0,760          |
|               | Provável        | 0,97 (0,41-2,29)  | 0,939          |
| Ajustado      | HADS-D          |                   |                |
|               | Improvável      | 1                 |                |
|               | Possível        | 0,91 (0,50-1,66)  | 0,763          |
|               | Provável        | 1,23 (0,55-2,78)  | 0,611          |

Nota: Modelo ajustado para função, possui outro vínculo empregatício, lazer, manhã, tarde, noite, sofre pressão no trabalho, está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, está satisfeito com seu salário, lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, tempo de atuação no setor e carga horária semanal.

Legenda: RP – Razão de Prevalências. IC95% – Intervalo com 95% de confiança.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os resultados da tabela 08 representam as frequências e porcentagens das categorias relacionadas à escala HADS-D (depressão) e os valores-p dos testes estatísticos realizados para determinadas variáveis.

Observou-se que entre 38 a 48 anos, mediana 42,5, os profissionais apresentaram o resultado “improvável depressão”; 36-46,5 anos, mediana 40, “possível depressão”; 37,5-44,5 anos, mediana 40,5, “provável depressão”, não indicando significância estatística com depressão ( $p=0,686$ ). Acerca do sexo evidenciou-se que a maioria da amostra foi composta por mulheres com possível depressão 98 (86%), à medida que apenas 16 (16,3%) do sexo masculino apresentam “possível depressão ( $p=0,579$ ), esse resultado pode estar relacionado ao sexo feminino ser majoritário nessa pesquisa.

A respeito da categoria profissional, os resultados apontaram 89 (78,1%) técnicos em enfermagem com possível depressão, em contrapartida apenas 25 (21,9%) enfermeiros com possível depressão ( $p = 0,840$ ). Não houve diferença significativa na associação entre depressão e as variáveis idade, sexo, função.

Pode-se observar associação significativa entre HAS e níveis de depressão entre os profissionais, que foram classificados como improvável, possível e provável de depressão, no qual observa prevalência de participantes com diagnóstico de HAS e que pertencem ao grupo de possível depressão (40%), com  $p$  de 0,009.

Houve correlação significativa entre o uso de ansiolíticos ou antidepressivos casuais e níveis de depressão, no qual 6 (20%) dos participantes que fazem uso de ansiolíticos ou antidepressivos casuais pertencem ao grupo improvável, 8 (7%) pertencem ao grupo possível e nenhum pertence ao grupo provável de depressão ( $p=0,032$ ), demonstrando significância estatística para depressão.

Ao avaliar a variável tabagismo, observa-se que 10% dos participantes tabagistas atuais pertencem ao grupo improvável, 0,9% pertencem ao grupo possível e nenhum pertence ao grupo provável de depressão,  $p$  de 0,030. Não houve diferença significativa entre depressão e as variáveis uso de drogas e álcool, prática de atividade física, alimentação saudável e lazer.

Em relação ao contrato de trabalho, os resultados apontam o predomínio de profissionais concursados e que pertencem ao grupo de “possível depressão” 59 (52,2%),  $p=0,966$ . Acerca do tempo de atuação profissional na UTI, observa-se que maior parte dos profissionais que atuam acima de 10 anos no setor, apresentam o resultado “possível depressão” 83 (73,5%), apesar do número expressivo, o valor de  $p$  não apontou diferença significativa para depressão ( $p=0,148$ ).

As variáveis relacionadas as condições ocupacionais que envolvem renda salarial, tempo de atuação no setor, carga horária, tempo de atuação na instituição, não apresentaram significância estatística para depressão.

Todavia ao relacionar o turno com depressão, apesar do resultado não apontar diferença significativa, observa-se que 63 (55,8%) profissionais que atuam a noite foram classificados com “possível depressão” ( $p=0,468$ ), este resultado pode estar relacionado ao maior quantitativo de profissionais do noturno que participaram dessa pesquisa. A respeito do vínculo empregatício, observa-se que 68 (60,2%) participantes com “possível depressão”, relataram mais de um vínculo empregatício ( $p=0,198$ ). Em relação a satisfação salarial, evidencia-se predomínio de profissionais insatisfeitos e com provável depressão 8 (40%) ( $p=0,151$ ).

No tocante a variável “sofrer pressão no trabalho”, os resultados revelaram que a maioria dos profissionais com resposta “sim”, apresentaram possível depressão 43 (38,4%) ( $p=0,115$ ). Apesar da variável “lidar constantemente com a dor, sofrimento e a morte” não apresentar diferença significativa para depressão, evidenciou-se que 91 (80,5%) dos profissionais com possível depressão relataram lidam frequentemente com dor ( $p=0,238$ ).

**Tabela 08-** Associação entre depressão e variáveis independentes, 2023  
(continua)

|   | HADS-D       |              |                  | valor-p                  |
|---|--------------|--------------|------------------|--------------------------|
|   | Improvável   | Possível     | Provável         |                          |
| <b>Idade, Mediana [IIQ]</b>                   | 42,5 [38-48] | 40 [36-46,5] | 40,5 [37,5-44,5] | 0,686 <sup>K</sup>       |
| <b>Sexo, n (%)</b>                            |              |              |                  |                          |
| Masculino                                     | 6 (20)       | 16 (14)      | 2 (10)           | 0,579 <sup>Q</sup>       |
| Feminino                                      | 24 (80)      | 98 (86)      | 18 (90)          |                          |
| <b>Função, n (%)</b>                          |              |              |                  |                          |
| Enfermeiro                                    | 8 (26,7)     | 25 (21,9)    | 4 (20)           | 0,840 <sup>Q</sup>       |
| Técnico em Enfermagem                         | 22 (73,3)    | 89 (78,1)    | 16 (80)          |                          |
| <b>Escolaridade, n (%)</b>                    |              |              |                  |                          |
| EM  | 7 (23,3)     | 36 (31,6)    | 7 (35)           | 0,315 <sup>Q</sup>       |
| ESI   | 7 (23,3)     | 16 (14)      | 3 (15)           |                          |
| ESC   | 3 (10)       | 27 (23,7)    | 4 (20)           |                          |
| Especialização                                | 11 (36,7)    | 34 (29,8)    | 6 (30)           |                          |
| Mestrado                                      | 2 (6,7)      | 1 (0,9)      | 0 (0)            |                          |
| IC  | 0 (0)        | 2 (1,8)      | 1 (5)            | 0,395 <sup>Q</sup>       |
| <b>IAM PRÉVIO, n (%)</b>                      | 1 (3,3)      | 1 (0,9)      | 0 (0)            | 0,512 <sup>Q</sup>       |
| <b>HAS, n (%)</b>                             | 4 (13,3)     | 14 (12,3)    | 8 (40)           | <b>0,009<sup>Q</sup></b> |
| <b>Asma, n (%)</b>                            | 0 (0)        | 9 (7,9)      | 2 (10)           | 0,302 <sup>Q</sup>       |
| <b>Tabagista atual, n (%)</b>                 | 3 (10)       | 1 (0,9)      | 0 (0)            | <b>0,030<sup>Q</sup></b> |
| <b>Tabagista prévio, n (%)</b>                | 1 (3,3)      | 1 (0,9)      | 0 (0)            | 0,512 <sup>Q</sup>       |
| <b>Diabetes, n (%)</b>                        | 2 (6,7)      | 7 (6,1)      | 1 (5)            | 1,000 <sup>Q</sup>       |
| <b>Depressão, n (%)</b>                       | 2 (6,7)      | 5 (4,4)      | 0 (0)            | 0,593 <sup>Q</sup>       |
| <b>transtorno de ansiedade, n (%)</b>         | 9 (30)       | 20 (17,5)    | 3 (15)           | 0,289 <sup>Q</sup>       |
| <b>Faz uso de medicamento contínuo, n (%)</b> |              |              |                  |                          |
|   | 9 (30)       | 37 (32,5)    | 10 (50)          | 0,274 <sup>Q</sup>       |
| <b>Medicamentos hipoglicemiantes, n (%)</b>   | 1 (11,1)     | 6 (16,2)     | 1 (10)           | 1,000 <sup>Q</sup>       |
| <b>Medicamentos anti-hipertensivos, n (%)</b> | 1 (11,1)     | 12 (32,4)    | 6 (60)           | 0,081 <sup>Q</sup>       |

**Tabela 09-** Associação entre depressão e variáveis independentes, 2023  
(continua)

|  | HADS-D     |            |              | valor-p                  |
|--|------------|------------|--------------|--------------------------|
|  | Improvável | Possível   | Provável     |                          |
| <b>Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo casual, n (%)</b>            | 6 (20)     | 8 (7)      | 0 (0)        | <b>0,032<sup>Q</sup></b> |
| <b>Faz uso de drogas, n (%)</b>  | 4 (13,3)   | 7 (6,3)    | 1 (5)        | 0,509 <sup>Q</sup>       |
| <b>Fuma, n (%)</b>   | 3 (10)     | 3 (2,7)    | 0 (0)        | 0,105 <sup>Q</sup>       |
| <b>Faz uso de álcool, n (%)</b>  | 16 (55,2)  | 61 (54)    | 10 (50)      | 0,938 <sup>Q</sup>       |
| <b>Prática de atividade física, n (%)</b>                                | 17 (56,7)  | 77 (67,5)  | 10 (50)      | 0,235 <sup>Q</sup>       |
| <b>Alimentação saudável, n (%)</b>                                       | 25 (83,3)  | 98 (86,7)  | 16 (80)      | 0,696 <sup>Q</sup>       |
| <b>Lazer, n (%)</b>  | 28 (93,3)  | 109 (95,6) | 17 (85)      | 0,179 <sup>Q</sup>       |
| <b>Contrato de trabalho, n (%)</b>                                       |            |            |              |                          |
| Concursado   | 16 (53,3)  | 59 (52,2)  | 10 (50)      | 0,966 <sup>Q</sup>       |
| Celetista  | 6 (20)     | 19 (16,8)  | 3 (15)       |                          |
| Contrato Temporário  | 8 (26,7)   | 32 (28,3)  | 7 (35)       |                          |
| Terceirizado   | 0 (0)      | 3 (2,7)    | 0 (0)        |                          |
| <b>Renda, n (%)</b>  |            |            |              |                          |
| 1 SM   | 6 (20)     | 15 (13,4)  | 6 (30)       | 0,341 <sup>Q</sup>       |
| 2 SM   | 10 (33,3)  | 34 (30,4)  | 7 (35)       |                          |
| 3 SM   | 5 (16,7)   | 33 (29,5)  | 5 (25)       |                          |
| Mais de 3 SM   | 9 (30)     | 30 (26,8)  | 2 (10)       |                          |
| <b>Tempo de atuação no setor, Mediana [IIQ]</b>                          | 8 [2-12]   | 7 [3-11]   | 6,5 [4-10]   | 0,972 <sup>K</sup>       |
| <b>Tempo de serviço na instituição, Mediana [IIQ]</b>                    | 8,5 [4-13] | 8 [3-12]   | 6,5 [3,5-10] | 0,257 <sup>K</sup>       |
| <b>Tempo de atuação profissional, n (%)</b>                              |            |            |              |                          |
| Menos de 1 ano   | 1 (3,3)    | 3 (2,7)    | 1 (5)        | 0,148 <sup>Q</sup>       |
| de 1 a 5 anos  | 4 (13,3)   | 14 (12,4)  | 3 (15)       |                          |
| de 5 a 10 anos   | 7 (23,3)   | 13 (11,5)  | 7 (35)       |                          |
| Acima de 10 anos   | 18 (60)    | 83 (73,5)  | 9 (45)       |                          |
| <b>MANHÃ, n (%)</b>  | 9 (30)     | 37 (32,7)  | 9 (45)       | 0,496 <sup>Q</sup>       |
| <b>TARDE, n (%)</b>  | 9 (30)     | 42 (37,2)  | 5 (25)       | 0,453 <sup>Q</sup>       |
| <b>NOITE, n (%)</b>  | 19 (63,3)  | 63 (55,8)  | 9 (45)       | 0,467 <sup>Q</sup>       |
| <b>Possui outro vínculo empregatício, n (%)</b>                          | 12 (41,4)  | 68 (60,2)  | 11 (55)      | 0,198 <sup>Q</sup>       |
| <b>Carga horária semanal, Mediana [IIQ]</b>                              | 36 [36-44] | 36 [36-50] | 36 [36-36]   | 0,394 <sup>K</sup>       |
| <b>Considera a carga horária de trabalho, n (%)</b>                      |            |            |              |                          |
| Flexível   | 15 (50)    | 60 (53,6)  | 9 (45)       | 0,758 <sup>Q</sup>       |
| Rígida   | 15 (50)    | 52 (46,4)  | 11 (55)      |                          |
| <b>Sofre pressão no trabalho, n (%)</b>                                  | 17 (56,7)  | 43 (38,4)  | 6 (30)       | 0,115 <sup>Q</sup>       |
| <b>Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais, n (%)</b> | 17 (56,7)  | 62 (55,4)  | 13 (65)      | 0,777 <sup>Q</sup>       |
| <b>Está satisfeito com seu salário, n (%)</b>                            | 6 (20)     | 23 (20,4)  | 8 (40)       | 0,151 <sup>Q</sup>       |
| <b>Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte, n (%)</b>        |            |            |              |                          |
| Sim  | 24 (80)    | 91 (80,5)  | 13 (65)      | 0,238 <sup>Q</sup>       |
| Não  | 1 (3,3)    | 4 (3,5)    | 3 (15)       |                          |
| Às vezes   | 5 (16,7)   | 18 (15,9)  | 4 (20)       |                          |

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. IIQ – Intervalo Interquartil. K – Teste de Kruskal-Wallis. Q – Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização dos dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais

Nessa pesquisa constatou que grande parte dos profissionais de enfermagem tem em média a idade de 41,2 anos e eram mulheres. A predominância do sexo feminino reafirma a preferência na escolha de profissões com as atividades de cuidar, assim nesse exercício profissional, é mais frequente ter mulheres (COFEN, 2020).

Destarte, em outro estudo realizado por Barbosa *et al.* (2020), dos 100 profissionais que compuseram a amostra do estudo, 86 eram do sexo feminino. Esses resultados também foram encontrados no estudo de Karabulut *et al.* (2020), no qual dentre 210 profissionais, 159 eram do sexo feminino. A partir da contextualização histórica da enfermagem, observa-se que essa profissão surgiu a partir da atuação feminina, e ainda conta com um número elevado de mulheres.

Quanto à categoria profissional, nessa pesquisa houve predomínio de técnicos em enfermagem. Um estudo realizado em Pernambuco por Barbosa *et al.* (2020), apresentou valores semelhantes, onde houve prevalência de técnicos de enfermagem. Observa-se que essa categoria é majoritária, devido a própria divisão do trabalho da enfermagem, uma vez que, esses são responsáveis por realizar a maioria dos procedimentos técnicos, durante a assistência ao paciente (COFEN, 2020).

Acerca da escolaridade, houve predomínio de profissionais com especialização. Nesse sentido, estudo realizado por Karabulut *et al.* (2020), com 260 profissionais da UTI, evidenciou que 65,7% dos participantes possuíam pós graduação.

Todavia, destaca-se que nessa pesquisa, a maioria dos participantes foram técnicos de enfermagem, esse resultado pode ser um viés, uma vez não representa os enfermeiros com pós graduação, e sim predomínio de técnicos que possuem pós graduação em enfermagem. Isso pode ser relacionado com a busca da continuidade dos estudos, devido ao incentivo e fomento a educação dos órgãos governamentais. Outro aspecto a ser considerado, é a possibilidade de progressão profissional.

Quanto ao contrato de trabalho, observa-se que a maioria dos profissionais de enfermagem são concursados, com renda salarial renda de R\$ 2640. Entretanto, ressalta-se que, esse montante, é o resultado final da soma dos vínculos profissionais. Assim, os resultados apontam que 56,2% da amostra corresponde a profissionais com mais de um vínculo empregatício, o que expõe a uma alta jornada de trabalho para receber até 2 salários mínimos.

Resultado semelhante foi descrito em estudo realizado em três instituições hospitalares, de uma cidade Estado Alagoas, cuja maior parte da amostra também possuía mais de um vínculo empregatício. Destarte, a dupla jornada de trabalho é uma alternativa para os profissionais de enfermagem, que mediante a baixa remuneração e ausência de piso salarial, possui mais de um vínculo para obter melhores salários, podendo refletir no adoecimento mental (MOURA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, o pagamento do piso salarial da enfermagem e carga de trabalho de 30 horas semanais, fazem parte da valorização profissional. Considera-se que para o cuidado ser prestado com qualidade e segurança ao paciente, os profissionais de enfermagem necessitam de valorização salarial, o que contribui para a satisfação profissional, redução de doenças ocupacionais, colaborando para uma possível qualidade de vida.

Sobre as condições de trabalho, a amostra apresentou uma média de carga horária de 43,4 horas semanais e mais de 10 anos de atuação profissional. Barbosa *et al.* (2020), corrobora em sua pesquisa que os profissionais de enfermagem trabalham em média 59 horas por semana, devido a existência de outro vínculo empregatício.

Nessa perspectiva, a elevada carga horária nessa pesquisa implicou no adoecimento mental, baseado no fato de que, o trabalhador com mais de um emprego acumulavam funções, provocando a sensação de um desequilíbrio crônico, em que o trabalho exige muito mais do que o indivíduo pode proporcionar, e o colaborador recebe muito menos do que necessita para ter qualidade de vida.

A respeito de turno de trabalho, observa-se um número expressivo de trabalhadores no turno da noite. Nessa perspectiva, a maioria das vezes os profissionais optam por esse turno, devido motivos familiares, financeiros (necessidade de mais de um emprego e/ou adicional noturno) e pessoais (estudam durante o dia), resultado também observado na pesquisa realizada Martinez, Idrogo e Angel (2021), onde há prevalência de profissionais que trabalham em alternância de plantão diurno e noturno.

## 6.2 Fatores associados a ansiedade

Conforme a teoria ambientalista de Florence Nightingale (1871), todas as condições e influências externas podem afetar a vida e o desenvolvimento do ser humano, prevenir, suprimir, ou favorecer para a doença e a morte. Além disso, todos têm possibilidade de adoecer por fatores externos, e isso não é diferente quando se trata do ambiente ocupacional (AMARAL *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a UTI é um setor descrito como altamente estressante e desgastante. Nesse setor, alguns fatores podem ser predisponentes a ansiedade: setor de atuação profissional, sobrecarga de serviço, relações interpessoais, assistência ao paciente, desgaste físico e o suporte emocional. Alguns desses fatores foram constatados nesse estudo. Além desses, há fatores externos ao trabalho, conforme a literatura, evidencia-se: idade, sexo, carga de trabalho doméstico, renda familiar e estado de saúde geral do trabalhador (GEZGINCI *et al.*, 2018).

Quanto ao transtorno de ansiedade autodeclarado, verificou-se que a maioria dos profissionais com ansiedade provável, tinham um diagnóstico de transtorno de ansiedade. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada por Crowe *et al.* (2020), onde 67% dos profissionais dos profissionais atuantes em UTI apresentaram ansiedade. Outro estudo realizado por Terzi *et al.* (2019), apontaram níveis constantes de ansiedade na equipe de enfermagem, especialmente devido a condições ocupacionais da UTI.

As condições de trabalho têm o potencial de impactar negativamente a saúde mental dos profissionais, dada a exigência de que a equipe da UTI seja altamente funcional ao cuidar de pacientes em estado grave (AMARAL *et al.*, 2019). Os dados dessa pesquisa sugerem que é imperativo garantir um suporte adequado aos trabalhadores, dessa forma as instituições têm o dever moral e legal de proteger adequadamente o bem-estar da equipe, através de políticas e estratégias de prevenção de doenças ocupacionais relacionados a saúde mental e física do colaborador.

Acerca da condição de saúde dos profissionais, foi observado que há predomínio de profissionais com provável ansiedade, e que fazem uso de medicamento contínuo, dentre esses, os ansiolíticos se mostrou prevalente. Assim, destaca-se que a enfermagem está constantemente em contato com o sofrimento, dor e anseios, além da desvalorização profissional e falta de reconhecimento, que podem ser canalizadores do sofrimento físico e mental, como a ansiedade (GREENBERGET *et al.*, 2021).

Assim, a prevalência desses medicamentos nessa pesquisa, infere que a estrutura do trabalho influencia no surgimento de sofrimento mental e consumo de medicamentos ansiolíticos, tendo sido associado a insalubridade do ambiente ocupacional, cobrança dos familiares, exigências da instituição, sobrecarga de trabalho, e entre outros.

Observa-se que a ansiedade esteve associada a HAS, onde os profissionais que foram classificados possível transtorno de ansiedade utilizava medicamentos anti-hipertensivos. Tal dado corrobora com a pesquisa realizada por Kretchy *et al.* (2014), no qual afirmam que ser portador de HAS e conviver com as exigências atribuídas a esta condição, favorece a um quadro de estresse e ansiedade, e, a longo prazo, a quadros depressivos.

Nesta coorte os níveis de ansiedade foram maiores em mulheres. Tais achados corroboram com os achados de Huang; Zhao (2020) e Huang *et al.*(2020), nos quais, graus mais severos de ansiedade e demais sintomas relacionados à saúde mental eram mais recorrentes no sexo feminino.

É válido ressaltar que as mulheres lidam diariamente com atividades laborais, como também atendem às demandas dos filhos e conjugues, contribuindo para sobrecarga e o surgimento de adoecimento mental, como o transtorno de ansiedade (LEÃO *et al.*, 2018).

Em relação a idade e ansiedade, nessa pesquisa não há diferença significativa, que pode estar relacionado a proximidade das idades dos participantes. Todavia na pesquisa realizada com profissionais da UTI por Karabulut *et al.* (2020), os escores médios de ansiedade aumentaram com o aumento da idade.

Esse dado supracitado diverge do estudo de Fernandes; Nitsche; Godoy (2018), onde os profissionais jovens são mais propensos a desenvolver a ansiedade, devido a inexperiência de trabalho, pouca adaptação inicialmente na rotina de trabalho, como também, por serem mais jovens acumulam mais plantões e descansam menos por terem outras atividades.

Quanto à categoria profissional, observou-se que 89% dos técnicos em enfermagem com possível ansiedade. Um estudo realizado em Santa Catarina por Batista e Pawlowytsch (2018), apresentou valores semelhantes no qual 76,9% eram técnicos de enfermagem. Dessa forma, observa-se que os técnicos de enfermagem carecem de um controle maior das emoções, uma vez que as relações hierárquicas intra e inter equipes contribuem para um maior desgaste emocional (BARBOSA *et al.*, 2020).

Em relação ao tempo de atuação profissional, essa pesquisa apontou que profissionais de enfermagem atuantes há mais de 10 anos, têm provável ansiedade. Bursch *et al* (2018), relataram que profissionais que atuam em UTI por mais de 10 anos, apresentaram níveis mais altos de ansiedade. Assim, ressalta-se que os longos anos de trabalho pode ser considerado

como fator de risco para ansiedade, uma vez que proporciona um cotidiano intenso com os pacientes e equipe (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

Foi constatado que ter contrato via concurso contribui para ansiedade. Esse resultado nesse estudo pode ser associado ao salário, uma vez não há reajuste salarial dos concursados, tornando os trabalhadores insatisfeitos e preocupados com as finanças, causando maior risco para transtorno de ansiedade.

Em contrapartida, um estudo semelhante, afirmam que nos hospitais públicos, os profissionais possuem estabilidade empregatícia e poucas demissões, o que justificaria menor ocorrência de ansiedade (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

Evidenciou-se nessa pesquisa que sofrer pressão no trabalho contribui para ansiedade. Uma pesquisa revelou uma forte associação entre ansiedade e a pressão no trabalho. Assim, ressalta-se que o trabalho com pressão psicológica contribui para grande carga emocional, que pode levar desgaste emocional e surgimento de alterações psíquicas, tais como, estresse, ansiedade, entre outras incapacidades (MOURA *et al.*, 2019).

## **6.2 Fatores associados a depressão**

Apesar da maioria dos profissionais de enfermagem dessa pesquisa não ter apresentado sintomas depressivos, é importante ressaltar que 12,2% da amostra possui classificação para provável depressão. Além disso, é válido ressaltar que 15,8% dos participantes com ansiedade provável apresentaram sintomas depressivos, indicando a associação entre a ansiedade de depressão. Pesquisa semelhante evidenciou que 38,0% dos profissionais da UTI apresentaram depressão (BERTUSSI *et al.*, 2018).

Estudo realizado no Brasil, em São Paulo, apontou a diferença na frequência de depressão no ambiente de trabalho, sendo que os profissionais de enfermagem da UTI tiveram frequência mais alta de casos graves ou muito graves de depressão. Os transtornos mentais e comportamentais são responsáveis por um aumento no absentéismo e afastamentos no trabalho da equipe de enfermagem, sendo a depressão o transtorno mais frequente (CASTRO *et al.*, 2020a).

Sobre o perfil dos trabalhadores de enfermagem com depressão, nessa pesquisa, há predominância do sexo feminino. Estudo nacional realizado com profissionais de enfermagem, destacou como fator associado a depressão, ser do sexo feminino (BARBOSA *et al.*, 2020).

A vista disso, os profissionais do sexo feminino tendem a se sentir mais cansadas e sobrecarregadas; conseqüentemente a saúde mental das mulheres é mais afetada, quando comparada com o sexo masculino. Além disso, é válido citar alguns fatores para o

desenvolvimento da depressão em mulheres, que estão relacionados a aspecto genético, regulação hormonal, ciclo menstrual, gravídico-puerperal e padrão de relação familiar (SANTOS *et al.*, 2021).

Outro fator que pode predispor à depressão é a situação conjugal. Nessa pesquisa, o estado união estável foi predominante. Esta variável quando discutida à luz da literatura, ser casado tem importância estatística quando relacionada a depressão. Concernente a isso, os acúmulos de papéis, dentre eles, o aspecto familiar, pode ocasionar menos tempo para atividades de lazer, contribuindo para o aumento da depressão (SANTOS *et al.*, 2021).

Não houve uma associação significativa entre a idade e depressão nessa pesquisa, todavia esse achado diverge do estudo de Sok *et al.* (2020), onde é atribuído a idade do profissional a menor experiência e proficiência de trabalho mais insuficiente, consequentemente há maior carga psicológica.

Os autores ratificam que profissionais com mais idade possui maior experiência, colocando em uma posição de trabalho onde suas opiniões são mais aceitas, em contrapartida, deve-se destacar que o uso de novas tecnologias para profissionais de idade mais avançada pode ser um fator estressor no ambiente ocupacional.

Foi constatado nessa pesquisa que ter renda mensal acima de dois salários contribui para depressão. Em relação ao salário, estudos demonstram que quanto menor a renda, maior é a prevalência de depressão. Todavia, quanto mais vínculos empregatícios, maior a renda salarial e o impacto na saúde mental, favorecendo o desenvolvimento de síndrome de *burnout* (SOUZA *et al.*, 2020).

Na maioria das situações, e não apenas nesse estudo, ter vários vínculos empregatícios estar relacionado a baixa renda salarial, sendo comum aos profissionais de enfermagem, todavia, há prejuízo na condição física e mental do colaborador.

Quanto ao turno de trabalho, evidencia-se que a maioria dos profissionais que atuavam a noite, foram classificados com provável depressão. Tal achado foi observado também no estudo de Vasconcelos; Martino; França (2018), onde os profissionais que atuavam em UTI nesse turno apresentaram sintomas de depressão mais prevalente.

Assim, o trabalho noturno é prejudicial à saúde desses profissionais em virtude da dupla jornada, que faz com que o descanso seja insuficiente para recompor os níveis hormonais, ocorrendo alterações no ritmo circadiano, e quando se relacionam com às características exaustivas do ambiente da UTI, potencializa negativamente a saúde mental do trabalhador. Quanto maior a quantidade e a duração do plantão, maior a prevalência de doenças

psiquiátricas, tais como ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

Observa-se nesse estudo que o tabagismo contribui para depressão. Nesse sentido, destaca-se que o uso abusivo de substâncias como tabaco e álcool, é uma forma de manifestação comportamental de fuga da realidade. Essa situação é um agravante, uma vez que a depressão e o uso de drogas se configuram como as principais causas do alto índice de suicídios entre esses profissionais (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2018).

Houve uma correlação significativa entre uso de ansiolíticos ou antidepressivos casuais e depressão. Além disso, houve uma associação significativa entre a presença de HAS e a classificação de depressão. Tal achado corrobora com a pesquisa de Mushtaq e Najam (2014), no qual indicou relação significativa com a hipertensão, por se tratar de um diagnóstico e prognóstico de difícil aceitação, além de acarretar limitações funcionais e alterações habituais da rotina do indivíduo.

## 6.2 Fatores associados a síndrome de *burnout*

A síndrome de *burnout* é objeto de estudo há diversos anos devido ao risco ocupacional e prevalência entre os profissionais de enfermagem. No estudo de Castro *et al.* (2020b) e HU *et al.* (2020), houve elevada frequência de síndrome de *burnout* entre os profissionais atuantes em cuidados intensivos, corroborando com o resultado encontrado nessa pesquisa.

Fatores associados com aumento do risco de *burnout* incluem elevada carga de trabalho, baixo controle sobre o trabalho, baixo nível de suporte dos colaboradores, baixos níveis de reconhecimento e falta de congruência entre os valores éticos e morais do trabalhador e da instituição (MASLACH, 1993).

Outros estudos relataram como fatores de risco: idade, sexo, experiência profissional, carga horária, estado civil e nível de educação, ter baixa frequência de exercícios físicos, comorbidades, trabalhar em hospital de boa qualidade, trabalhar em UTI (HU *et al.*, 2020; RIVAZ; ASADI; MANSOUR, 2020).

A respeito do setor, a mortalidade dos pacientes nas UTIs é significativamente maior do que em outros ambientes hospitalares. Além disso, pacientes em UTI demandam assistência e supervisão constante durante 24 horas por dia, o que significa uma carga de trabalho muito maior para os profissionais de enfermagem (FERNANDES *et al.*, 2018).

Desse modo, os resultados referentes a essa pesquisa, apontam alta taxa de exaustão emocional e baixa taxa de realização pessoal, o que indica que a equipe de enfermagem na UTI sente o esgotamento profissional, que é uma das consequências do estresse ocupacional.

Acerca das dimensões que compõem a SB, observa-se uma taxa baixa de realização profissional. Essa condição pode ser relacionada à depressão e à ansiedade, pois provoca uma sensação de estagnação, que pode desencadear esgotamento emocional e tratamento desumanizado ao paciente (MOLLER *et al.*, 2021).

Ademais, aponta-se nesse estudo uma taxa alta de exaustão emocional e taxa moderada despersonalização. Tal achado corrobora com o estudo de Martinez, Idrogo e Angel (2021), no qual observou-se a prevalência na amostra da exaustão emocional. Isso pode estar relacionado a elevada carga horária, somado a fatores estressores do ambiente laboral.

Nessa pesquisa as variáveis moradia, escolaridade, comorbidades, uso de drogas, carga horária de trabalho, condições laborais e renda salarial apresentaram correlação significativa com síndrome de *burnout*. Estudo realizado por HU *et al.* (2020), demonstraram que as comorbidades podem intensificar o esgotamento, aumentando a possibilidade de SB. Tal resultado corrobora com os dados encontrados nessa pesquisa, onde participantes com síndrome de *burnout* possuem Diabetes Mellitus, sendo associado aos aspectos fisiológicos ou preocupação com a doença, trazendo a sobrecarga emocional.

Um estudo de caso e controle realizado na França, incluiu trabalhadores com *burnout* sintomático (casos) e examinou diferenças nos resultados clínicos, profissionais e biológicos com trabalhadores sem *burnout* (controles saudáveis) da mesma instituição. Observou-se que os participantes com *burnout* apresentaram maior níveis de HbA1C e glicemia (METLAINE *et al.*, 2018).

Ressalta-se a importância de pesquisas que avaliem a associação e a causalidade entre SB e DM, pois se trata também de um grupo de risco que vivencia ambientes de trabalho insalubres, com cargas horárias descomunais e resposta alostática excessiva ou ineficaz (MERCES *et al.*, 2019).

Quanto a moradia, os resultados apontam associação significativa entre a síndrome de *burnout* e o tipo de moradia dos participantes, no qual a maioria dos participantes com SB possuem moradia própria. Todavia, essa variável não é descrita na literatura como um fator que predispõe *burnout* (MOURA *et al.*, 2019). É válido destacar que esse resultado pode ter relação a possibilidade de financiar um imóvel, devido ao aumento da renda salarial em virtude de vários vínculos, o que possibilita o desenvolvimento de síndrome de *burnout*.

A respeito da escolaridade, houve prevalência de participantes com *burnout* e que possuem especialização. Verificou-se nesse estudo que *burnout* sofre a influência de habilitações acadêmicas, onde mais tempo de estudo, é menos tempo para atividades de lazer, acarretando em sobrecarga mental.

Foi encontrada uma associação significativa entre o uso de drogas ilícitas e a presença da SB. Há uma discrepância desse resultado com o estudo realizado por Fernandes, Nitsche e Godoy (2018), no qual não houve associação do uso abusivo de drogas com *burnout*.

Contrapondo os resultados dessa pesquisa, as situações frequentem de estresse dos profissionais que atuam na UTI levam ao alcoolismo e uso de drogas ilícitas, por essa razão os profissionais de enfermagem são mais propensos ao abuso de drogas.

Acerca da prática de atividade física, observa-se que a maioria dos profissionais que praticam atividade física, não apresentaram resultado positivo para síndrome de *burnout*. Assim, a prática de atividades físicas demonstrou impacto positivo sobre a saúde física e um fator protetivo para os distúrbios psíquicos.

Nesse sentido, uma pesquisa apontou menor risco de adoecimento para o grupo que se exercitava regularmente, destacando-se que realização de exercícios físicos produz efeitos benéficos para a saúde física e mental, sendo considerada eficaz na prevenção de transtornos do humor e de doenças neurodegenerativas (CATTANI *et al.*, 2021).

Estudo realizado em São Paulo, com trabalhadores de enfermagem, apontou que 40% da amostra com síndrome de *burnout* e possuía menos que 5 anos de trabalho no setor, ou seja, tinham pouco tempo de atuação profissional em unidade de terapia intensiva (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

Tal achado difere desse estudo, uma vez que a maior parte dos profissionais com síndrome de *burnout* atuam mais de 10 anos no setor, pontuando que a prevalência do *burnout* é maior em profissionais com mais anos de experiência de trabalho, devido ao efeito cumulativo da sobrecarga emocional ao decorrer dos anos (HU *et al.*, 2020).

Em relação à renda salarial, um estudo realizado com enfermeiros de um hospital universitário do Brasil, apontou que existe associação significativa com depressão, *burnout* e salário. Os resultados dessa pesquisa, ressalta-se que a maioria dos indivíduos com os sintomas de depressão possuem baixa renda salarial, ao passo que os profissionais com síndrome de *burnout* possuem uma renda superior (FERNANDES *et al.*, 2018).

Corroborando, a literatura aponta que, quanto menor a renda, maior a chance de apresentar sintomatologia depressiva; e quanto maior a renda, maior a chance de apresentar o *burnout*. Por outro lado, o *burnout* não foi evidentemente influenciado pela satisfação do emprego atual, uma vez que apenas 34% dos participantes com SB estão satisfeitos com seu emprego atual e condições ocupacionais.

Todavia, observa-se uma associação significativa entre a percepção da carga horária de trabalho e a síndrome de *burnout*, no qual a maioria dos participantes com *síndrome de burnout*

consideram sua carga horária rígida. A literatura pontua que os profissionais mais acometidos pelo *burnout* são aqueles que trabalham mais de 30 horas semanais, porém os profissionais com uma carga horária menor, ainda assim optam por ter outros vínculos empregatícios, pela possibilidade de melhor renda salarial (CATTANI *et al.*, 2021).

A SB foi menos comum em enfermeiros que trabalhavam à tarde e em turnos rotativos, que trabalhavam menos de 20 horas por semana (PAGES *et al.*, 2022). Esse resultado descrito em um estudo realizado com profissionais da Espanha, corrobora com essa pesquisa, no qual a SB foi menos comum em profissionais da diurno, em contrapartida houve o predomínio de síndrome de *burnout* em profissionais do noturno.

Foi encontrada uma associação significativa entre a pressão no trabalho e a presença da síndrome de *burnout*. Lozano *et al.* (2019), relataram a prevalência de percepção de conflitos de até 70% na equipe da UTI, e, quando presentes, esses conflitos eram percebidos e relacionados ao aumento pressão no trabalho.

Dessa forma, observou-se que os conflitos e as exigências advindas da instituição, corrobora com o aumento da pressão no ambiente de trabalho, aumentando a sobrecarga emocional do profissional, que contribui para esgotamento profissional.

O desconforto moral é outro aspecto importante, conceituado como a incapacidade de um agente moral para agir conforme seus valores fundamentais e as obrigações percebidas em função das pressões internas e externas, o que é considerado um conflito, a pressão no trabalho associa independentemente com o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (LOZANO *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, programas de treinamento onde os profissionais aprendam habilidades de comunicação, gerenciamento de autoestima e de conflitos, técnicas de relaxamento, técnicas de enfrentamento, podem ter um efeito positivo na prevenção dessa síndrome (LOZANO *et al.*, 2019).

Os profissionais da UTI com níveis de ansiedade apresentaram maior possibilidade para *burnout*. Observa-se que o aumento da ansiedade está associado a maiores níveis de *burnout*, juntamente com pesquisas existentes, sugere que a ansiedade pode ser um fator de risco para *burnout* (MARTOS *et al.*, 2020).

Por fim, a prática laboral se depara com um ambiente de trabalho desgastante que deteriora a qualidade de vida do profissional, somando a outros fatores, provoca a exaustão física e esgotamento emocional. Assim, é essencial fornecer intervenções para fortalecer a saúde mental dos colaboradores, como também promover estratégias de enfrentamento (MARTOS *et al.*, 2020).

## CONCLUSÃO

As associações entre síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, determinaram que diagnóstico de HAS, tabagismo, uso de ansiolítico e antidepressivo casuais, vínculo de concurso e sofrer pressão no trabalho, são predisponentes para o desenvolvimento de ansiedade.

A síndrome de *burnout* apresentou significativa relação com moradia, escolaridade, uso de drogas, ansiedade e diabetes mellitus, e os fatores ocupacionais predisponentes para SB foram sobrecarga de trabalho, insatisfação salarial e com condições laborais e pressão no trabalho.

Esse estudo revelou que não há associação significativa entre os níveis de depressão e a presença da síndrome de *burnout*, entretanto os profissionais com ansiedade possui três vezes mais chance de desenvolver síndrome de *burnout*.

Além disso, observa-se que mesmo após a pandemia COVID-19, e sobrecarga ocupacional decorrente desse período, não há prevalência de SB na amostra, todavia, há predominância de profissionais com depressão.

Para trabalhar as propostas de proteção do trabalhador ao desenvolvimento de *burnout*, depressão e ansiedade, é necessário o envolvimento individual, político, social e organizacional, Assim, é imprescindível que a própria instituição, promotora do cuidado para a população, desenvolva estratégias para o cuidado da saúde de seus colaboradores, visando o não adoecimento desses profissionais

Espera-se que esse estudo, contribuir não só para pesquisas posteriores, como também subsidiar futuras intervenções voltadas para saúde do trabalhador, bem como a intensificação de estratégias de enfrentamento da ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*, com foco à promoção de saúde mental em ambiente ocupacional.

Acredita-se que os dados evidenciados contribuirão para a fomentar da literatura brasileira, especialmente em Sergipe, uma vez que é a primeira pesquisa sobre as associações entre *burnout*, ansiedade e depressão de profissionais de enfermagem que atuam em UTI.

Quanto às limitações do estudo, essa pesquisa foi realizada em dois centros e isso pode ser levado em conta quando se interpretam os resultados, assim, no próximo estudo, sugere-se que a amostra de profissionais pode ser ampliada para outros centros de saúde.

Além disso, outras variáveis preditivas poderiam ter sido introduzidas (autoestima, estresse); para incluir mais dimensões que possam explicar as particularidades e especificidades do *burnout* nos profissionais de enfermagem.

Pesquisas futuras devem examinar as diferentes relações entre essas variáveis e a ocorrência do *burnout*, ansiedade e depressão dos profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais públicos e privados. Seria importante replicar esse estudo em unidades de terapia intensiva de outros estados, permitindo a comparação e melhorando a generalização dos resultados.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-]**. Porto Alegre : Artmed, 2014.

ABERSON, C.L. **Applied Power Analysis for the Behavioral Sciences**. New York: Routledge, 2019.

AMARAL, A.P.S. *et al.* Occupational Stress: the Exposure of an Emergency Unit Nursing Team. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 455-463, 2019. Disponível em:< <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6386>>. Acesso 14 jan. 2023.

BOTEGA, N.J. *et al.* Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). **Revista saúde pública**, v.29, n.5, p.355-333, 1995. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dY4tVF5tWXkrfkyjz5Sp4rM/?lang=pt>>. Acesso: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, p. 59, seção 1, n. 2. Disponível:< [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre : Artmed, 2014. 992p.

BRASIL. **Síndrome de *burnout***. 2018. Disponível em:< <https://www.gov.br/sau.de/pt-br/assuntos/sau.de-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout#:~:text=O%20tratamento%20da%20S%C3%ADndrome%20de,mais%20tempo%2C%20conforme%20cada%20caso>>. Acesso 20 dez. 2022.

BATISTA, F.C.N.; PAWLOWYTSCH,P.W. Aspectos emocionais de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida nos profissionais da unidade de terapia intensiva de um hospital do interior de Santa Catarina. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 188-202, 2018. Disponível em:< <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/228>>. Acesso 20 jan. 2022.

BURSCH, B. *et al.* Feasibility of online mental wellness self-assessment and feedback for pediatric and neonatal critical care nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 43, p. 62-68, 2018. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596318301593>>. Acesso 20 maio 2023.

BERTUSSI, V.C. *et al.* Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018. Disponível em:< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964771/v20a21.pdf>>. Acesso 20 set. 2022.

BALDONEDO, M.M *et al.* *Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers.* **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27,n.1, p.1-9, 2019. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fNN6VPDXZvnZk3MxzzJpc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 20 março 2023.

BRASIL. **Transtorno de ansiedade generalizada.**2020. Disponível em:< <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/transtorno-de-ansiedade-generalizada-tag>. Acesso 06 Jun. 2022.

BARBOSA, D.J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Com. Ciências Saúde**, v.31, n.1, p.31-47, 2020. Disponível em:< <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651>>. Acesso 08 Abr. 2022.

BRIER, N. *et al.* Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. **Plos One**, v.15, n.12, p.1-19, 2020. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244052>>. Acesso 24 jul. 2021.

BORGES, E.M.N. *et al.* Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. **Rev Rene**, v.22, n.1, p.1-8, 2021. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/60790/162410>>. Acesso 24 jul 2021.  
BRASIL. **Depressão.** 2021. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>>. Acesso 06 jun. 2022.

BRASIL. **Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho.**2022. Disponível em:< [https://www.se.gov.br/noticias/saude/hospital\\_de\\_urgencias\\_de\\_sergipe\\_governador\\_joao\\_alves\\_filho\\_huse\\_reduz\\_superlotacao\\_em\\_71\\_](https://www.se.gov.br/noticias/saude/hospital_de_urgencias_de_sergipe_governador_joao_alves_filho_huse_reduz_superlotacao_em_71_)>. Acesso 20 Maio 2023.

CASTRO, C.C. *et al.* COVID-19 pandemic: scenario of the Brazilian health system for coping with the crisis. **Research, Society and Development**, v. 9, n.7, p.1-19, 2020a. Disponível em:< <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4383/3751>>. Acesso 10 abr. 2022.

CASTRO, C.S.A.A *et al.* *Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study.* **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 381-390, 2020b.

Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/cLvss9LsLt7CjRDfxTgBrbd/?lang=en&format=html>>. Acesso 20 ago.2022.

COFEN. **Enfermagem em Números. Brasil.** 2020. Disponível

em:<<https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros.>> Acesso 28 abr. 2023.

CATTANI, N.A. *et al.* Evening work, sleep quality and illness of nursing workers. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/ape/a/fqpscJ9stp7zkipZBnbsCqS/abstract/?lang=en>>. Acesso 20 maio 2022.

CROWE, S. *et al.* The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 63, p. 102999, 2021. Disponível em:<

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720302020>>. Acesso 22 fev. 2023.

COFEN. **Ministério prevê pagamento do Piso da Enfermagem a partir de agosto.**

2023.Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/ministerio-preve-pagamento-do-piso-da-enfermagem-a-partir-de-](http://www.cofen.gov.br/ministerio-preve-pagamento-do-piso-da-enfermagem-a-partir-de-agosto_110153.html#:~:text=Valores%20%E2%80%93%20O%20novo%20piso%20para,4.750%2C%20conforme%20definido%20pela%20lei)

[agosto\\_110153.html#:~:text=Valores%20%E2%80%93%20O%20novo%20piso%20para,4.750%2C%20conforme%20definido%20pela%20lei](http://www.cofen.gov.br/ministerio-preve-pagamento-do-piso-da-enfermagem-a-partir-de-agosto_110153.html#:~:text=Valores%20%E2%80%93%20O%20novo%20piso%20para,4.750%2C%20conforme%20definido%20pela%20lei)>.

DIEHL, C. A; SOUZA, M. A; DOMINGOS, L. E. C. O uso da estatística descritiva na

pesquisa em custos: análise do XIV Congresso Brasileiro de Custos. **Contexto**, v.7, n.12, p.1-24, 2007.Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11157/6605>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

DELLINGER, R. P. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for

management of severe sepsis and septic shock. **Intensive care medicine**, v. 39, p. 165-228,

2013. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/S00134-012-2769-8>>. Acesso 20 jun. 2022.

DUARTE, M.L.C.; GLANZNER, C.H.; PEREIRA, L.P. Work in hospital emergency:

suffering and defensive nursing care strategies. **Rev Gaúcha Enferm**, v.39, n.2, p.1-18, 2018.

Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CrLLmhv7GcJknQtDSYzw8ZN/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso 08 abr. 2022.

DAL’BOSCO, E.B. *et al.* La salud mental de enfermería en el enfrentamiento de la COVID-19 en un hospital regional universitario. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKksh6mhZ3RdB8ZVx/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso 22 fev. 2023.

DUARTE, M.L.C.; SILVA, D.G.; BAGATINI, M.M.C. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42, n.1, p.1-6, 2021. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MnRHwqvqg3kTrHQ3JP5LR7H/?format=pdf&lang=en>>.

Acesso 22 fev. 2023.

EBSERH. **Empresa de serviços hospitalares: acesso a informação**. 2020b. Disponível em:<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hul-ufs/acesso-a-informacao/institucional>>. Acesso 06 jun. 2022.

FERNANDES, M.A. *et al.* Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, v. 16, n. 2, p. 218-224, 2018. Disponível em:< <http://www.rbmt.org.br/details/318/en-US/work-related-mental-disorders-among-nursing-professionals--a-brazilian-integrative-review>>. Acesso 22 fev. 2022.

FERNANDES, L.S.; NITSCHKE, M.J.T.; GODOY, I. Association between *burnout* syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 203-214, 2018. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Zgmw3RvWppqs3GNMmRZB5Bm/abstract/?lang=pt>>. Acesso 20 jan. 2022.

FIOCRUZ. **Pesquisa nacional de saúde, ansiedade**. 2019. Disponível em:<<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso 20 março 2023.

FORTE, A. *et al.* Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. **Harv Rev Psychiatry**, v.27, n.4, p.209-216, 2019. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31274577/>>. Acesso 10 abr. 2022.

GEZGINCI, E. *et al.* Comparison of two different distraction methods affecting the level of pain and anxiety during extracorporeal shock wave lithotripsy: a randomized controlled trial. **Nurs**, v.19, p.295-302, 2018. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7850767/>>. Acesso 10 abr. 2022.

GREENBERG, N. *et al.* Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. **Occupational Medicine**, v. 71, n. 2, p. 62-67, 2021. Disponível em:<<https://academic.oup.com/occmed/article-abstract/71/2/62/6072139>>. Acesso 20 abr. 2023.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry research**, v. 288, p. 112954, 2020. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120306077>>. Acesso 22 fev. 2023.

HUANG, J.Z. *et al.* Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. **Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi**, p. 192-195, 2020. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32131151/>>. Acesso 22 fev. 2023.

HALL, C.E. *et al.* The mental health of staff working on intensive care units over the COVID-19 winter surge of 2020 in England: a cross sectional survey. **British journal of anaesthesia**, v. 128, n. 6, p. 971-979, 2022. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091222001404>>. Acesso: 20 jan. 2021.

HU, Z. *et al.* *Burnout* in ICU doctors and nurses in mainland China—a national cross-sectional study. **Journal of critical care**, v. 62, p. 265-270, 2021. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33477093/>>. Acesso 20 set. 2022.

KRETCHY, I. A. *et al.* Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. **International journal of mental health systems**, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2014. Disponível em:< <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-8-25>>. Acesso 20 jan.2023.

KARABULUT, N. *et al.* The effect of perceived stress on anxiety and sleep quality among healthcare professionals in intensive care units during the coronavirus pandemic. **Psychology, Health & Medicine**, v. 26, n. 1, p. 119-130, 2021. Disponível em:< <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2020.1856897>>. Acesso 15 jan. 2023.

LEÃO, A.M. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018. Disponível em:<[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1981-52712018000400055&script=sci\\_abstract](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1981-52712018000400055&script=sci_abstract)>. Acesso 20 jan.2023.

LOZANO, L.L.J. *et al.* *Burnout*, habilidades de comunicação e autoeficácia em profissionais de emergência e cuidados intensivos. **Enfermagem Global**, v. 19, n.59, pág. 68-92, 2020. Disponível em:< [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412020000300068&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412020000300068&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso 20 ago.2022.

LEITER, M. P.; MASLACH, C. Building engagement: The design and evaluation of interventions. **Psychology Press**, v.1.n.1, p. 164–180, 2010. Disponível em:< <https://psycnet.apa.org/record/2010-06187-012>>. Acesso 20 ago.2022.

MASLACH.C. **BURNOUT: A multidimensional perspective**. Professional *burnout*: recent developments in theory and research. (Series in applied psychology). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1993. p. 19-32.

MEALER, M. *Burnout Syndrome in the Intensive Care Unit*. Future Directions for Research. **Ann Am Thorac Soc** v.12, n.7, p.997-998, 2016.Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27388395/>>. Acesso 08 abr. 2022.

MACHIN, D. *et al*. **Sample sizes for clinical, laboratory and epidemiology studies**. John Wiley & Sons, 2018.

MACHADO, D.A. *et al*. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 73-79, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/reben/a/mzQnJRSThdXn8xbY7Gtwbfw/abstract/?lang=en>. Acesso 08 abr. 2022.

METLAINE, A. *et al*. Sleep and biological parameters in professional *burnout*: A psychophysiological characterization. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. e0190607, 2018. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190607>>. Acesso 20 maio 2022.

MOURA, A. *et al*. Factors associated with anxiety between basic attention professionals **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 19, p. 17-26, 2018.Disponível em:< [https://www.researchgate.net/publication/326156294\\_Factors\\_associated\\_with\\_anxiety\\_between\\_basic\\_attention\\_professionals\\_Fatores\\_associados\\_a\\_ansiedade\\_entre\\_profissionais\\_da\\_atencao\\_basica\\_Los\\_factores\\_asociados\\_con\\_la\\_ansiedad\\_entre\\_los\\_profesionales](https://www.researchgate.net/publication/326156294_Factors_associated_with_anxiety_between_basic_attention_professionals_Fatores_associados_a_ansiedade_entre_profissionais_da_atencao_basica_Los_factores_asociados_con_la_ansiedad_entre_los_profesionales)>. Acesso 20 abr. 2023.

MERCES, M.C. *et al*. Scientific evidence on the association between *burnout* and metabolic syndrome: integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 470-476, 2019. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/ape/a/zDqpjrCsgCM4HBqVVCmLDYn/abstract/?lang=en>>. Acesso 20 abr. 2022.

MOURA, R.S.*et al*. Nursing stress levels in intensive care units niveles de estrés de enfermería en las unidades de terapia intensiva. **Revista Enferm UFPE on line**, v. 13, n.3, p.569-577, 2019. Disponível em:< <file:///D:/236549-135912-1-PB.pdf>>. Acesso 20 abr. 2022.

MARTOS, S.N. *et al.* The effect of mindfulness training on *burnout* syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 76, n. 5, p. 1124-1140, 2020. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32026484/>>. Acesso 22 fev. 2023.

MITRA, R. *et al.* Healthy movement behaviours in children and youth during the COVID-19 pandemic: Exploring the role of the neighbourhood environment. **Health & Place**, v. 65, p. 1-9, 2020. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829220309655>>. Acesso 20 jan. 2023.

MARTÍNEZ, P.J.Q.; IDROGO, I.R.C.; ÁNGEL, G.T. Qualidade de vida profissional e desgaste do pessoal de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva na Venezuela. **Pesquisa e Ensino em Enfermagem**, v. 39, nº. 2, 2021. Disponível em:< [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072021000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072021000200008)>. Acesso 20 set. 2022.

MIRANDA, F.B.G *et al.* Psychological distress among nursing professionals during the COVID-19 pandemic: Scoping Review. **Esc. Anna Nery**, v.25, n.1, p.1-10, 2021. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDJ3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 20 set. 2022.

MOLLER, G. *et al.* Nursing practice environment in intensive care unit and professional *burnout*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/reusp/a/TYNqv58mstH6Zf6P7Rbkxhz/>> Acesso 20 abr. 2023.

NOGUEIRA, L.S. *et al.* *Burnout* and nursing work environment in public health institutions. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 336-342, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n12/6059-6068/pt>>. Acesso 20 abr. 2023.

SHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. **Professional *burnout***: recent developments in theory and research. 1. ed. New York: Taylor & Francis; 2017.

SANTOS, L.C. *et al.* Fatores predisponentes à síndrome de *burnout* e estresse em enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da Faciplac**, v. 2, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em:< <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/578/213>>. Acesso 20 de maio 2023.

SALMON, G.; MOREHEAD, A. Posttraumatic stress syndrome and implications for practice in critical care nurses. **Critical Care Nursing Clinics**, v. 31, n. 4, p. 517-526, 2019. Disponível em: < [https://www.ccnursing.theclinics.com/article/S0899-5885\(19\)30058-9/fulltext](https://www.ccnursing.theclinics.com/article/S0899-5885(19)30058-9/fulltext)>. Acesso 08 abr. 2022.

SANTOS, M.J.; GUEDES, V.M. Estresse entre profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo: **Revista Recien**, v.9, n.27, p.13-22, 2019. Disponível em: < <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/201>>. Acesso 08 abr. 2022.

SILVA, F.G. *et al.* Predisposição para síndrome de *burnout* na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enferm. Foco**, v.10, n.1, p.40-45, 2019. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1600/491>>. Acesso 08 abr. 2022.

SOUSA, P.H.S. *et al.* Fatores relacionados ao adoecimento psicológico dos profissionais da equipe de enfermagem. **Journal of Health Connections**, v. 9, n. 2, 2020. Disponível em: < <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewArticle/8057>>. Acesso 20 Mar.2023.

SOK, S. *et al.* Burnout and related factors of nurses caring for DNR patients in intensive care units, South Korea. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, p. 8899, 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33266053/>>. Acesso 10 Março 2023.

SANTOS, K.M.R. *et al.* Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25,n.1, p.1-15, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 12 Março 2023.

SOARES, W; RODRIGUES, B.; PIMENTA, C. Síndrome de *burnout*, depressão, ansiedade e ideação suicida em servidores de segurança pública. **Revista Uningá Review**, v.36, n.1, p.1-9, 2021. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/3613>>. Acesso 08 abr. 2022.

TERZI, T. *et al.* Multi-risk assessment in mountain regions: A review of modelling approaches for climate change adaptation. **Journal of Environmental Management**, v.232, n.15, p.759-771, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301479718313653>>. Acesso 08 abr. 2022.

RIVAZ, M.; ASADI, F.; MANSOURI, P. Evaluación de la relación entre la percepción de las enfermeras sobre el clima ético y el agotamiento laboral en las Unidades de Cuidados

Intensivos. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 38, n. 3, 2020. Disponível em:<  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072020000300012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072020000300012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso 10 mar.2023.

ORNEL, F. *et al.* Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry**, v.42, n.3, p.232-235, 2020;42(3):232-235. Disponível em:<  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32267343/>>. Acesso 10 dez. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PAHO. **Determinantes sociais e riscos para a saúde, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental**. 2018. Disponível em:  
[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839). Acesso 07 fev. 2023.

PEREIRA, S.S. *et al.* Confirmatory factorial analysis of the Maslach *burnout* Inventory – Human Services Survey in health professionals in emergency services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.29, n.1, 2021. Disponível em:<  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/v9BRMzXSRVhsDKWXP3szbrf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 09 Abr 2022.

PENACOBA, C. *et al.* Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic. **Nursing in Critical Care**, v. 26, n. 6, p. 501-509, 2021. Disponível em:<  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nicc.12694>>. Acesso 07 fev. 2023.

PAGÈS, A.E. *et al.* Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units—A Multicenter Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 5569, 2022. Disponível em:<  
<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-8-25>>. Acesso 20 fev. 2023.

VON, E.E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Lancet**, v. 370, n. 9596, p. 1453-1457, 2007. Disponível em:<  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext)>. Acesso: 20 agosto 2023.

VASCONCELOS, E.M.; MARTINO, M.M.F.; FRANÇA,S.P.S. *Burnout* and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p.135-141, 2018. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/reben/a/BbjMBP3CSmZjCzTH7YBGVfq/?lang=en>>. Acesso 20 abr.2022.

VERMA, J. P.; VERMA, Priyam. Use of G\* Power Software. In: **Determining Sample Size and Power in Research Studies**. Springer, Singapore, 2020. p. 55-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depressão**. 2020. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso 27 abr. 2021.

## APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é "Estado psicológico dos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva: Estudo transversal". O objetivo desta pesquisa é identificar a ocorrência de sofrimento psicológico em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. O (a) pesquisador(a) responsável por essa pesquisa é a Prof. Dra. Jussielly Cunha Oliveira, Professora Adjunto/ Departamento de Enfermagem, Campus Lagarto/ Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Assim, os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, a fim de preservar o sigilo, confidencialidade, privacidade, proteção a imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa. Na análise de dados, serão atribuídos números, como garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando a identificação.

As informações serão obtidas da seguinte forma: A coleta será realizada no setor de Unidade de terapia Intensiva por meio do pesquisador principal, logo após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. Os instrumentos serão entregues aos participantes no momento da coleta, a pesquisadora fará orientação individual acerca do termo de consentimento livre e esclarecido e do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, após orientação os questionários serão aplicados no próprio local de trabalho do entrevistado, em ambiente reservado e livre de ruídos externos. O levantamento dos dados será realizado por meio de formulário de coleta de dados sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais, além das escalas hospital anxiety and depression scale, escala de qualidade sono de pittsburgh, escala multidimensional do sentido humor e maslach *burnout* inventory (MBI-HSS). O bloco de variáveis sociodemográficas é composto por perguntas de múltipla escolha e abertas, abrangendo: idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, cor da pele, renda, condições de saúde. Já as variáveis relacionadas aos aspectos ocupacionais: profissão, tipo de vínculo profissional, carga horária semanal de trabalho, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação no setor, realiza hora extra (não; sim), possui outro trabalho remunerado (não; sim), considera a carga horária de trabalho (flexível; rígida) e sofre pressão no trabalho (não; sim). As variáveis comportamentais foram: apresenta indícios de problemas psicológicos, tabagista, pratica atividade física, alimentação saudável, lazer. . O participante terá o tempo de 25 a 30 minutos para responder os questionários. O participante não será identificado em nenhuma etapa dessa pesquisa. Na análise de dados, serão atribuídos números, como garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando a identificação. De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS o armazenamento das gravações não poderão ser feito em hd virtuais ou "nuvens", devendo ser armazenados em mídias físicas (HD e/ou externo ou pen drives.

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: "risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Sua participação envolve os seguintes riscos: Os riscos relacionados a essa pesquisa serão mínimos, devido à possibilidade de constrangimento e desconforto ao responder o questionário que avalia o aspecto psíquico do profissional. No entanto, o pesquisador irá minimizar, uma vez que o questionário não será identificado pelo nome para que seja preservado o anonimato

do participante, será reservado uma sala no hospital para que o profissional possa responder sozinho o questionário. Os indivíduos serão esclarecidos previamente acerca da pesquisa.

Os instrumentos serão avaliados individualmente pela pesquisadora principal e por mais dois pesquisadores que compõem a equipe do projeto, um deles com formação em psicologia. Assim, caso seja identificado sinais de ansiedade, depressão, sono e síndrome de *burnout*, será atendido pela psicóloga do estudo em uma sala reservada no departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Em parceria com serviço de saúde do trabalhador, o profissional também será orientado e encaminhado para o serviço de assistência psicológica do hospital. Os atendimentos funcionam através de consulta, no qual o psicólogo e o psiquiatra realizam as avaliações, como também fazem o acompanhamento, tanto tratamento medicamentoso quanto psicoterápico, conforme necessidade do profissional. Sua participação pode ajudar a fomentar estratégias na promoção da saúde mental, uma vez que conhecer os níveis de ansiedade, humor, sono, depressão e síndrome de *burnout* dos profissionais de enfermagem, poderão ser implementadas medidas, afim de disponibilizar meios de proteção à saúde mental, como também encaminhar esses profissionais a rede de apoio matricial caso tenha seja evidenciado algum distúrbio psicológico.

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador através do(s) telefone (79)99969-3197, pelo e-mail [jussiely@academico.ufs.br](mailto:jussiely@academico.ufs.br). Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: [cephulag@ufs.br](mailto:cephulag@ufs.br). No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

### **Consentimento do participante**

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

**Declaração do pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

- 1) Idade: \_\_\_\_\_
- 2) Gênero:  
 Masculino  Feminino
- 3) Etnia:  
 amarelo  branca  indígena  parda  preto
- 4) Estado civil:  
 Solteiro  Viúvo  Desquitado/Separado  Tem companheiro  Casado/Amasiado
- 5) Moradia:  
 própria  alugada  financiada  cedida
- 6) Função:  
 Enfermeiro  Técnico de Enfermagem
- 7) Escolaridade:  
 ensino médio  ensino superior incompleto  ensino superior completo  especialização  
 mestrado  doutorado

**CONDIÇÕES DE SAÚDE**

- 8) Têm algum problema de saúde:
- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. IC:                           | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 2. IAM prévio:                   | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 3. Hipertensão Arterial:         | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 4. Doença vascular periférica:   | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 5. Asma                          | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 6. Dislipidemia:                 | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 7. Tabagista atual:              | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 8. Tabagista prévio (> 6 meses): | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 9. Diabetes:                     | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 10. Doença arterial coronariana  | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 11. Doença reumatológica         | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 12. Doença hepática              | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 13. Transplante                  | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 14. AVC prévio                   | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 15. Demência                     | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 16. Depressão                    | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |

17. Transtorno de ansiedade  sim  não  
 18. Câncer  sim  não

Faz uso de medicamento contínuo?  sim  não

Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Faz uso de ansiolítico ou antidepressivo casual?  sim  não

Se sim, qual e qual a

frequência? \_\_\_\_\_

### COMPORTEMENTOS DE SAÚDE/DOENÇA

9) Faz uso de drogas:

sim  não  às vezes

10) Fuma:

sim  não

11) Faz uso de álcool:

sim  não  socialmente

quantas vezes na semana : \_\_\_\_\_

12) Pratica atividade física:

sim  não  às vezes

13) Alimentação saudável:

sim  não  às vezes

14) Lazer:

sim  não  às vezes

### DADOS PROFISSIONAIS

15) Contrato de trabalho:

Concursado  Celetista  Contrato temporário  Terceirizado  Residente

16) Renda:

01 salário mínimo  02 salários mínimos  03 salários mínimos  Mais que três salários mínimos

17) Tempo de atuação profissional:

Menos de 1 ano  de 1 a 5 anos  de 5 a 10 anos  Acima de 10 anos.

18) Tempo de atuação no setor: \_\_\_\_\_

19) Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_

20) Turno de trabalho:

Manhã  Tarde  Noite

21) Possui outro vínculo empregatício:  Sim  Não

22) Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

### ATUAÇÃO NA PROFISSÃO

23) Considera a carga horária de trabalho:  flexível  rígida

24) Sofre pressão no trabalho:  Sim  Não

25) Está satisfeito com seu emprego atual e condições laborais:

sim  não

26) Está satisfeito com seu salário:

sim  não

27) Lida constantemente com a dor, sofrimento e a morte:

sim  não  às vezes

## ANEXO A- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

**Painel Autor**

- 1 Manuscritos submetidos >
- Iniciar nova Submissão >
- Instruções herdadas >
- 5 e-mails mais recentes >

### Manuscritos submetidos

| STATUS  | ID              | TÍTULO   | CRIADO      | SUBMETIDO   |
|---|-----------------|--|-------------|-------------|
| <a href="#">✉ Entrar em contato com o periódico</a>   | RGENF-2023-0175 | Ansiedade, burnout e determinantes sociodemográficos da depressão em profissionais de enfermagem: Estudo transversal | 18-ago-2023 | 18-ago-2023 |
| ADM: RGE, Secretaria  |                 | <a href="#">Visualizar submissão</a>   |             |             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Aguardando processamento pelo administrador</li></ul> |                 | <a href="#">Carta de apresentação</a>  |             |             |



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**ANEXO B- ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

| <b>ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE</b>  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.                                |   |   |  |
| <b>1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o)</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo  | <input type="checkbox"/> boa parte do tempo                         | <input type="checkbox"/> de vez em quando                   | <input type="checkbox"/> nunca                             |
| <b>2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes   | <input type="checkbox"/> não tanto quanto antes                     | <input type="checkbox"/> só um pouco                        | <input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada |
| <b>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b>                              |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte   | <input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte                     | <input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa | <input type="checkbox"/> não sinto nada disso              |
| <b>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes  | <input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos                  | <input type="checkbox"/> atualmente bem menos               | <input type="checkbox"/> não consigo mais                  |
| <b>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo  | <input type="checkbox"/> boa parte do tempo                         | <input type="checkbox"/> de vez em quando                   | <input type="checkbox"/> raramente                         |
| <b>6. Eu me sinto alegre</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> nunca   | <input type="checkbox"/> poucas vezes                               | <input type="checkbox"/> muitas vezes                       | <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo            |
| <b>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> sim, quase sempre   | <input type="checkbox"/> muitas vezes                               | <input type="checkbox"/> poucas vezes                       | <input type="checkbox"/> nunca                             |
| <b>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> quase sempre  | <input type="checkbox"/> muitas vezes                               | <input type="checkbox"/> poucas vezes                       | <input type="checkbox"/> nunca                             |
| <b>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago</b>                 |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> nunca   | <input type="checkbox"/> de vez em quando                           | <input type="checkbox"/> muitas vezes                       | <input type="checkbox"/> quase sempre                      |
| <b>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> completamente   | <input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria | <input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes      | <input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes |
| <b>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum</b>                   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> sim, demais   | <input type="checkbox"/> bastante                                   | <input type="checkbox"/> um pouco                           | <input type="checkbox"/> não me sinto assim                |
| <b>12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir</b>                                 |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes  | <input type="checkbox"/> um pouco menos que antes                   | <input type="checkbox"/> bem menos do que antes             | <input type="checkbox"/> quase nunca                       |
| <b>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> a quase todo momento  | <input type="checkbox"/> várias vezes                               | <input type="checkbox"/> de vez em quando                   | <input type="checkbox"/> não senti isso                    |
| <b>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma</b> |   |   |  |

|                                       |                                       |                                       |                                      |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>coisa:</b>                         |                                       |                                       |                                      |
| <input type="checkbox"/> quase sempre | <input type="checkbox"/> várias vezes | <input type="checkbox"/> poucas vezes | <input type="checkbox"/> quase nunca |

Fonte: BOTEGA *et al.*, 1995.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**ANEXO C- QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY**

Você escolheu trabalhar nessa área?

Sim  Não

Você recebeu treinamento para trabalhar nessa área?

Sim  Não

Em caso positivo, qual o tipo de treinamento?  Teórico  Com supervisão  Prático  
 Sem supervisão Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando nesta empresa?

Realiza afazeres domésticos

Trabalha em outro local

Lê jornais e revistas

Olha programas de televisão

Lê livros e/ou estuda

Vai ao cinema e teatro

Realiza alguma atividade física

Na continuação, você encontrará uma série de enunciados sobre o trabalho e sentimentos referentes a ele. Peço sua colaboração para responder a eles tal qual os sente. Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua própria experiência.

Apresento um exemplo que lhe ajudará a compreender o tipo de tarefa que deverá realizar. As frases que encontrará são desse tipo: "Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho". A cada frase você deve responder expressando a frequência que tem esse sentimento. "Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho". Com que frequência sente isso?

| Nunca | Algumas vezes no ano | Algumas vezes no mês | Algumas vezes na semana | Diariamente |
|-------|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------|
| 1     | 2                    | 3                    | 4                       | 5           |

| Nº | Desgaste emocional  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho        |   |   |   |   |   |
| 2  | Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho |   |   |   |   |   |
| 3  | Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho   |   |   |   |   |   |
| 6  | Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa                       |   |   |   |   |   |
| 8  | Sinto que meu trabalho esta me desgastando                            |   |   |   |   |   |
| 13 | Sinto-me frustrada por meu trabalho                                   |   |   |   |   |   |
| 14 | Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.                   |   |   |   |   |   |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 16 | Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa   |  |  |  |  |  |
| 20 | Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades  |  |  |  |  |  |
|    | <b>Despersonalização</b>   |  |  |  |  |  |
| 5  | Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.                |  |  |  |  |  |
| 10 | Sinto que tornei-me mais dura com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.                            |  |  |  |  |  |
| 11 | Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.  |  |  |  |  |  |
| 14 | Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. |  |  |  |  |  |
| 22 | Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.                          |  |  |  |  |  |
|    | <b>Diminuição da realização pessoal</b>  |  |  |  |  |  |
| 4  | Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.   |  |  |  |  |  |
| 7  | Sinto que trato com muito efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.                        |  |  |  |  |  |
| 9  | Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho                   |  |  |  |  |  |
| 12 | Sinto-me muito vigorosa em meu trabalho  |  |  |  |  |  |
| 17 | Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho                    |  |  |  |  |  |
| 18 | Sinto-me estimulada depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.                       |  |  |  |  |  |
| 19 | Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho  |  |  |  |  |  |
| 21 | No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma  |  |  |  |  |  |

Fonte: PEREIRA *et al.*, 2021.

## ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SERGIPE - UFSLAG/HUL

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTADO/STATUS PSICOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: SOFRIMENTO MENTAL EM ASCENÇÃO?

**Pesquisador:** Jussielly Cunha Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 61448622.8.0000.0217

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto/Departamento de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.845.602

## Apresentação do Projeto:

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1979473.pdf> postado em 09/08/2022).

## Resumo:

Os profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva são submetidos a uma carga de trabalho intensa e estressante, tendo em vista que lidam com pacientes críticos e semicríticos, que necessitam de assistência em tempo hábil, tomada de decisão assertiva e recursos tecnológicos avançados. Dessa forma, a rotina de trabalho nesses setores expõe a esses profissionais ao estresse prolongado, podendo gerar sobrecarga emocional e psíquica. **Objetivo:** Identificar a ocorrência de sofrimento psicológico em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, que será realizado em Hospital de grande porte e Hospital Universitário de Lagarto (HUL) com enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta será realizada após aprovação do comitê de ética, no qual será utilizado como instrumentos o questionário sociodemográfico, Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para avaliar sinais e sintomas de ansiedade e depressão, Escala Multidimensional do sentido Humor, Índice de qualidade sono de Pittsburgh e Maslach Burnout Inventory-Human

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

**Bairro:** Centro

**CEP:** 49.400-000

**UF:** SE

**Município:** LAGARTO

**Telefone:** (79)3832-2189

**E-mail:** cepulag@ufv.br

Continuação do Parecer: 5.845.602

Services Survey (MBI-HSS) para identificar a síndrome de Burnout. Os dados serão analisados por meio de frequência absoluta e relativa. Será considerado o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ). Para testar a associação entre as variáveis será utilizado o teste qui-quadrado. Resultados esperados: Espera-se contribuir com o desenvolvimento de evidências sobre o estado psíquico e saúde mental dos profissionais de saúde, fomentar práticas preventivas e de tratamento de possíveis distúrbios psicológicos, com foco à promoção de saúde mental em ambiente ocupacional.

#### Introdução:

O trabalho é um processo no qual o ser humano, por meio das suas ações, controla e modifica a natureza, com o objetivo de produzir algo, e nesse processo, modifica a si mesmo, uma vez que imprime no trabalho as perspectivas de resultado. Na saúde, o trabalho tem como propósito a ação terapêutica, sendo o objeto de trabalho as pessoas que necessitam de assistência, com toda a complexidade e subjetividade do ser humano (FORTE et al., 2019). O cuidado a vida em sofrimento e morte pode gerar alterações psíquicas, sendo identificado como um ofício insalubre para toda equipe envolvida. A vivência do trabalho da equipe de enfermagem gera sentimentos ambíguos, ora vivências de prazer, ora de sofrimento. Isto se dá devido a possibilidade de ser útil enquanto ajudam e confortam, todavia, ao se deparar com o sofrimento alheio, morte, ou situações difíceis de ser superadas, há sofrimento psíquico para o profissional (BARBOSA et al., 2020). As Unidades de Terapia Intensiva são unidades especializadas que atendem pacientes gravemente acometidos. O sofrimento e a morte de pacientes, a sobrecarga de trabalho, a complexidade dos procedimentos, a falta de recursos humanos e materiais, os ruídos excessivos, o ambiente fechado e com iluminação artificial, dentre outros, são fatores estressores, que pode desencadear sintomas de estresse, ansiedade, depressão, até mesmo a síndrome de burnout em profissionais que atuam nesse setor (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018). Estudo realizado por Orgeas et al. (2015), apontam que esse tipo de atividade tem um impacto no sono, humor e qualidade de vida, devido ao cansaço causado pelo turno de trabalho. Papatthanasiou (2015), reitera que a prevalência de enfermeiros e técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva com a síndrome de burnout é elevada, e acredita-se que exista associação significativa com a sintomatologia depressiva. A partir da compreensão que os profissionais de enfermagem tendem a sofrer com as condições de trabalho, as quais influenciam significativamente na saúde mental e na assistência prestada à sociedade nas instituições de saúde, surgiu o questionamento: Quais os fatores que influenciam na saúde mental da equipe de enfermagem que atua em Unidade de

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

**Bairro:** Centro

**CEP:** 49.400-000

**UF:** SE

**Município:** LAGARTO

**Telefone:** (79)3632-2189

**E-mail:** cep@ufslag.ufs.br

Continuação do Projeto: 5.845.602

Terapia Intensiva? Há ocorrência da Síndrome de Burnout, ansiedade, depressão, alterações de humor e má qualidade de sono nesses profissionais?Tendo em vista que a equipe de enfermagem tem um grande potencial de adoecimento mental, já identificado na literatura e tem maior risco de desenvolver a ansiedade, depressão e outras doenças psíquicas. Assim, justifica-se a realização desse estudo por haver limitação de evidências científicas sobre essa temática, especialmente no ambiente de terapia intensiva. Além disso, ressalta-se a contribuição científica dessa pesquisa para enfermagem, considerando a promoção de reflexão e elaboração de programas de saúde ocupacional na instituição onde essa pesquisa será realizada, para prevenir e detectar esses distúrbios psicológicos nos profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva.

**Hipótese:**

A hipótese aludida é: pode haver a ocorrência de sofrimento psicológico em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva.

**Critério de Inclusão:**

Serão considerados como critérios de inclusão: profissionais de enfermagem, como técnicos e enfermeiros, residentes em Sergipe.

**Critério de Exclusão:**

Serão considerados critérios de exclusão: estar afastado independente do motivo durante o período do estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar a ocorrência de sofrimento psicológico em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva.

**Objetivo Secundário:**

Estimar a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de burnout nos profissionais de enfermagem;Conhecer os fatores que possam interferir na qualidade de sono e /ou humor dos profissionais de enfermagem;Correlacionar os sintomas de depressão e ansiedade com a presença de insônia e/ou alteração do humor dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI.

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
**Bairro:** Centro **Município:** LAGARTO **CEP:** 49.400-000  
**UF:** SE **E-mail:** caphulag@ufsl.br  
**Telefone:** (79)3832-3189

Continuação do Parecer: 5.845.602

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

**Riscos:** Os riscos relacionados a essa pesquisa serão mínimos, devido à possibilidade de constrangimento e desconforto ao responder o questionário que avalia o aspecto psíquico do profissional. No entanto, o pesquisador irá minimizar, uma vez que o questionário não será identificado pelo nome para que seja preservado o anonimato do participante, será reservado uma sala no hospital para que o profissional possa responder sozinho o questionário. Os indivíduos serão esclarecidos previamente acerca da pesquisa.

**Benefícios:** Como benefícios os resultados dessa pesquisa poderão fomentar estratégias na promoção da saúde mental, uma vez que conhecer os níveis de ansiedade, depressão e síndrome de burnout dos profissionais de enfermagem, poderão ser implementadas medidas, a fim de disponibilizar meios de proteção à saúde mental, como também encaminhar esses profissionais a rede de apoio matricial caso tenha seja evidenciado algum problema psicológico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1979473.pdf> postado em 15/12/2022); e do arquivo do projeto detalhado enviado (<PROJETO\_BROCHURA.docx> postado em 15/12/2022).

**TIPO DE ESTUDO:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, com delineamento de pesquisa não experimental.

**LOCAL:** Unidade de Terapia Intensiva e Cirúrgica de um Hospital de grande porte do estado, localizado na cidade de Aracaju, Sergipe (SE) e no Hospital Universitário (HU), localizado na cidade de Lagarto/SE.

**Tamanho da Amostra no Brasil:** 152

**Apoio Financeiro:** Financiamento Próprio. Orçamento apresentado: R\$ 4.305,00.

**PROCEDIMENTOS:**

**POPULAÇÃO, TAMANHO AMOSTRAL E GRUPOS:** A amostra será não probabilística por conveniência,

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
**Bairro:** Centro **CEP:** 49.400-000  
**UF:** SE **Município:** LAGARTO  
**Telefone:** (79)2633-2189 **E-mail:** cepulag@ufse.br

Continuação do Parecer: 5.845.602

a fim de obter um recenseamento da saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam em setor crítico. A pesquisa terá como população técnicos de enfermagem e enfermeiros alocados na Unidade de Terapia Geral e/ou cirúrgica dos hospitais selecionados para essa pesquisa. Para avaliar os objetivos específicos do estudo, será utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Sendo assim, o plano amostral se baseará neste teste respeitando o limite superior de 240 profissionais disponíveis. Desta forma, para um tamanho de efeito médio ( $w=0,3$ ), uma significância de 5%, um poder de teste de 80% e 6 graus de liberdade, são necessários 152 participantes (MACHIN et al, 2018, VERMA, VERMA, 2020).

**GARANTIAS ÉTICAS:** Esta pesquisa será inicialmente encaminhada para apreciação e aprovação da Direção do Núcleo permanente de educação do Hospital de grande porte e Hospital Universitário de Lagarto e após aprovação será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe na Plataforma Brasil, conforme preconizado nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos que atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília/DF (BRASIL, 2012). A coleta de dados somente terá início após a aprovação das referidas instituições. Será aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) aos sujeitos que aceitarem participar da pesquisa. O TCLE será entregue antes de responder o instrumento de coleta. Será esclarecido que uma via do termo, após assinada pelo participante, deverá ser entregue com o questionário respondido, ficando a outra via com o respondente, para assegurar o sigilo do participante e da instituição e o livre acesso aos dados.

**PROCEDIMENTO DE CAMPO:**

TRATA-SE DE UM ESTUDO TRANSVERSAL, COM ABORDAGEM QUANTITATIVA, COM DELINEAMENTO DE PESQUISA NÃO EXPERIMENTAL (DIEHL ET AL., 2007; POLIT; BECK, 2011). A PESQUISA SERÁ REALIZADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO ESTADO, LOCALIZADO NA CIDADE DE ARACAJUI/SE, CARACTERIZADO COMO REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A ALTA COMPLEXIDADE DO ESTADO E NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU), LOCALIZADO NA CIDADE DE LAGARTO/SE. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO ESTÁ INSERIDO NO PROCESSO DE EXPANSÃO E INTERIORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE LAGARTO E REGIÃO (BRASIL, 2020A). A COLETA SERÁ REALIZADA NO SETOR DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR MEIO DO PESQUISADOR PRINCIPAL, LOGO APÓS APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. SERÁ ACORDADO COM A COORDENAÇÃO DO HOSPITAL O

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000  
 UF: SE Município: LAGARTO  
 Telefone: (79)3832-2189 E-mail: cepulag@ufse.br

Continuação do Parecer: 5.845.602

HORÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS EM CADA PERÍODO (MANHÃ, TARDE E NOITE), COM A FINALIDADE DE POSSIBILITAR MAIOR PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO. A AMOSTRA SERÁ NÃO PROBABILÍSTICA POR CONVENIÊNCIA, A FIM DE OBTER UM RECENTEAMENTO DA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM SETOR CRÍTICO. PARA AVALIAR OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO, SERÁ UTILIZADO O TESTE QUI-QUADRADO DE PEARSON. SENDO ASSIM, O PLANO AMOSTRAL SE BASEARÁ NESTE TESTE RESPEITANDO O LIMITE SUPERIOR DE 240 PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS. DESTA FORMA, PARA UM TAMANHO DE EFEITO MÉDIO ( $W=0,3$ ), UMA SIGNIFICÂNCIA DE 5%, UM PODER DE TESTE DE 80% E 6 GRAUS DE LIBERDADE, SÃO NECESSÁRIOS 152 PARTICIPANTES (MACHIN ET AL, 2018, VERMA, VERMA, 2020).SERÁ APLICADO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (APÊNDICE A) AOS SUJEITOS QUE ACEITAREM PARTICIPAR DA PESQUISA. O TCLE SERÁ ENTREGUE ANTES DE RESPONDER O INSTRUMENTO DE COLETA. SERÁ ESCLARECIDO QUE UMA VIA DO TERMO, APÓS ASSINADA PELO PARTICIPANTE, DEVERÁ SER ENTREGUE COM O QUESTIONÁRIO RESPONDIDO, FICANDO A OUTRA VIA COM O RESPONDENTE, PARA ASSEGURAR O SIGILO DO PARTICIPANTE E DA INSTITUIÇÃO E O LIVRE ACESSO AOS DADOS.OS INSTRUMENTOS SERÃO ENTREGUE AOS PARTICIPANTES NO MOMENTO DA COLETA, A PESQUISADORA FARÁ ORIENTAÇÃO, OS QUESTIONÁRIOS SERÃO APLICADOS NO PRÓPRIO LOCAL DE TRABALHO DO ENTREVISTADO, EM AMBIENTE RESERVADO E LIVRE DE RUÍDOS EXTERNOS. O PARTICIPANTE TERÁ O TEMPO DE 25 A 30 MINUTOS PARA RESPONDER OS QUESTIONÁRIOS. O LEVANTAMENTO DOS DADOS SERÁ REALIZADO POR MEIO DE FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, OCUPACIONAIS E COMPORTAMENTAIS (APÊNDICE B), ALÉM DAS ESCALAS HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (ANEXO A), ESCALA DE QUALIDADE SONO DE PITTBURGH (ANEXO B), ESCALA MULTIDIMENSIONAL DO SENTIDO HUMOR (ANEXO C) E MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS) (ANEXO D). O BLOCO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS É COMPOSTO POR PERGUNTAS DE MÚLTIPLA ESCOLHA E ABERTAS, ABRANGENDO: IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, ETNIA, COR DA PELE, RENDA, CONDIÇÕES DE SAÚDE. JÁ AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS ASPECTOS OCUPACIONAIS ABRANGERAM: PROFISSÃO, TIPO DE VÍNCULO PROFISSIONAL, CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO, TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR, REALIZA HORA EXTRA (NÃO; SIM), POSSUI OUTRO TRABALHO REMUNERADO (NÃO; SIM), CONSIDERA A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO (FLEXÍVEL; RÍGIDA) E SOFRE PRESSÃO NO TRABALHO (NÃO; SIM). AS VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS FORAM: APRESENTA INDÍCIOS DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, TABAGISTA, PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, LAZER. ESTA

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Dóda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

**Bairro:** Centro

**CEP:** 49.400-000

**UF:** SE

**Município:** LAGARTO

**Telefone:** (79)3632-2189

**E-mail:** cepulag@ufse.br

Continuação do Parecer: 5.843.602

PERMANENTE DE EDUCAÇÃO DO HOSPITAL DE GRANDE PORTE E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO E APÓS APROVAÇÃO SERÁ SUBMETIDO AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE NA PLATAFORMA BRASIL, CONFORME PRECONIZADO NAS DIRETRIZES E NÓRMAS REGULAMENTADORAS DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES

#### ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas serão descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas serão descritas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. Os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher serão utilizados para avaliar a hipótese de independência entre variáveis categóricas. O teste de Shapiro-Wilks será utilizado para avaliar a hipótese de aderência das variáveis contínuas a distribuição normal. Caso não seja rejeitada, serão utilizados os Teste de t para duas amostras independentes e Análise de Variância (ANOVA) para três ou mais grupos a fim de avaliar a hipótese de igualdade de médias, caso contrário, serão utilizados os Teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes ou Kruskal-Wallis para três ou mais grupos a fim de avaliar a hipótese de igualdade de medianas. Serão estimadas razões de chances brutas e ajustadas por meio de regressão logística simples e múltipla cujo ajuste será avaliado por meio de medidas de acurácia diagnóstica como área abaixo da curva, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, taxa de erro e acurácia. O nível de significância adotado em todo o estudo será de 5% e o software utilizado será o R Core Team 2021 (versão 4.1.0).

(mais informações, ver projeto detalhado).

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; termo de anuência e/ou existência de infraestrutura (PPGEN, UFS, HUL, HUSE/SES); termo de compromisso e confidencialidade; projeto completo, orçamento financeiro, cronograma; TCLE.
- 2- O(A) Pesquisador(a) não solicitou a dispensa do TCLE.
- 3- Foram apresentados também o projeto de pesquisa, termo de ciência da chefe da Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos do HUL; termo de ciência e responsabilidade para atividades de pesquisa no HUL na vigência da pandemia de Covid-19 da pesquisadora responsável e da mestrande.

Endereço: Avenida Governador Marcelo D'áda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000  
 UF: SE Município: LAGARTO  
 Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 5.843.602

**Recomendações:**

**RECOMENDAÇÃO 1-** O parecer do CEP UFS-Lag/HUL é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

**RECOMENDAÇÃO 2-** Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

**RECOMENDAÇÃO 3-** É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

**RECOMENDAÇÃO 4-** O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

**RECOMENDAÇÃO 5-** Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

**RECOMENDAÇÃO 6-** Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

**RECOMENDAÇÃO 7-** Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP UFS-Lag/HUL recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

**RECOMENDAÇÃO 8-** Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Dóda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
**Bairro:** Centro **CEP:** 49.400-000  
**UF:** SE **Município:** LAGARTO  
**Telefone:** (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SERGIPE - UFSLAG/HUL**



Continuação do Parecer: 5.845.802

à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

**RECOMENDAÇÃO 9-** Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

**RECOMENDAÇÃO 10-** Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise das respostas (arquivo: "carta\_resposta\_pendencias\_cep\_lagarto.docx" postado na Plataforma Brasil em 15/12/2022) ao Parecer Consubstanciado nº 5.792.957 emitido em 05/12/2022, não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP UFS Lag/HUL, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por dar como parecer final: APROVADO.

Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c. desenvolver o projeto conforme delineado; d. elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e. apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Avenida Governador Marcelo Dada, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto |                               |
| <b>Bairro:</b> Centro   | <b>CEP:</b> 49.400-000        |
| <b>UF:</b> SE   | <b>Município:</b> LAGARTO     |
| <b>Telefone:</b> (79)3632-2189  | <b>E-mail:</b> cepulag@ufs.br |

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SERGIPE - UFSLAG/HUL**



Continuação do Parecer: 5.845.602

| Tipo Documento   | Arquivo  | Postagem               | Autor                           | Situação |
|--|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                           | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1979473.pdf                          | 15/12/2022<br>11:37:46 |                                 | Aceito   |
| Outros   | CARTA_RESPOSTAS_PENDENCIAS_CEP_LAGARTO.docx                            | 15/12/2022<br>11:35:22 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                | PROJETO_DE_PESQUISA_MODIFICADO.docx                                    | 15/12/2022<br>11:34:44 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Brochura Pesquisa  | PROJETO_BROCHURA_.docx   | 15/12/2022<br>11:34:25 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Cronograma   | CRONOGRAMA_NOVO_.pdf   | 15/12/2022<br>11:33:08 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE ANUENCIA E EXISTENCIA DE INFRAESTRUTURA_NOEMIA_MODIFICADO.pdf | 29/09/2022<br>23:57:04 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MODIFICADO.docx             | 29/09/2022<br>23:55:35 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | CARTA DE ANUENCIA_SES_MODIFICADO.pdf                                   | 29/09/2022<br>23:54:21 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE SIGILO CONFIDENCIALIDADE JUSSIELY.pdf        | 09/08/2022<br>10:05:15 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE SIGILO CONFIDENCIALIDADE LARISSA             | 05/08/2022<br>09:32:36 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE LARISSA.pdf                   | 05/08/2022<br>09:32:12 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE COMPROMISSO LARISSA.pdf                                       | 05/08/2022<br>09:31:36 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE RELACIONADO COVID LARISSA.pdf                | 05/08/2022<br>09:31:15 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE COMPROMISSO CONFIDENCIALIDADE JUSSIELY.pdf                    | 05/08/2022<br>09:22:54 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR JUSSIELY.pdf                       | 05/08/2022<br>09:22:15 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE COVID JUSSIELY.pdf                           | 05/08/2022<br>09:21:48 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE SIGILO CONFIDENCIALIDADE NOEMIA              | 05/08/2022<br>09:18:08 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE RESPONSABILIDADE RELACIONADO COVID NOEMIA.pdf                 | 05/08/2022<br>09:17:54 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR NOEMIA.pdf                         | 05/08/2022<br>09:17:18 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Outros   | TERMO COMPROMISSO CONFIDENCIALIDADE NOEMIA.pdf                         | 05/08/2022<br>09:16:48 | NOEMIA SANTOS DE OLIVEIRA SILVA | Aceito   |
| Folha de Rosto   | FOLHA_DE_ROSTO.pdf   | 05/08/2022             | NOEMIA SANTOS                   | Aceito   |

**Endereço:** Avenida Governador Marcelo Dêda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
**Bairro:** Centro **Município:** LAGARTO **CEP:** 49.400-000  
**UF:** SE **E-mail:** cepulag@ufsl.br  
**Telefone:** (79)3632-2189

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 5.845.602

|  |   |                        |                                    |        |
|--|---|------------------------|------------------------------------|--------|
| Folha de Rosto                             | FOLHA_DE_ROSTO.pdf  | 08:46:56               | DE OLIVEIRA SILVA                  | Aceito |
| Outros                                     | FICHA_DE_IDENTIFICACAO_CONDICOES_SOCIODEMOGRAFICAS_E_DE_SAUDE.pdf | 07/07/2022<br>08:43:47 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | QUESTIONARIO_MASLACH_BURNOUT_INVENTORY.pdf                        | 07/07/2022<br>08:43:12 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | INDICE_DE_QUALIDADE_SONO_DE_PITTBURGH.pdf                         | 07/07/2022<br>08:42:42 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | ESCALA_MULTIDIMENSIONAL_DOSENTIDO_DE_HUMOR.pdf                    | 07/07/2022<br>08:42:08 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | ESCALA_DE_AVALIACAO_DO_NIVEL_DE_ANSIEDADE_DEPRESSAO.pdf           | 07/07/2022<br>08:41:37 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | TERMO_CIENCIA_DO_CHEFE_DA_UNIDADE.pdf                             | 07/07/2022<br>08:40:50 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | TERMO_DE_ANUENCIA_E_EXISTENCIA_DE_INFRAESTRUTURA_UFS.pdf          | 07/07/2022<br>08:40:11 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Outros                                     | CARTA_DE_ANUENCIA_HUL_.pdf  | 07/07/2022<br>08:39:00 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAO_AUTORIZACAO_PARA_UTILIZACAO_INFRAESTRUTURA.pdf         | 07/07/2022<br>08:37:19 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |
| Orçamento                                  | ORCAMENTO_.pdf  | 07/07/2022<br>08:33:59 | NOEMIA SANTOS<br>DE OLIVEIRA SILVA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LAGARTO, 06 de Janeiro de 2023

Assinado por:  
Júlia Guimarães Reis da Costa  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto  
Bairro: Centro CEP: 49.400-000  
UF: SE Município: LAGARTO  
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufsa.br