

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Débora Ribeiro Mendonça

Síndrome de Burnout em uma Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica

Aracaju,

2014

Débora Ribeiro Mendonça

Síndrome de Burnout em uma Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^o MSc. Marco A. Valadares Oliveira

Aracaju,

2014

Débora Ribeiro Mendonça

Síndrome de Burnout em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Orientador: Prof. MSc. Marco Antonio Valadares Oliveira

Autora: Débora Ribeiro Mendonça

BANCA EXAMINADORA

Aracaju, 2014

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Deus, principal responsável por minhas conquistas e sem o qual nunca teria chegado aqui.

A meus pais, Rute Ribeiro e Carlos Augusto, fontes de inspiração a prosseguir nessa árdua batalha pela graduação no curso.

Ao meu orientador Prof. Marco Antônio Valadares pela atenção e transmissão de conhecimentos.

Ao professor Enaldo, pelo apoio, disponibilidade e preocupação para a conclusão deste trabalho.

A meus irmãos (Eduardo, Danilo e Júnior) e amigos, estes também irmãos, porém escolhidos por mim durante a vida.

Por fim, a todos os meus companheiros de faculdade e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão do curso.

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA.....	06
REFERÊNCIAS.....	16
2 ARTIGO ORIGINAL.....	19
2.1 FOLHA DE ROSTO.....	19
2.2 RESUMO DE ARTIGO ORIGINAL.....	20
2.3 ABSTRACT.....	21
2.4 INTRODUÇÃO.....	22
2.5 METODOLOGIA.....	25
2.6 RESULTADOS.....	27
2.7 DISCUSSÃO.....	30
2.8 CONCLUSÕES.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
TABELAS.....	37

1. REVISÃO DA LITERATURA

No final da década de 80, com a reforma sanitária, surgiu a necessidade de uma mudança nas políticas públicas de saúde, sendo então criado o SUS pela Constituição Federal de 1988. O novo sistema preconizava um novo modelo de assistência à saúde, baseado na descentralização, regionalização e hierarquização, dando um foco maior nas atividades preventivas, mas sem prejuízo nas atividades assistenciais (Brasil, 1988).

Segundo Apolinário (2007), esse novo modelo de assistência integral, deveria promover ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças, bem como vincular todos os níveis de atenção, mas também voltar-se para todas as dimensões que podiam acometer o homem, seja física ou social.

Além da integralidade, o SUS preconiza os princípios de equidade e universalidade, em que todos os indivíduos são igualmente tratados conforme a sua necessidade, e todos têm direito aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou contratados pelo poder público, em todos os níveis de assistência e sem nenhum tipo de privilégio (Brasil, 1990).

Bolela (2008, pág. 22), diz que a relação entre esses princípios e a humanização está acima de qualquer complexidade que envolva a saúde, ao afirmar que:

“Assim, a humanização dá-se não apenas mediante a garantia de acesso das pessoas e da população aos serviços de saúde, mas na garantia da qualidade desses serviços aos quais terão acesso. Ou seja, aliada ao princípio da universalidade, é requerida a qualidade dos serviços de saúde, pois, isoladamente, o acesso a tais serviços não é capaz de contemplar a humanização”.

Percebemos um atendimento humanizado, quando ao invés de ações técnico-científicas repetitivas, os profissionais de saúde tratam os pacientes mediante a sua necessidade, respeitando a individualidade de cada um, vendo-os como um todo (Bolela, 2008).

As Unidades de Terapia Intensiva foram criadas com o objetivo de prestar uma melhor assistência a pacientes graves, através da sua monitorização constante. Também seguem os princípios do SUS de integralidade e são atualmente locais

dotados de equipamentos de alta tecnologia e de profissionais de saúde com grande qualificação técnico-científica para exercerem suas funções. Dessa forma, suas habilidades técnicas são mais valorizadas em detrimento de suas aptidões relacionais e humanas (Bolela, 2008).

Diante do aumento das queixas de maus tratos nos hospitais, o governo cria em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com objetivo de melhorar a assistência dos serviços de saúde no país. O programa consistia em aprimorar as relações entre os funcionários e os usuários da saúde, por meio da implantação de grupos de trabalho de humanização nos hospitais, que divulgavam e agregavam conceitos de humanização (Brasil, 2001). No entanto, a criação de um programa não é suficiente para garantir a humanização, frente aos desafios a serem enfrentados em todos os níveis de assistência, sejam eles relacionados à estrutura ou mesmo aos conhecimentos dos profissionais.

Segundo Collet e Rozendo (2003, p. 192):

Os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam em superação da relevância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização; a superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; a superação dos modelos convencionais de gestão; superação dos corporativismos das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado.

Dessa forma, para que a humanização aconteça, a equipe não deve ver o paciente apenas como um portador de uma doença que necessita de tratamento, mas ter uma visão holística da situação, vê-lo como um ser único, dotado de individualidades e sentimentos próprios, que reage de maneira diferente às diversas situações. Um dos maiores entraves para que isso seja feito, são os atuais modelos de gestões, em que prioriza-se as ações técnicas, repetitivas e rotineiras em detrimento de ações que promovem um atendimento mais humanizado, como atenção, respeito e diálogo entre a equipe e o paciente.

Segundo Souza, Possari e Mugaiar (1985), o índice de mortalidade na UTI ainda continua alto, mesmo com todo o avanço tecnológico e terapêuticas avançadas. Dessa forma, ao chegar numa UTI, o paciente e seus familiares atribuem

uma gravidade à situação, muitas vezes não compatível com a realidade, o que suscita sentimentos de ansiedade e tristeza, tornando aquele ambiente ainda mais estressante.

Para Bolela (2003), a estrutura física também é responsável por tornar a UTI um ambiente estressante, pois são lugares fechados, sem ventilação, sem janelas, com muitos fios e aparelhagens, camas próximas umas das outras, muita luminosidade, além dos ruídos constantes. Além disso, a forma como o trabalho é organizado na UTI, seja por ritmos intensos ou à grande rotatividade de funcionários por turno, coloca como ponto principal a realização de procedimentos em detrimento das relações pessoais, impedindo que seja estabelecido qualquer vínculo entre a equipe e o paciente.

Por ser um local que recebe pacientes que necessitam de monitorização constante e que muitas vezes são necessários procedimentos de urgência e de maneira rápida, tem-se procurado funcionários com grande capacidade técnica, destreza e agilidade, deixando para segundo plano a importância de ter funcionários com habilidade em manter relações de respeito, empatia e solidariedade pelos pacientes (Bolela, 2003).

Devido à concentração de pacientes graves e às constantes situações de emergência, o ambiente de trabalho em uma UTI torna-se um lugar estressante e gerador de conflitos. Além disso, os profissionais tem que lidar com a falta de recursos e com a dificuldade em aceitação da morte, criando um ambiente emocionalmente comprometido e tenso, que dificulta à qualidade da assistência prestada ao paciente (Leite, Vila, 2005).

A medicina tem avançado nos últimos anos com novas técnicas e medicamentos, diminuindo substancialmente a mortalidade para algumas doenças, antes consideradas muito graves. Porém a humanização não tem crescido com a mesma proporção, como afirma Gus (1991, pág. 215) quando diz que “a doença se curva diante da técnica, e o doente desaparece como indivíduo, passando a representar um registro de leito e o caso de sucesso profissional”.

Por ser a UTI um ambiente que recebe pacientes mais graves, porém recuperáveis, a equipe coloca-se numa posição de combate, em que são importantes

a precisão e a agilidade para impedir que a morte ocorra (Bemer, Rossi, Nastari, 1991). Segundo Lange e Fioreli (2009), quanto mais próximo do paciente, maior a pressão sofrida pela equipe, levando muitas vezes a queda no rendimento e gerando conflitos entre a equipe, fatores que tendem a afastá-los do paciente.

Piva (1992), compara as situações vivenciadas em uma UTI como de uma guerra, em que a grande rotatividade de funcionários e de pacientes, somado a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, favorecem o surgimento de sentimentos e emoções ruins por parte da equipe e do paciente.

A UTI é um local altamente especializado, composto por equipamentos com tecnologia avançada e uma assistência contínua da equipe, capazes de agir prontamente em qualquer situação crítica. Caetano, Andrade, Soares, Ponte (2007), questionam até que ponto a tecnologia promove o bem-estar das pessoas, para que possa ser usada em favor da manutenção da vida como é feito na UTI. O fato de os próprios profissionais de saúde preferirem “morrer” em casa do que na UTI quando abordados sobre o assunto, leva-nos a questionar se realmente o desenvolvimento tecnológico é bom ou não.

No entanto, a tecnologia não pode ser somente penalizada, mas deve ser usada de uma forma que traga qualidade de vida aos pacientes que dela precisem, no sentido não só de promover a manutenção da vida e o controle da dor, mas também contribuir na aquisição de conhecimentos que promovam ações voltadas para essência humana, no intuito de aliviar o sofrimento e a solidão (Caetano; Andrade; Soares; Ponte, 2007).

Para saber humanizar é preciso conhecer o ser humano, não só os outros, mas também a si mesmo. Diante de um ambiente como a UTI, onde a todo momento surgem situações de estresse e tensão, a equipe deve agir de forma autêntica e pessoal e entender que a sua presença é tão importante quanto o procedimento que irá realizar (Caetano; Andrade; Soares; Ponte, 2007).

Os pacientes que são admitidos em uma UTI são observados e monitorados continuamente pela equipe e pelos aparelhos sofisticados, que devido aos ruídos constantes, luzes e falta de privacidade, não são bem vistos, inclusive pela família. Dessa forma, para que o sofrimento seja minimizado, os profissionais de saúde além

do saber fazer, devem também transmitir afeto, no sentido de valorizar a condição humana (Caetano; Andrade; Soares; Ponte, 2007).

A promoção da humanização em uma UTI não é uma tarefa fácil. Devido aos procedimentos constantes e rotinas intensas a que os funcionários são submetidas, muitas vezes não há tempo para reflexão sobre o processo do cuidar, nem para manterem um contato maior com o paciente. Humanizar uma UTI não é algo objetivo como uma técnica, mas é um processo que deve ser utilizado por toda equipe para oferecer um bem-estar para o paciente (Caetano; Andrade; Soares; Ponte, 2007).

Segundo Caetano; Andrade; Soares; Ponte (pág.3, 2007), os elementos essenciais para uma assistência que baseiam-se na essência humana, são:

“Assim, calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor das pessoas, preservação do conforto e bem-estar físico e mental, proximidade entre pacientes e familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se participante do esquema terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais.”

O fato de lidar com pacientes graves e conseqüentemente com mais frequência com a morte, o ambiente de trabalho em uma UTI torna-se muitas vezes estressante e exige dos profissionais de saúde um equilíbrio psicológico constante, o que pode gerar burnout em toda equipe (Fogaça, Westher, Carvalho, Cítero, Nogueira-Martins, 2008).

Segundo Silva, Rangel, Christoffel (2009), o entendimento sobre o processo saúde-doença é adquirido através das experiências próprias dos indivíduos e do contato com a sociedade, e não somente do saber científico. Dessa forma, pela variedade de experiências que vivenciamos, torna-se mais um processo dinâmico do que formal.

A sociedade, baseada ainda no saber científico, coloca a saúde e a doença em dois polos opostos, em que um é a ausência do outro, um é considerado normal e o outro patológico, e não como um processo contínuo em que várias dimensões estão envolvidas. Dessa forma, a medicina científica e sofisticada cria um modelo de ser humano como “máquina” complexa, que fica doente quando há um desequilíbrio

das suas funções vitais, sendo então passível de intervenções e a sua participação no processo é negada (Silva, Rangel, Christoffel, 2009).

Baseado nesse modelo atual, as tecnologias atuam sobre a doença impondo tratamento para que a saúde seja estabelecida, em detrimento da pessoa que vivencia esse adoecer. Portanto, apesar dos avanços trazerem benefícios, ao melhorar a eficiência das terapêuticas, afastam a possibilidade de uma assistência mais humana ao provocar iatrogenia, intervencionismo em excesso, encarecimento das técnicas e a desvalorização da esfera psicossocial do paciente (Silva, Rangel, Christoffel, 2009).

Diante do avanço tecnológico, os profissionais que trabalham na UTI vivenciam as rotinas das máquinas e monitores e esquecem que em meio a elas existe um ser humano e problemas relacionados à doença. Dessa forma tem-se buscado de forma urgente e desafiadora à implementação do cuidado humanístico na UTI, visto que com o passar do tempo a técnica e o conhecimento especializado têm sido priorizados na formação dos profissionais. (Costa, Figueiredo, Schaurich, 2009).

Por ser um ambiente dotado de tecnologia de ponta e do saber especializado, as UTIs tem se destacado na grande realização de procedimentos modernos e técnicas avançadas, utilizados no tratamento de pacientes graves, no intuito de recuperar sua saúde. No entanto, diante do sistema que são submetidos e à valorização da destreza manual, os profissionais de saúde muitas vezes esquecem que atrás de toda aquela aparelhagem existe uma pessoa dotada de sentimentos, temores e sentimentos, prejudicando a prestação do cuidado humanizado. Porém, não só os pacientes, mas também os profissionais desenvolvem sentimentos de frustração e exaustão emocional diante dessa realidade.

Diante desse contexto, foi que o Ministério da Saúde elaborou o PNHAH, com a intenção de melhorar as relações entre os profissionais e entre estes e os usuários, visando humanizar a assistência nos hospitais e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2001).

Para que a humanização seja efetivamente colocada em prática, ela deve chegar em todas as esferas de assistência a que o indivíduo tem acesso, desde a

recepção até às ações de promoção, prevenção e reabilitação. Dessa forma, percebe-se à importância da humanização não ser voltada apenas para o paciente, mas também para a equipe, de forma que se estabeleça uma relação efetiva entre ambos (Costa, Figueiredo, Schaurich, 2009).

Segundo Rosa e Carlotto (2005), devido a grande carga de responsabilidades que são atribuídas aos profissionais que trabalham nas instituições hospitalares, tem-se observado uma maior preocupação com a saúde física e mental dos mesmos, uma vez que, muitos são os fatores estressantes que precisam enfrentar no cotidiano de suas profissões, seja pela cobrança das habilidades técnicas, ou mesmo na tomada de decisões que trazem implicações éticas e morais.

Para Benevides e Pereira (2002), os profissionais da área de saúde precisam desenvolver maiores habilidades que as outras profissões para lidar com a rotina das instituições hospitalares. Pois, são rotinas que vão desde carga horária exagerada e a má valorização profissional à constante pressão de saber lidar com o sofrimento e a morte. Além desses aspectos, deve-se acrescentar o ambiente hostil em que esses profissionais trabalham, como ruídos exagerados, falta de estrutura e de material, ou ainda pelo contato direto com os pacientes e seus problemas, gerando um estresse que muitas vezes é responsável pela insatisfação profissional e baixa produtividade.

Uma das formas de avaliar o sofrimento no trabalho, decorrente do prejuízo a saúde mental dos trabalhadores é através do estudo da Síndrome de Bournot. Segundo França (1987, pág.2):

“O conceito de Burnout surgiu nos Estados Unidos em meados da década de 1970 para explicar o processo de deterioração nos cuidados e na atenção profissional dos trabalhadores. O termo Burnout quer dizer ‘incendiar-se, deixar-se queimar (burn = queimar e out = exterior). Ao longo dos anos essa síndrome de ‘queimar-se’ tem se estabelecido como uma resposta ao estresse laboral crônico integrado por atitudes e sentimentos negativos.”

Segundo Lipp, Tanganelli (2002), as atividades que exigem um contato contínuo com o paciente pode gerar um estresse crônico caracterizando a Síndrome de Bournot. Dessa forma, não é apenas um estado momentâneo, mas uma perpetuação dos fatores estressantes no trabalho, como consequência da falha de mecanismos de enfrentamento adotados pelos profissionais.

A síndrome de Bournot caracteriza-se por diversos sentimentos que podem afetar os profissionais de saúde e trazer consequências negativas no seu trabalho. Dessa forma, o cansaço, a ansiedade, a irritabilidade, podem afetá-lo física ou psiquicamente, levando à redução da produtividade. Como uma forma de defender-se, o indivíduo tende a afastar-se e a manter posturas objetivas, livre das emoções, comprometendo a assistência humanizada (Ruviaro, Bardagi, 2010).

A síndrome de Burnout é considerada uma síndrome de natureza psicológica, que ocorre devido ao estresse crônico do trabalho. É composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. A exaustão emocional é caracterizada pela fadiga do trabalhador, sendo considerada pelos autores como estresse individual da síndrome. A despersonalização abrange as atitudes frias e impessoais tomadas pelo profissional no relacionamento com os receptores da sua assistência. Já a baixa realização profissional, surge como um sentimento de frustração e incompetência, consequência da auto-avaliação do indivíduo (Tamayo, 2008).

Benevides-Pereira (2002), relata que prefere utilizar a palavra desumanização ao termo despersonalização, pois reflete de forma mais clara o que está ocorrendo com o indivíduo, sem dar a impressão que o mesmo perdeu sua personalidade.

Essa síndrome se manifesta quando o indivíduo não é mais capaz de lidar de forma positiva e adaptativa com o estresse crônico do trabalho. Diante disso, ocorre a frustração pelo não enfrentamento das situações, fazendo com que a síndrome cresça, desgastando o profissional que se sente indefeso (Alpi;Flórez,2003)

O Inventário de Burnout de Maslach (MBI) é o instrumento mais utilizado para mensuração da síndrome. Com a utilização de suas três variáveis (Exaustão emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) é capaz de definir de forma operacional a síndrome. Para facilitar a compreensão da população brasileira, a versão original foi comparada com a versão em inglês por meio da tradução reversa, dessa forma, ajustes foram feitos para manter a intencionalidade dos itens do inventário original. O instrumento é auto-aplicado, totalizando 22 itens, sendo que, em sua versão original americana, a frequência das respostas é avaliada por uma escala de pontuação que varia de 0 a 6. Na versão brasileira, a escala também totaliza 22 itens e sua pontuação varia de 0 a 5. Através deste inventário é possível avaliar como o profissional vivencia seu trabalho, segundo três dimensões que foram estabelecidas pelo Modelo de Malash:

Exaustão Emocional (itens 1,2,3,6,8,13,14,16 e 20), Realização Pessoal no Trabalho (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21), Despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22), totalizando 22 itens, onde é usado um sistema de pontuação de 1 a 5, também usado por Tamayo (1997), na adaptação brasileira do instrumento, pois foi verificado que os sujeitos apresentavam dificuldades para responder muitos itens do instrumento devido à especificidade da escala original, que utiliza 7 pontos. Dessa forma, utiliza-se 1 para “nunca”, 2 para “anualmente”, 3 para “mensalmente”, 4 para indicar “semanalmente” e 5 para “diariamente, sendo que cada componente é analisado separadamente como uma variável contínua. Segundo o autor¹², o sistema de pontuação de cada característica, dessa forma na exaustão emocional, a somatória de 27 ou mais pontos indica um grau alto; de 17 a 26 pontos, considera-se grau Médio; e, com menos de 17 pontos, considera-se grau baixo. Na despersonalização, a somatória de 13 ou mais pontos indica um grau alto; de 7 a 12 pontos, grau médio; e menos de 7 pontos indica um grau baixo. Na realização pessoal no trabalho, a somatória de 39 ou mais pontos indica um grau alto; de 30 a 38 pontos, considera-se grau médio; e menos de 30 pontos indica um grau baixo (Malaslach, Jackson, Leiter, 1996).

Codo e Vasques-Menezes (1999) afirmam que o burnout é uma síndrome que leva o indivíduo a perder o sentido do seu trabalho, de tal forma que as coisas não importam mais e qualquer esforço seja inútil. É considerada uma experiência interna que agrupa sentimentos e atitudes negativas, que conseqüentemente se traduz em alterações ou disfunções. A síndrome é considerada nos dias atuais um dos grandes problemas psicossociais que pode afetar a qualidade de vida dos trabalhadores, com conseqüências nocivas para a pessoa e para a organização do trabalho que ele se insere.

Benevides-Pereira (2002) relata que à medida que vai ocorrendo o esgotamento, a fadiga, monotonia e estresse, a saúde do trabalhador vai sendo comprometida. Dessa forma, além alienar o trabalhador ao processo produtivo, comprometendo a assistência, esses sintomas causam também danos psicológicos e leva a ocorrência da síndrome de Burnout.

Segundo Silva, Silva, Christoffel (2009), o corpo biológico muitas vezes é separado do aspecto social, da mesma forma que separamos o processo saúde da doença, deixando de dar relevância aos processos que envolvem as duas esferas. Assim, ao lidar com os aspectos biológicos, o ser humano valoriza os procedimentos técnicos, a

doença e as máquinas, de uma forma que as dimensões humanas esfriam-se e as histórias de vida que fazem parte do ambiente hospitalar, não tenham destaque.

Para os pais, o momento de internação da criança torna-se um momento de crise familiar, frente aos problemas do filho, o ambiente estranho, longe do aconchego da própria casa, somado ao número excessivo de intervenções e procedimentos e uma equipe atarefada, muitas vezes incapaz de iniciar um período de diálogo (Silva, Silva, Christoffel, 2009).

Para Rodrigues, Ferreira (2011), as pessoas podem vivenciar muitas situações de estresse durante sua vida, principalmente no âmbito profissional. Dessa forma, podem desenvolver mecanismos de adaptação para se proteger das possíveis consequências negativas. Afirmam também que quando o ser humano gosta do que executa e interage bem com as pessoas e o ambiente, aquele trabalho traz benefícios, não somente físicos, mas também enriquece o lado emocional e pessoal do profissional.

O trabalho exercido por um ser humano pode ser uma fonte de estresse para ele, que surge como uma reação emocional em resposta a diversas características deletérias do ambiente. Entre elas, as diversas funções atribuídas a uma única pessoa, a responsabilidade, insegurança, má remuneração, exclusão na tomada de decisões, a relação com a chefia, carga horária excessiva e noturna, enfim, são diversos fatores que contribuem para o desgaste do profissional na instituição de trabalho, prejudicando conseqüentemente a qualidade da assistência prestada. Nas Unidades de Terapia Intensiva todas essas características somam-se a um ambiente complexo dotado de barulhos, aparelhos e a presença de pacientes graves, que necessitam de cuidados e vigilância contínuos. Dessa forma exige dos profissionais além de rotinas e procedimentos contínuos, também a habilidade de saber lidar com a dor e sofrimento presentes nesses pacientes na maior parte do tempo (Rodrigues, Ferreira, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALPI, S.V.; FLÓREZ.L.A. **El Síndrome del Burnout dn uma muestra de auxiliares de enfermeira: um estúdio exploratório**. Psychologia, Enero-Junio, v.3, n.1, p. 35-45, Bogotá-Colômbia, 2003.
- AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. **A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem**. Acta Paul. Enferm., v.19, n.4, p.444-9, 2006.
- APOLLINÁRIO, R. S. **Educação profissional: vivência do educando de enfermagem no cuidado do doente crítico**. Ribeirão Preto, 2007. 119p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. **Humanização nas relações com a família: um desafio para enfermagem em UTI pediátrica**. Acta Scientiarum, 2004, 26(1):205-212. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1666/1074>>. Acesso em: 5 de maio de 2013.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho**. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.), **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 17-57.
- BOEMER, M.R.; ROSSI, L.R.G.; NASTARI, R.R. **A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos**. In: CASSORLA, R. M. S. Da morte: estudos brasileiros. 2 ed. Campinas: Papirus, 1998.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 18 Março 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 19 de Abril de 2014
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAETANO, J.A. et all. **Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um estudo reflexivo**. Escola Enfermagem Anna Nery, 2007.
- CAMPOS, A. C. S. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Caderno de Saúde Pública, 2007;23(4):79-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400027>. Acesso em: 8 de maio 2013.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, G. S. **Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra multifuncional**. Estudos de Psicologia. Campinas, v.24,n.3, p.325-332, 2007.

- COLLET,N.; ROZENDO, C. A. **Humanização e trabalho na enfermagem.** Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v.56, n.2, p.189-192, mar. /abr. 2003
- COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.571-80, 2009.
- FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. **O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada.** Texto Contexto Enfermagem, 2007; 16 (4):609-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2013.
- FRANÇA, H. H. **A Síndrome de "Burnout"**. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo, v.44, n.8, p.197-199, 1987.
- GOLDENSTEIN, E. **Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar: dando voz a médicos de UTI pediátrica sobre suas vivências em um hospital humanizado.** São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2006-08-08T11:50:02Z-2432/Publico/EDUARDO%20GOLDENSTEIN.pdf>. Acesso em: 8 maio 2013.
- GUERRER FJ, BIANCHI ER. **Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva.** Rev Esc Enferm USP. 2007;42(2):355-62.
- LANGE, L.M.L.; FIORELLI, P.L.A.R. **Vivências Emocionais de equipes de saúde trabalhando em UTI pediátrica: Um olhar transpessoal sobre o sofrimento e o morrer.**88f. Lato sensu em Psicologia Transpessoal, Campinas, 2009.
- LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Março-abril, 2005; 13(2):145-50.
- LIMA, F. D., et al. **Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004.** Rev. Bras. de Educ. Med. v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
- LIPP, M. N.; TANGANELLI, M. S. **Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres.** Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre,v.15, n.3, p. 537- 548, 2002.
- LIRA, M. M. F. L. **Atendimento humanizado em Unidade de Terapia Intensiva neonatal.** Capítulo do livro Assistência ao recém-nascido de risco. 2ª Edição, 2004.
- MAKIE V. **Stress and coping strategies amongst registered nurses working in South Africa Tertiary Hospital.** [Dissertação de Mestrado]. Western Cape: Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Western Cape; 2006.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E., LEITER, M. P., **Maslach Burnout Inventory, Manual.** Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists Press,1996
- MASLACH, C., SCHAAUFELI, W. B., LEITER, M. P. **Job Burnout.** Annual Review of Psychology, 52, 397-422, 2001.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. **Humanização do cuidado da UTI neonatal**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007, 9 (1): 200-213. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 5 maio. 2013.

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA A. S. S. **Fatores geradores de estresse enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(4):[09 telas]jul.-ago. 2011. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar**. Revista da SBPH. São Paulo, v.8, n.2, p.1-15,dezembro 2005.

RUVIARO, M.F.S.; BARDAGI, M.P. **Síndrome de Bournot e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS**. Barbarói, Santa Cruz do Sul,n.33, Ag/Dez. 2010

SANTOS, C., PEREIRA, K. W., CARLOTTO, S. **Burnout em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência**. Barbarói, 32, 69-81,2010.

SILVA, L. J.; SILVA,L. R.; CHRISTOFFEL,M. M. **Tecnologia e Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença**. Revista Escola de Enfermagem USP, 2009 43(3):684-9.

TAMAYO, M. R..(2008).**Burnout: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho**. In A (Ed.), Estresse e cultura organizacional (pp. 75-105). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.

VASQUES-MENEZES, I. **A contribuição da psicologia clínica na compreensão do Burnout: um estudo com professores**. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

2. ARTIGO ORIGINAL

3.1– FOLHA DE ROSTO ARTIGO ORIGINAL

Síndrome de Burnout em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Autores:

- Marco Antonio Valadares Oliveira – Professor assistente de Pediatria da Universidade Federal de Sergipe (UFS); mestrado em Ciências da Saúde pela UFS; e-mail: valadaresmarco@uol.com.br
- Débora Ribeiro Mendonça – Graduando em Medicina pela UFS; e-mail: debinha_rm@hotmail.com
- Aretha Alves Machado de Souza – Graduando em Medicina pela UFS; e-mail: aretha.machado@hotmail.com
- Evelyne de Andrade Mota – Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe; e-mail: evelyne_am@hotmail.com
- Enaldo Vieira de Melo – Professor assistente de Pediatria da UFS; mestrado em Ciências da Saúde pela USP- Ribeirão Preto; e-mail: evm.estatistica@hotmail.com

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Total de Tabelas: 06

Total de Figuras: 01

Total de Palavras do Resumo: 247

Total de Palavras do Abstract: 227

Total de Palavras do Artigo: 5468

3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL

Objetivo: identificar a presença da Síndrome de Burnout nos seus três domínios em funcionários de uma UTI pediátrica referência no estado.

Métodos: Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas nos meses de janeiro a maio de 2014, junto à equipe multidisciplinar atuante em uma UTI pediátrica. Os participantes responderam acerca de dados demográficos e profissionais, tais como área de atuação, tempo de atuação, carga horária na unidade e fatores que limitam a prestação da assistência. Responderam ainda um questionário com a escala Burnout, com o intuito de identificar a síndrome nesses profissionais.

Resultados: Participaram deste estudo 62 profissionais de saúde atuantes na UTIP de um hospital público. A média de idade foi de $38,2 \pm 10,1$ anos mínima de 22 e máxima de 60. A sua distribuição foi em sua maioria de técnicos de enfermagem 30(48,4%), seguidos de médicos 12(19,4%) e fisioterapeutas 11(17,7%). Considerando os 3 critérios, a frequência de Bornout foi de 11,3%. Porém, considerando 2 critérios, a frequência foi de 33,9%. Observou-se maior frequência de moderada exaustão e despersonalização. Porém 100% dos entrevistados referiu baixa realização profissional. Mostrou-se associação estatisticamente significativa entre a Síndrome de Burnout (em dois domínios) com o menor tempo de exercício profissional.

Conclusões: É imprescindível a implementação de atividades voltadas para prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, amenizando o risco de desenvolvimento da síndrome de Burnout, reconhecendo que além da formação técnico-científica, o profissional deva ser preparado para promover um ambiente favorável a uma assistência humanizada, sem prejuízos à sua saúde física e emocional.

Palavras – chave: Humanização; UTI; Bornout

3.3 ABSTRACT

Objective: To identify the presence of burnout syndrome in its three areas where employees of a reference pediatric ICU in the state.

Methods: Data were collected through semi-structured interviews conducted in the months from January to May 2014, with the active in a pediatric ICU multidisciplinary team. Participants responded about demographics and professional, such as area, time of performance, workload in the unit and factors that limit the assistance. Also completed a questionnaire with the Burnout scale, with the aim of identifying the syndrome these professionals.

Results: The study included 62 health professionals active in the PICU of a public hospital. The mean age was 38.2 ± 10.1 years minimum of 22 and maximum of 60. Their distribution was mostly practical nurses 30 (48.4%), followed by 12 physicians (19.4%) and 11 physiotherapists (17.7%). Considering the three criteria, the frequency of Bornout was 11.3%. However, considering two criteria, the frequency was 33.9%. We observed a higher frequency of moderate exhaustion and depersonalization. But 100% of respondents reported low job satisfaction. Showed a statistically significant association between burnout syndrome (in two areas) with shorter professional practice.

Conclusions: It is essential to the implementation of activities aimed at prevention and health promotion workers, mitigating the risk of developing burnout, recognizing that beyond the technical and scientific training, the professional must be prepared to promote an enabling environment for assistance humanized without harm to their physical and emotional health.

Keywords - Keywords: Humanization; ICU; Bornout

3.4 INTRODUÇÃO

O estresse profissional tornou-se um grande problema nos dias atuais. Diante das rotinas, cargas horárias prolongadas e procedimentos excessivos, têm surgido os efeitos negativos na saúde e bem-estar do trabalhador, comprometendo também a qualidade da assistência humanizada aos pacientes.

A síndrome de Burnout, considerada de natureza psicológica, ocorre devido ao estresse crônico do trabalho. É composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. A exaustão emocional é caracterizada pela fadiga do trabalhador, sendo considerada pelos autores como estresse individual da síndrome. A despersonalização abrange as atitudes frias e impessoais tomadas pelo profissional no relacionamento com os receptores da sua assistência. Já a baixa realização profissional, surge como um sentimento de frustração e incompetência, consequência da auto-avaliação do indivíduo¹.

Segundo alguns autores^{1,2} o desajuste entre a pessoa e o seu trabalho, levam ao aparecimento da síndrome. Este processo pode se apresentar em diversas áreas, como carga de trabalho, relacionamento com os colegas, controle e valores. Quando ocorre a quebra dessa harmonia entre o trabalho e a pessoa, surge um incremento das dimensões que caracterizam a doença.

Este desajuste entre o profissional e o seu trabalho, quando ocorrem cronicamente, torna o ambiente hostil, desconfortável e estressante. Alguns dos fatores que contribuem para este fato são: número reduzido de profissionais, conflitos interpessoais, falta de valorização do trabalho, excesso de trabalho, baixos salários, tratamentos prolongados dispensados aos pacientes, falta de preparo para lidar com os conflitos emocionais, o convívio diário com a dor e a morte e o uso excessivo da tecnologia. Dessa forma, os profissionais da área de saúde são extremamente vulneráveis para desenvolver esse transtorno no trabalho, devido ao intenso contato interpessoal, principalmente no ambiente das UTIs, onde essas características são percebidas de forma mais intensa.

Atualmente, um dos desafios a ser enfrentado pelos profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é a humanização da assistência, pois com a tecnologia cada vez mais avançada, observa-se, muitas vezes, maior atenção às máquinas do que com o cuidado dos pacientes.³

O conhecimento da realidade de que as UTIs pediátricas são causa de estresse para os pacientes, seus familiares e as equipes, até bem pouco tempo não era valorizado, mas no momento está sendo responsável por uma mudança na visão do atendimento. A preocupação hoje não se restringe a tratar a doença, mas para que a UTI cuide do paciente de modo que o mesmo não tenha sequelas físicas nem emocionais. Assim, há uma consciência de ser essencial humanizar as UTIs pediátricas.⁵

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI) é um ambiente de extrema importância para a recuperação da criança, porém esta unidade que deveria zelar pelo seu bem-estar em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal e temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. O ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, desconforto e dor.⁶

A atuação da equipe multidisciplinar junto à criança e a sua família deve se constituir não somente de cuidados que envolvam o planejamento de intervenções, aplicação de conhecimentos técnico-científicos, mas também de cuidados que envolvam todo o contexto biopsicossocial do paciente de modo a percebê-lo como um ser integral imbuído de uma infinita gama de sentimentos contraditórios⁶. Várias soluções são propostas para humanizar da medicina: mudanças nos currículos das escolas médicas, uma maior atenção às matérias ditas “humanísticas”, uma ênfase em filosofia e história da medicina; mudanças no ambiente hospitalar, introduzindo maior conforto, melhor iluminação, cores mais vivas, maior número de janelas e, mesmo, descaracterização do hospital no seu aspecto tradicional; introdução de atividades lúdicas no intuito de não desconectar totalmente o paciente de sua vida extra-hospital.³

Assim, o cuidado proporciona a criança um melhor desenvolvimento e qualidade de vida, reduzindo os efeitos nocivos provocados pela hospitalização e permitindo a participação da família como elemento fundamental no internamento.⁶ Não se deve esquecer, entretanto, das dificuldades que os médicos e a equipe enfrentam nesses ambientes e dos seus sentimentos em relação a diferentes questões, como: o lidar com a morte, com a angústia e a culpa; a presença das mães na UTI e suas decorrências na rotina hospitalar e na prática clínica; o reconhecimento (ou não-reconhecimento) do trabalho médico pelos pais; o inter-relacionamento entre a equipe; os aspectos (positivos ou negativos) do ambiente físico da UTI e das condições de trabalho, entre outras.³

Estudos apontam o crescente aumento do número de trabalhadores da área de saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho, o que gera a necessidade de investimentos

para identificar as causas e a execução de ações que contribuam para redução dessa taxa e assim, melhorem a saúde do trabalhador.

Assim, a detecção da prevalência e dos sintomas dessa síndrome é de extrema importância para elaboração de programas e intervenções, que possam melhorar não só a qualidade de vida do trabalhador mas também, a qualidade dos serviços prestados.

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivos observar a frequência da síndrome de Burnout nos profissionais atuantes na UTIP de um hospital público, bem como fatores associados e caracterizar a percepção da equipe multidisciplinar quanto a dificuldade em promover a humanização neste setor.

3.5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa realizado na Unidade de terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um Hospital público de Sergipe que possui 10 leitos. Trata-se de instituição hospitalar pública de referência para todo o estado de Sergipe e regiões circunvizinhas dos estados da Bahia e de Alagoas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas ao longo dos meses de Setembro de 2013 a Maio de 2014, junto a 62 profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar do referido setor pediátrico. Os critérios de inclusão foram aceitar participar do estudo, emitido formalmente pela equipe multidisciplinar, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico e um tempo de serviço mínimo nesta unidade de três meses.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por um roteiro semiestruturado, composto por questões objetivas, que trouxe o levantamento sobre variáveis demográficas (idade, sexo, estado civil, profissão, formação maior), laborais (tempo de exercício profissional nesta instituição, tempo de exercício profissional, carga horária semanal) e psicossociais (relação com os profissionais e acompanhantes, desejo de permanecer no trabalho, prejuízo na relação familiar, relação com a chefia e sentimentos em relação ao seu trabalho). Os participantes foram também questionados quanto à estrutura do local, a carga horária de visitas, a percepção dos acompanhantes sobre o quadro clínico da criança, os sentimentos dos familiares e amigos em relação ao seu trabalho e sobre a possível participação em cursos de humanização.

Para avaliar a Síndrome de Burnout foi utilizado o Maslach Burnout Inventory – MBI – HSS⁸, traduzido para o uso no Brasil e adaptado por Benevides-Pereira (2001). Para facilitar a compreensão da população brasileira, a versão original foi comparada com a versão em inglês por meio da tradução reversa, dessa forma, ajustes foram feitos para manter a intencionalidade dos itens do inventário original. O instrumento é auto-aplicado, totalizando 22 itens, sendo que, em sua versão original americana, a frequência das respostas é avaliada por uma escala de pontuação que varia de 0 a 6. Na versão brasileira, a escala também totaliza 22 itens e sua pontuação varia de 0 a 5¹⁰.

Através deste inventário é possível avaliar como o profissional vivencia seu trabalho, segundo três dimensões que foram estabelecidas pelo Modelo de Malash: Exaustão Emocional (itens 1,2,3,6,8,13,14,16 e 20), Realização Pessoal no Trabalho (itens 4, 7, 9,

12, 17, 18, 19,21), Despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22), totalizando 22 itens, onde é usado um sistema de pontuação de 1 a 5, também usado por Tamayo (1997), na adaptação brasileira do instrumento, pois foi verificado que os sujeitos apresentavam dificuldades para responder muitos itens do instrumento devido à especificidade da escala original, que utiliza 7 pontos. Dessa forma, utiliza-se 1 para “nunca”, 2 para “anualmente”, 3 para “mensalmente”, 4 para indicar “semanalmente” e 5 para “diariamente, sendo que cada componente é analisado separadamente como uma variável contínua. Segundo o autor¹², o sistema de pontuação de cada característica, dessa forma na exaustão emocional, a somatória de 27 ou mais pontos indica um grau alto; de 17 a 26 pontos, considera-se grau Médio; e, com menos de 17 pontos, considera-se grau baixo. Na despersonalização, a somatória de 13 ou mais pontos indica um grau alto; de 7 a 12 pontos, grau médio; e menos de 7 pontos indica um grau baixo. Na realização pessoal no trabalho, a somatória de 39 ou mais pontos indica um grau alto; de 30 a 38 pontos, considera-se grau médio; e menos de 30 pontos indica um grau baixo. A síndrome de Burnout está presente quando há a combinação de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética da instituição de afiliação dos pesquisadores com o CAAE (30695413.8.0000.5546) , tendo sido realizados os procedimentos éticos conforme resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos (Hutz & Spink,1996). O banco de dados foi digitado e, posteriormente, analisado no pacote estatístico SPSS, versão 20.0. A validação das dimensões de burnout foi feita através de medidas de adequação da amostra à análise fatorial, determinação do número de fatores adequados à análise fatorial, validade de construto pelo método de componentes principais, confiabilidade pelo método do alfa de Cronbach e normatização utilizando-se estatísticas descritivas dos construtos resultantes. Todos os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos do estudo, livre opção de aceitar participar e sigilo total das informações e opiniões atribuídas. Todos de acordo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

3.6. RESULTADOS

Participaram deste estudo 62 profissionais de saúde atuantes na UTIP de um hospital público. A média de idade foi de $38,2 \pm 10,1$ anos mínima de 22 e máxima de 60. A distribuição dos profissionais constituiu em sua maioria de técnicos de enfermagem 30(48,4%), seguidos de médicos 12(19,4%) e fisioterapeutas 11(17,7%). Quanto ao tempo de atuação nesta unidade 71,1% apresentaram até 10 anos de trabalho, apenas 46,6% apresentou um tempo de exercício profissional total menor que dez anos. A amostra constituiu de 83,9% de pessoas do sexo feminino, sendo que mais de 50% relataram serem casados (tabela 1).

Em relação à carga horária semanal de trabalho, a maioria (75,8%) dos profissionais apresentou entre 30 e 40 horas semanais e apenas 8% entre 60 e 72 horas. Quando foram questionados sobre sua escolaridade, 25(40,3%) declararam possuir ensino médio completo como formação maior. Já 22(35,5%) disseram possuir pós-graduação (tabela 2).

Sobre a estrutura do local de trabalho, 50% atribuíram uma nota igual a 5 (numa escala de zero a 10), sendo que 25% relataram uma nota até 3 e apenas 25% deram uma nota maior que 6. A mediana dos valores de nota atribuída a relação interpessoal com os demais profissionais foi de 7, sendo que 25% desses profissionais relataram uma nota inferior ou igual a 6. Por outro lado, 25% apresentaram nota superior a 8. Sobre a relação dos profissionais com os acompanhantes, 50% dos participantes referiram nota superior a 8. Já a relação dos demais profissionais com os acompanhantes, 50% referiram uma nota até 7 e apenas 25% referiram nota superior a 8 (tabela 3).

Em relação à carga horária de visitas na UTIP, 66% referiram ser ideal e a minoria (6%) consideraram-na abaixo do ideal. A maioria dos profissionais (64%) julgou insatisfatória a percepção dos acompanhantes em relação ao quadro clínico da criança.

Dos profissionais questionados, 50% relataram que desejam ficar o menor tempo possível, até que novas possibilidades de trabalho venham a surgir; porém 21% desejam continuar até a sua aposentadoria. Dos entrevistados 38,7% declararam que sua relação familiar nunca tenha sido prejudicada pelo trabalho na unidade, enquanto que 22,6% referiram que isso acontece raramente.

Quando questionados sobre a impressão que seu tipo de trabalho passa para outras pessoas, 61,3% relataram que seus amigos interpretam como uma atitude de coragem e

45,2% julgaram que seus familiares possuem a mesma impressão, seguida pelo sentimento de orgulho.

No que se refere à relação profissional com a chefia, a maioria (59,7%) a considerou boa e apenas uma a considerou muito ruim.

Quando comparados os sentimentos que o profissional possuía em relação à sua atividade profissional na unidade quando começou a trabalhar no setor, 32,3 % relataram o “medo” como predominante, seguido de “esperança” (30,6%). Porém hoje, 37,1% referem satisfação, seguido de esperança (22,6%); uma minoria (4,8%) relatou a “dor” como sentimento predominante.

Quando questionados sobre a participação em algum curso de humanização, 46,8% referiram tê-lo feito durante a sua formação e 33,9% durante seu exercício profissional. Os enfermeiros foram o grupo com maior participação em cursos.

Com relação ao Maslach Inventory Burnout (MBI), pesquisou-se a frequência dos três domínios da síndrome de Burnout. Segundo o autor do instrumento, as notas de corte utilizadas foram: para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 um nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 indicam alto nível, de 7 a 12 moderado e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam alto nível, de 32 a 38 nível moderado e maior ou igual a 39, baixo.

A exaustão emocional apresentou um escore com média de $21,4 \pm 6,4$, com o valor mínimo de 12 e máximo de 37. Por outro lado, sua categorização apresentou uma maior frequência de “moderada exaustão”, seguido de “baixa” e uma menor frequência para “alta”.

Quanto ao domínio despersonalização, registrou-se uma média de $10,4 \pm 3,1$, com mínima de 5 e máxima de 18. No tocante à sua categorização, observou-se uma maior frequência de moderada despersonalização.

Em relação ao domínio realização profissional a média foi de $20,8 \pm 4,6$, com mínima de 11 e máxima 29. Quanto à sua categorização, 100% dos entrevistados apresentou baixa realização profissional. (tabela 4)

A prevalência de Burnout levando-se em conta os três domínios (exaustão emocional alta, despersonalização alta e realização profissional baixa), foi de 7,0(11,3%) (IC = 4,8–19,4). No entanto, levando-se em conta os dois domínios (exaustão emocional alta e despersonalização alta), a frequência de Burnout foi de 21(33,9%) (IC = 22,6–45,2).

Foram observados que não houve diferença com significância estatística, na frequência de Burnout dentre as diferentes faixas etárias e sexo. Quanto aos profissionais atuantes nesta UTI, 14,3% dos médicos apresentaram e 19% dos fisioterapeutas apresentaram a síndrome. Já os técnicos de enfermagem, maioria quantitativa no setor, apresentaram apenas 52,4% de frequência da doença. Os enfermeiros, o fonoaudiólogo e os secretários apresentaram a mesma frequência da síndrome (4,8%). De acordo com a formação maior dos profissionais, observou-se nos indivíduos com nível superior uma frequência da doença de 38,1%, sendo contudo inexistente nos indivíduos com a formação acadêmica máxima observada. (tabela 5).

Observou-se ainda que quanto menor o tempo de exercício profissional, maior foi o escore da presença de Síndrome de Burnout.

3.7 DISCUSSÃO

O perfil da equipe multidisciplinar atuante neste hospital público é de uma população relativamente jovem, predominantemente feminina, com mais de dez anos de formados, carga horária excessiva de trabalho, principalmente em regime de plantão.

A prevalência da Síndrome de Burnout considerando dois escores altos nas duas dimensões do MBI(exaustão emocional e despersonalização) encontrada no presente estudo foi de 33,9%, e considerando as três dimensões foi de 11,3%. Segundo a literatura, esta prevalência varia muito entre os estudos, dependendo da população avaliada e dos valores conceituais utilizados como referência. Lima observou prevalência de Burnout em 53,7% dos pediatras de um hospital público no Sul do Brasil.

Mais da metade dos profissionais demonstraram moderada exaustão emocional (51,6%), sendo esta a primeira reação que o indivíduo apresenta ao estresse gerado pelas rotinas do trabalho. A partir daí, não se acham motivados a desempenhar suas atividades e não mais conseguem criar mecanismos de enfrentamento para as situações do cotidiano. Atualmente, o stress está presente no cotidiano da maioria das pessoas e não raramente está relacionado ao trabalho e às condições de vida atuais, mas é no trabalho que se ressalta a exaustão emocional¹⁶. Ao sentirem-se cansados física e emocionalmente, o profissional desenvolve a despersonalização, quando passam a tratar os pacientes fria e objetivamente, evitando qualquer envolvimento com os receptores do seu trabalho. Esse foi o domínio que apresentou maior frequência neste estudo, sendo maior de forma moderada (56,5%).

Diante do cansaço e sensação de fracasso, pelo não cumprimento de sua tarefa como médico, há uma redução na realização profissional. Segundo alguns autores¹¹, essa é a última reação que o indivíduo desenvolve em resposta ao estresse gerado no trabalho. Neste estudo, todos os profissionais apresentaram baixa realização profissional. Embora tenham optado por uma profissão de ajuda, o trabalhador pode encontrar dificuldades relacionadas às suas possibilidades de atuação, especialmente quando se depara com aspectos restritivos do seu trabalho. Isso contribui de maneira decisiva para o sentimento de baixa realização profissional.

Buscou-se identificar fatores de risco, como características pessoais ou exigências no trabalho, que serviriam como determinantes para o surgimento da síndrome ou de outros fatores limitantes ao processo de humanização.

No grupo estudado, 52,4% dos técnicos de enfermagem apresentou a Síndrome de Burnout, sendo o grupo com maior percentual. Visto que a enfermagem é descrita como uma atividade desgastante em razão do excesso de atividades, escassez do pessoal, diversidade de turnos e são os que possuem maior contato com o paciente, devido aos procedimentos, rotinas e administração de medicamentos frequentes.

A prevalência dessa síndrome está em indivíduos mais jovens¹², principalmente nos que não alcançaram os 30 anos. Isso é atribuído a pouca experiência ou a frustração diante da não realização dos anseios do seu trabalho. Dessa forma, as grandes expectativas frente ao início do seu trabalho, são frustradas, deixando-os mais vulneráveis a este transtorno. No entanto, no presente estudo não houve escores com diferença significativa da síndrome nas diversas faixas etárias.

Em relação ao sexo, prevaleceu o feminino (85,7%) e não se encontrou correlação desta variável com a Síndrome de Burnout. Porém, algumas pesquisas apontaram pontuações mais elevadas em desgaste emocional entre as mulheres e despersonalização entre os homens, em virtude das influências sociais¹³. As mulheres, devido à jornada dupla adotada por elas entre o lar e o trabalho. Os homens, devido à exigência social em relação ao cumprimento de determinados papéis sociais.

Benevides-Pereira (2002), atribui o casamento ou o fato de ter um companheiro estável, a uma menor propensão ao desenvolvimento do Burnout, enquanto que solteiros, divorciados e viúvos apresentam maiores valores da síndrome. No presente estudo, houve maior frequência de Burnout nos indivíduos solteiros.

Neste estudo, 50% dos indivíduos com a doença relatou carga horária semanal até 36 horas. Esses resultados conflitam-se com outro estudo realizado com enfermeiros portugueses, em que verificou-se índice aumentado de exaustão emocional e Burnout em profissionais com carga horária acrescida (42 horas semanais)¹⁴.

Outras variáveis como tempo de atuação no setor e tempo de exercício profissional em associação com o Burnout também foram avaliadas. Estudos apontaram que a síndrome pode ter início no primeiro ano que o indivíduo ingressa na instituição. É atribuída às dificuldades de inserção no grupo já constituído, ao sentimento de instabilidade no emprego e a necessidade de reconhecimento e aceitação. Porém, a literatura ainda é divergente sobre o assunto. Alguns autores, relatam maior prevalência dessa síndrome nos indivíduos mais antigos no setor¹⁵.

A UTI é considerado um ambiente extremamente propício para ocorrência do estresse laboral, decorrente das rotinas e tecnologia excessivas, contato diário com pacientes

graves, entre outros. Dessa forma, o estudo mostrou que sentimentos de coragem e orgulho são despertados nos amigos e familiares dos profissionais que atuam na mesma. No que se refere ao sentimento do profissional, o maior percentual referiu medo e esperança no primeiro dia de trabalho, quando criam expectativas sobre a realização da sua profissional. Hoje esses profissionais referem dor, por não conseguirem prestar uma assistência de qualidade e sentirem-se estressados e ainda a esperança que algo irá melhorar.

Segundo alguns autores¹⁶, a estrutura física precária do local de trabalho está relacionada a maiores níveis de estresse entre os profissionais. No presente estudo, metade dos profissionais deram uma nota até cinco a estrutura e somente 25% referiram uma nota maior que seis, sendo portanto, mais um fator que corrobora para o estresse do profissional, principalmente devido a falta de espaço, de materiais e ruídos excessivos.

Estudos¹⁷ apontaram que as relações interpessoais no trabalho são fontes geradoras do estresse de forma estatisticamente significativa, no entanto, os indivíduos participantes deste estudo relataram boa relação com os outros profissionais e com os acompanhantes, não sendo um fator gerador de estresse nesses profissionais. No entanto, a literatura aponta que a falta de coleguismo pode tornar o trabalho mais desgastante em situações que a dinâmica da equipe está comprometida e não mais contempla as necessidades pessoais do grupo, nem ameniza o desgaste de lidar com pacientes mais graves¹⁸.

Os profissionais consideraram que a carga horária de visitas nesta UTIP de quatro horas diárias é suficiente, no entanto, a carga horária preconizada é no mínimo de 12 horas por dia para suprir as necessidades dos pacientes. O mesmo percentual desses profissionais consideraram insatisfatória a percepção do acompanhante quanto ao quadro clínico da criança.

Dos profissionais do setor, 37% relataram que só se imaginam trabalhando no setor até que novas possibilidades de emprego venham surgir, o que é compatível com os 100% de baixa realização profissional.

Outros fatores estão também envolvidos na ocorrência de estresse nos profissionais, como a relação com a chefia, à interferência na relação familiar e a participação ou não em cursos de humanização. No entanto, percebeu-se neste estudo que nenhum desses esteve envolvido na ocorrência de estresse nestes profissionais.

Diante da dificuldade em executar um cuidado humanizado na UTI, os profissionais descreveram alguns fatores que podem influenciar de maneira positiva este processo.

Dentre estes, pode-se mencionar a motivação profissional, o ambiente da unidade, a assistência integral aos clientes e familiares, e a necessidade de educação continuada.

3.8 CONCLUSÃO

Devido ao avanço tecnológico da UTI, tem-se exigido dos profissionais o conhecimento técnico-científico, a eficácia e a agilidade, dando menos ênfase aos princípios éticos e humanos.

Neste estudo, foram destacados aspectos que influenciam positivamente o processo de humanização da UTI, como: uma adequada área física, a garantia da visita diária em mais de um turno, ter recursos humanos em quantidade suficiente, a boa relação com a chefia, participação em cursos, além da sintonia e do respeito mútuo entre os profissionais.

Foram apontados também, alguns aspectos que dificultam o processo de humanização como as relações interpessoais entre as equipes, o pouco tempo que estes profissionais possuem para se dedicar ao paciente e sua família devido às rotinas preestabelecidas e a carga horária excessiva.

Observou-se que a síndrome de Burnout acometeu diferentes trabalhadores, não havendo diferença entre sexo, formação ou estado civil. No entanto observou-se maior frequência nos técnicos de enfermagem, podendo estar relacionado a carga horária e rotinas excessivas.

Apesar de as relações interpessoais serem importantes para o bom desempenho da equipe e a sua deficiência estar relacionada à ocorrência da síndrome de Burnout, neste estudo não foi evidenciado a sua falha na equipe. Não sendo dessa forma, causa de estresse nesses trabalhadores.

A carga horária ideal de visitas preconizada é de 12 horas. No entanto, nesta UTIP são de 4 horas diárias, sendo considerada ideal por esses profissionais. Dessa forma, a equipe não considera o momento de visita proveitoso, seja pela má estrutura, pelo pouco tempo disponível ou por sentirem-se estressados, dificultando a boa relação com os acompanhantes.

Esse estudo mostrou que considerando os 3 critérios, a frequência de Burnout foi de 11,3%. No entanto, considerando os 2 critérios, a frequência foi de 33,9%. Dessa forma,

devido ao grande estresse neste ambiente de trabalho, estes profissionais desenvolveram até o último estágio da síndrome.

O domínio exaustão emocional apresentou uma média de $21,4 \pm 6,4$ com o valor mínimo de 12 e máximo de 37. Já o domínio despersonalização, registrou-se uma média de $10,4 \pm 3,1$ mínima de 5 e máxima de 18. Havendo maior frequência de moderada em ambas.

Em relação a realização profissional foi encontrada uma média de $20,8 \pm 4,6$ mínima de 11, máxima 29. Dessa forma, por ser uma categoria que lida diretamente com pessoas e com o sofrimento, a síndrome de burnout é muito frequente nos profissionais de saúde.

Observou-se que os profissionais com Burnout apresentaram menor tempo de exercício profissional. Acredita-se que pela pouca experiência, sentem-se inseguros em relação ao trabalho e percebem que o mesmo não satisfará suas ansiedades, gerando insatisfação e desgaste.

É imprescindível à implementação de atividades voltadas para prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, amenizando o risco de desenvolvimento da síndrome de Burnout, reconhecendo que atividades físicas, bom relacionamento interpessoal e realização interna com a profissão que exerce são fundamentais para afastar essa doença do ambiente de trabalho e melhorar a qualidade de vida do profissional.

Ressalta-se que a saúde do trabalhador deve ser objeto de discussão nos ambientes de trabalho e nos locais de formação profissional. Podendo dessa forma, contribuir para a saúde ocupacional e favorecer as relações entre trabalho e trabalhador.

A saúde do trabalhador está diretamente relacionada com a qualidade da assistência que ele oferece. Dessa forma, através de políticas públicas voltadas para a saúde do mesmo, melhora da estrutura física, diminuição da carga horária ou estratégias que melhorem o estresse causado pelo trabalho, principalmente em um ambiente como a UTI, a fim de prestar uma assistência humanizada aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAMAYO, M. R..(2008).Burnout: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In A (Ed.), Estresse e cultura organizacional (pp. 75-105). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
2. MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., Leiter, M. P. Job Burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422, 2001
3. GOLDENSTEIN, E. Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar: dando voz a médicos de UTI pediátrica sobre suas vivências em um hospital humanizado. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2006-08-08T11:50:02Z-2432/Publico/EDUARDO%20GOLDENSTEIN.pdf>. Acesso em: 8 maio 2013.
4. BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para enfermagem em UTI pediátrica. Acta Scientiarum, 2004, 26 (1):205-212.Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1666/1074>>. Acesso em: 5 de maio de 2013.
5. LIRA, M. M. F. L. Atendimento humanizado em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Capítulo do livro Assistência ao recém-nascido de risco. 2ª Edição, 2004.
6. REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007, 9 (1): 200-213. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 5 maio. 2013.
7. FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. Texto Contexto Enfermagem, 2007; 16 (4):609-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em: 8 maio. 2013.
8. CAMPOS, A. C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Caderno de Saúde Pública, 2007;23(4):79-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400027>. Acesso em: 8 maio. 2013.
9. MASLACH, C., JACKSON, S. E., LEITER, M. P., Maslach Burnout Inventory, Manual. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists Press,1996
10. GUERRER FJ, Bianchi ER. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2007;42(2):355-62.

11. BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.), Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 17-57.
12. MASLACH, C., SCHAAUFELI, W. B., LEITER, M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422, 2001.
13. MASLACH, C., SCHAAUFELI, W. B., LEITER, M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422, 2001.
14. QUEIRÓS, P.J. (2005). Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
15. SANTOS, C., PEREIRA, K. W., CARLLOTO, S. (2010). Burnout em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. *Barbarói*, 32, 69-81.
16. CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, G. S. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v.24,n.3, p.325-332, 2007.
17. VASQUES-MENEZES, I. A contribuição da psicologia clínica na compreensão do Burnout: um estudo com professores. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
18. SHIMIZU, H., & CIAMPONE, M. H. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(4), 623-630.
19. LIMA, F. D., et al. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Rev. Bras. de Educ. Med.* v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
20. GUERRER FJ, Bianchi ER. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;42(2):355-62.
21. MAKIE V. Stress and coping strategies amongst registered nurses working in South Africa Tertiary Hospital. [Dissertação de Mestrado]. Western Cape: Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Western Cape; 2006.
22. AZAMBUJA EP, Kerber NPC, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):355-62.

Tabela 1. Características sócio-demográficas de 62 profissionais de saúde atuantes na equipe multidisciplinar da UTIP de um hospital público

VARIÁVEIS	n=62	%
Idade <= 30 anos ¹	15	24,0
Idade > 30 <= 50 anos	36	58,0
Idade > 50 <= 60	11	17,0
Gênero feminino, n (%)	52	83,9
Gênero masculino, n (%)	10	16,1
Casados	33	53,2
Solteiro	25	40,3
Divorciado	3,0	4,8
Viúvo	1,0	1,6
Nível Médio	25	40,3
Nível Superior	14	22,6
Pós-graduação	22	35,5
Mestrado	1,0	1,6

***Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**

Tabela 2. . Caracterização dos profissionais de acordo com a profissão, tempo de atuação na UTIP, tempo de exercício profissional e carga horária nesta UTIP.

VARIÁVEIS	TOTAL N = 62	Percentua I(%)
Profissão		
Médicos	12	19,4
Enfermeiros	05	8,1
Fisioterapeutas	11	17,7
Técnicos	30	48,4
Fonoaudiólogo	1,0	1,6
Secretários	2,0	3,2
Psicólogo	1,0	1,6
TempoUTIP(ANOS)		
< = 10	44	71,1
11 – 20	16	25,8
> 20	02	3,2
Tempo ExerProfissional(ANOS)		
< = 10	29	46,7
11 - 20	18	28,9
> 20	15	22,5
Carga Horária(Horas)		
12 – 24	07	11,2
30 -40	47	75,8
60 - 72	08	12,9

Tabela 3. Notas atribuídas pela equipe multidisciplinar à estrutura e as relações interpessoais no local de trabalho da UTIP*

VARIÁVEIS	Mediana	Q1	Q3
ESTRUTURA	5	3	6
REALCPROF	7	6	8
RELACMP	8	7	9
REDACP	7	6	8

REALCPROF = Relação do profissional com os diversos profissionais; RELACMP = Relação dos profissionais com os acompanhantes dos pacientes; REDACP = Relação dos demais profissionais com os acompanhantes.

***Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**

Tabela 4: Prevalência da Síndrome de Burnout e suas subescalas, em funcionários da UTIP do Hospital de Urgências de Sergipe, ano de 2014.

	N=62	%	IC 95%
Bournout			
Sub-escalas e níveis			
Domínio Exaustão			
Baixa	18	29,5	19,7 a 41,0
Moderada	32	52,5	41,0 a 63,9
Alta	11	18,0	8,2 a 27,9
Domínio Despersonalização			
Baixa	9,0	14,8	6,6 a 24,6
Moderada	35	57,4	44,3 a 70,5
Alta	17	27,9	18,0 a 39,3
Domínio Realização Profissional			
Baixa	60	100	100
Moderada	0	0	
Alta	0	0	

Tabela 5. Características sócio-demográficas dos profissionais atuantes na UTIP de um hospital público de acordo com a presença ou não do Burnout

VARIÁVEIS	C/BURNOUT	S/BURNOUT	p*
	N=62	N=62	
Idade	35,3 ± 11,1	38,8 ± 9,9	0,30
Sexo n(%)			
Feminino	18(85,7)	34(82,9)	0,48
Masculino	3,0(14,3)	7,0(17,1)	0,80
Profissão n(%)			
Médico	3(14,3)	9 (22,0)	0,37
Enfermeiro	1(4,8)	4 (9,8)	0,37
Técnicos de Enfermagem	11(52,4)	19(46,3)	0,37
Psicólogo	0(0,0)	1(2,4)	0,37
Fonoaudiólogo	1(4,8)	00(0,0)	0,37
Fisioterapeuta	4 (19,0)	7 (17,1)	0,37
Secretários	1(4,8)	1(2,4)	0,37
Estado Civil n(%)			
Solteiro	12(57,1)	13 (31,7)	0,42
Divorciado	0(0,0)	3(7,3)	0,42
Viúvo	0(0,0)	1(2,4)	0,42
Casado	9 (42,9)	24 (58,5)	0,42
Formação Maior n(%)			
Médio	7(33,3)	18 (43,9)	0,3
Pós-graduação	6(28,6)	16(39,0)	0,3
Mestrado	0(0,0)	1(2,4)	0,3
Superior	8 (38,1)	6 (14,6)	0,3
Tempo Exercício (%)			
Mediana	9,0	13,0	
(q1;q2)	(6; 15)	(6,0; 21,0)	0,04
Tempo Atuação UTIP (%)			
Mediana	4,0	5,0	0,25
(q1;q3)	(1;5,5)	(3; 17,5)	