UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

Renata Santos Tito

***Burnout* e Transtornos Mentais Comuns nos
trabalhadores de enfermagem que assistem crianças
com cardiopatia grave**

São Paulo
2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

Renata Santos Tito

***Burnout* e Transtornos Mentais Comuns nos
trabalhadores de enfermagem que assistem crianças
com cardiopatia grave**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gerenciamento em Enfermagem
(PPGEEn) para a obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas
de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora:

Prof^a Dr^a Patrícia Campos Pavan Baptista

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tito, Renata Santos

Burnout e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave / Renata Santos Tito. -- São Paulo, 2013.

127 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Campos Pavan Baptista

Área de concentração: Fundamentos e práticas de gerenciamento em enfermagem e em saúde

1. Estresse psicológico
 2. Equipe de enfermagem
 3. Hospitais públicos
 4. Unidade de terapia intensiva
 5. Pediatria
 6. Neonatologia
 7. Saúde ocupacional
- I. Título.

Nome: Renata Santos Tito

Título: *Burnout* e Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEEn) para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais, Genivaldo e Maria do Carmo,
por todo carinho e ensinamentos,
aos quais sempre dedicarei minhas conquistas.*

*Ao meu amor, Alberto,
pelo companheirismo, paciência
e pelo cuidado*

*Ao meu irmão Lídio e minha cunhada Carla,
pela presença constante em minha vida,
partilhando todos os momentos.*

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é resultado da contribuição de: familiares, amigos, trabalhadores de enfermagem e pesquisadores. Agradeço a todos que participaram de forma direta ou indiretamente, facilitando o desenvolvimento dessa pesquisa. Agradeço em especial

À Deus pela saúde e força, para enfrentar tantos desafios.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Patrícia Pavan Campos Baptista, por todos os ensinamentos, demonstrando sua competência e afabilidade, e ao mesmo tempo compreendendo meus limites.

À querida Prof^a Dr^a Vanda Elisa Andres Felli, pela acolhida no grupo de pesquisa em saúde do trabalhador e por todas as oportunidades de desenvolvimento na pesquisa.

À Prof^a Dr^a Dorisdaia de Carvalho Humerez, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À querida enfermeira diretora Ms Maria Aparecida Batistão Gonçalves, pelo carinho, incentivo e reconhecimento, sempre disposta a favorecer meu crescimento profissional, sobretudo nesse momento da pesquisa.

À querida enfermeira chefe Célia Yukiko Osato, que me acompanha desde o início da minha trajetória profissional, e muito tem contribuído para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À coordenação de enfermagem do InCor, em especial, à diretora Dra Jurema da Silva Herbas Palomo, por permitir a execução desta pesquisa e por autorizar minhas ausências para atividades que contribuíram para esse trabalho.

Ao enfermeiro chefe Adriano Rogério Baldacin Rodrigues, que muito colaborou para que a coleta dos dados fosse realizada.

Aos amigos Fábio, Marissol, Silmar e Eunice, pela amizade e por dividir muitos dos momentos desse trabalho.

Às colegas de plantão da UTI neonatal, sempre manifestando compreensão ao longo desse período.

Aos colegas do grupo de pesquisa “Estudos sobre a saúde do trabalhador de enfermagem”, pela partilha do mesmo ideal.

À Gil e Natália Sandoval, que me auxiliaram com as sessões de grupo focal.

Ao estatístico Lucas Petri Damiani, pelas suas contribuições nesta pesquisa.

E a todos os 95 trabalhadores das UTIs clínicas e cirúrgicas infantis, que colaboraram com prontidão com as etapas dessa pesquisa, mesmo após plantões extenuantes, permitindo o registro dessa realidade de trabalho.

*“O conhecimento é orgulhoso por ter aprendido tanto;
a sabedoria é humilde por não saber mais”*

William Cowper

Tito RS. *Burnout* e Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: A influência das características laborais sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores ou formas de organização do trabalho. Na atualidade, verifica-se os crescentes índices de sintomas psíquicos entre determinadas categorias profissionais, com destaque para os trabalhadores de saúde atuantes em ambiente hospitalar

Objetivo: Este estudo objetivou identificar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), a ocorrência da síndrome de *Burnout*, e a associação de ambos os transtornos nos trabalhadores de enfermagem, bem como elaborar propostas de intervenção para redução do desgaste psíquico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, transversal com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada em Hospital Público Universitário especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíacas e torácicas. A amostra foi composta por trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades de terapia semi-intensiva e intensiva pediátrica e neonatal, perfazendo um total de 92 participantes. Para a coleta de dados quantitativos foram utilizados: instrumento de caracterização sócio demográfica, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), e o Maslach *Burnout* Inventory (MIB). Para os dados qualitativos, optou-se pela técnica de grupo focal, conduzido por questões norteadoras, com uma amostra de 17 trabalhadores de enfermagem. O período de coleta foi nos meses de junho e julho de 2012. **Resultados:** A análise dos resultados evidenciou a ocorrência de TMC em 44,60%(41) dos trabalhadores e a ocorrência de *Burnout* em 8,7%(8) trabalhadores. Houve associação estatística entre os TMC e o *Burnout* $p=0,003$, considerando nível de significância de 5%. Em relação aos TMC, as respostas dos trabalhadores foram distribuídas de acordo com os quatro grupos de sintomas avaliados pelo SRQ-20: Grupo somático, Decréscimo de energia vital, Humor depressivo-ansioso e

Pensamentos depressivos. Em relação à síndrome de *Burnout*, os trabalhadores foram avaliados considerando-se a ocorrência de escores alto nas três dimensões (Desgaste Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional) ou em uma delas apenas. Não foi constatada associação entre os transtornos e as variáveis sócio-demográficas. Houve associação entre ambos os transtornos. As sessões de grupo focal evidenciaram propostas de intervenção mediante três temas que emergiram das discussões: *Aprender a lidar com a criança cardiopata grave*, *Receber o reconhecimento profissional* e *Repensar a gestão de pessoas*. **Conclusão:** Os achados, em conjunto, evidenciam necessidade de medidas protetoras à saúde mental do trabalhador que assiste crianças cardiopatas graves.

Palavras-chave: Estresse psicológico, Esgotamento profissional, Equipe de enfermagem, Hospitais públicos, Unidades de terapia intensiva pediátrica, Unidade de terapia intensiva neonatal, Saúde do trabalhador.

Tito RS. *Burnout* and Common Mental Disorders among nursing staff who assist children with severe heart disease. Dissertation. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.

ABSTRACT

Introduction: The influence of work characteristics on mental health workers may be due to numerous factors or forms of work organization. At present, there is the growing rates of psychiatric symptoms among certain professions, especially health workers working in hospitals **Objective:** This study aimed to identify the occurrence of Common Mental Disorders (CMD), the occurrence of *Burnout*, and the association of both disorders among nursing staff, as well as elaborate proposals for intervention to reduce wear psychic. **Methodology** This is an exploratory study, cross-sectional with quantitative and qualitative approach. The research was conducted in a public University Hospital specialized in cardiology, pulmonology, thoracic and cardiac surgery. The sample consisted of nursing workers of care units, semi-intensive and intensive, pediatric and neonatal, making a total of 92 participants. For quantitative data collection was used: instrument of socio demographic, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), and the Maslach *Burnout* Inventory (MIB). For qualitative data, we chose the technique of focal group, conducted by leading questions, with a sample of 17 nurse workers. The collection period was between June and July, 2012. **Results** The result of the analysis revealed the occurrence of CMD in 44.60% (41) of the workers and the occurrence of *Burnout* in 8.7% (8) of the workers. There was a statistical association between CMD and *Burnout* $p = 0.003$, considering level of significance 5%. Regarding CMD, the answer of the workers was distributed according to the four groups of prognostic evaluated by the SRQ-20: Somatic Group, Decrease of vital energy, Anxious-depressive humor and Depressive thoughts. Regarding *Burnout* syndrome, workers were evaluated considering the occurrence of high scores in all three dimensions (Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Reduced Professional Accomplishment) or only in one of them. There was no association between the disorders and

sociodemographic variables. There was an association between both disorders. The focal group sessions revealed proposals for intervention through three issues that emerged from the discussions: Learn to deal with severe heart disease children, professional acknowledgment and rethink people management. **Conclusion:** Findings, during the sessions, highlight the need for protective measures of mental health for workers who assist children with heart disease.

Keywords: Psychological Stress, *Burnout*, Nursing staff, public hospitals, pediatric intensive care units, neonatal intensive care unit, worker's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição dos casos suspeitos de TMC nos trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 2012	50
Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem em relação à ocorrência de síndrome de <i>Burnout</i> . São Paulo, 2012	64
Gráfico 3 – Frequência dos trabalhadores de acordo com o escore em cada uma das dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012	73
Gráfico 4 – Frequência dos trabalhadores de enfermagem segundo a presença de <i>Burnout</i> , considerando escores elevados em uma das três dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012	77
Gráfico 5 – Relação entre as três dimensões do <i>Burnout</i> avaliadas pelo MIB e a ocorrência do TMC	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência dos trabalhadores de enfermagem segundo os dados sócio-demográficos. São Paulo, 2012	46
Tabela 2 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo sexo. São Paulo, 2012	52
Tabela 3 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo estado civil. São Paulo, 2012	53
Tabela 4 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo faixa etária. São Paulo, 2012	54
Tabela 5 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo categoria profissional. São Paulo, 2012	55
Tabela 6 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo turno de trabalho. São Paulo, 2012	55
Tabela 7 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo tempo de atuação no setor. São Paulo, 2012	56
Tabela 8 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo tempo de atuação na enfermagem. São Paulo, 2012	57
Tabela 9 –	Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo número de vínculos empregatícios. São Paulo, 2012	57
Tabela 10 –	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a classificação por grupo de sintomas. São Paulo, 2012	59
Tabela 11 –	Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e sexo variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2012	65

Tabela 12 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e estado civil. São Paulo, 2012	66
Tabela 13 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e faixa etária. São Paulo, 2012	67
Tabela 14 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e categoria profissional. São Paulo, 2012	68
Tabela 15 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e turno de trabalho. São Paulo, 2012	69
Tabela 16 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e tempo de atuação no setor. São Paulo, 2012	69
Tabela 17 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e tempo de atuação na enfermagem. São Paulo, 2012	71
Tabela 18 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e número de vínculos. São Paulo, 2012	72
Tabela 19 – Estatísticas descritivas da distribuição das dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012	75
Tabela 20 – Frequência dos trabalhadores segundo os casos de “suspeição” de TMC e escore alto nas três dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012	78
Tabela 21 – Frequência dos trabalhadores segundo os casos de “suspeição” de TMC e escore alto e baixo/moderado para as dimensões DE, DP e RRP, avaliadas através do MIB São Paulo, 2012	80

SUMÁRIO

1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	17
2. OBJETIVOS	21
3. REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 O processo de trabalho e os transtornos mentais	23
3.2. Transtornos Mentais Comuns (TMC)	28
3.3 <i>Burnout</i>	30
3.4 O trabalho em uti pediátrica cardíaca, as cargas psíquicas e o desgaste mental nos trabalhadores de enfermagem	33
4. MÉTODO	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Local de estudo	37
4.3 População	38
4.4 Coleta de dados	39
4.4.1 Aspectos éticos	39
4.4.2 Instrumentos	39
4.5 Procedimento para coleta dos dados	42
4.6 Procedimento de análise dos dados	44
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 Caracterização sócio-demográfica	46
5.2 Transtornos Mentais Comuns (TMC)	50
5.3 Síndrome do esgotamento profissional (<i>Burnout</i>)	63
5.4 Associação entre os TMC e <i>Burnout</i>	78
5.5 Propostas de intervenção	83
6. CONCLUSÕES	99
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
8. REFERÊNCIAS	103

9. APÊNDICES	119
APÊNDICE A. Termo de consentimento livre-esclarecido	119
APÊNDICE B. Instrumento de caracterização	121
APÊNDICE C. Questões norteadoras para as sessões de grupo focal	122
10. ANEXOS	123
ANEXO A. Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MIB)	123
ANEXO B. Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	125
ANEXO C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	126
ANEXO D. Parecer da Comissão Científica do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	127

1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

O interesse pela temática de saúde do trabalhador surgiu a partir da minha atuação como enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) clínica pediátrica e neonatal em um Hospital Público de Cardiologia do Estado de São Paulo, o que me permitiu vivenciar diversas situações advindas dessa prática.

O Trabalho em UTI pediátrica e neonatal de cardiologia requer muitas habilidades do profissional de enfermagem mediante às situações de emergência clínico-cirúrgica vivenciadas pelos pacientes. As crianças e recém-nascidos cardiopatas quase sempre são considerados, do ponto de vista clínico, potencialmente graves, embora possam em alguns momentos atingir condição hemodinâmica considerada estável.

A equipe de enfermagem permanece muito próxima do paciente ao longo de sua internação, prestando muitos cuidados, como realização de curativos, medicação, monitorização de parâmetros vitais, coletas de exames, entre outros, e atentando para sinais de possíveis complicações clínicas. Em se tratando de crianças e neonatos, cabe à enfermagem o auxílio e a execução de grande parte do cuidado, muitas vezes com auxílio dos familiares, os quais também estão presentes durante o processo de hospitalização.

Diante disso, o trabalhador de enfermagem necessita desenvolver habilidades para lidar com a família também presente na UTI, que teme pela piora clínica e perda da criança a todo momento, podendo manifestar sentimentos de culpa, revolta e angústias devido a nova rotina desgastante no hospital, com horários pré-estabelecidos para higiene, alimentação, visitas, medicação e controle de parâmetros vitais.

A rotina de trabalho nas UTIs cardíacas infantis é caracterizada por um grande número de procedimentos em ritmo intenso de trabalho e com demandas inerentes às condições clínicas das crianças. Neste cenário, é importante destacar que algumas cardiopatias congênitas podem sofrer súbito agravamento e, conforme limitações da própria condição clínica, a criança pode

evoluir para o óbito, mesmo após um atendimento clínico ou manejo cirúrgico rápidos e qualificados. Quando o cuidado ocorre no estágio pós-operatório, as ações de enfermagem vinculam-se às alterações hemodinâmicas que ocorrem de forma precoce e frequente, necessitando de atenção diferenciada (Silva, Araújo, Lopes, 2006; Souza, Scatolin, Ferreira, Crotti, 2008).

Dessa forma, as ações necessárias exigem do profissional, domínio e busca constante de conhecimento especializado para um bom desempenho, garantindo a qualidade da assistência de enfermagem.

A equipe de enfermagem que atua nesse cenário também está presente durante os procedimentos invasivos, complexos e dolorosos, como coletas de exames, passagem de dispositivos intravenosos e arteriais, cateterismo beira-leito, intubação, entre outros, presenciando constantemente o sofrimento das crianças.

Ademais, considerando a gravidade das crianças, o trabalhador de enfermagem também se depara com o medo e incerteza dos familiares/acompanhantes em relação ao prognóstico das crianças, devendo lidar com todas essas demandas. Ainda que a ocorrência de óbitos seja bastante frequente nas UTIs de cardiopediatria, os profissionais expressam grande sofrimento diante desse evento, especialmente por contrariar um princípio do ciclo vital.

Dados de pesquisa acerca do envolvimento do enfermeiro no processo de morrer em UTI neonatal, apontam para dificuldades do trabalhador em lidar com a morte, convivendo com a busca do equilíbrio de cuidar de si e do outro. É considerado que a formação acadêmica não prepara os profissionais para lidar com os sentimentos decorrentes dessa situação, como a frustração, a sensação de fracasso, a impotência, a incapacidade, os quais o impedem de exercer o seu adequado papel junto à criança e à família (Aguiar, Veloso, Pinheiro, Ximenes 2006).

Estudo realizado com enfermeiras, acerca de situações geradoras de ansiedade, revela que o cotidiano de trabalho no hospital parece trazer desconforto emocional com contínuo estado de tensão, além de elevados níveis

de ansiedade. A situação de morte também é apontada nessa investigação como geradora desses sentimentos, sendo ao mesmo tempo um fenômeno universal e de difícil entendimento (Barros, Humerez, Fakin, Michel, 2003).

Também emergem nos profissionais sentimentos relacionados à incompetência e fracasso, uma vez que assistir com qualidade pode significar a cura e preservação da vida.

Essa percepção está de acordo com estudos que revelam os sentimentos dos trabalhadores de enfermagem em seu cotidiano de assistência à criança hospitalizada, nos quais identifica-se sofrimento e sensação de impotência diante da perda, angústia, desgaste físico e mental (Garanhani, Martins, Robazzi, Gotelipe, 2008; Pagliari, Collet, Oliveira, Vieira, 2008).

Além disso, durante minha vivência profissional, deparei-me também com relatos de colegas acerca da insatisfação no trabalho, adoecimento e incapacidade, recursos humanos insuficientes qualitativamente e quantitativamente, longas jornadas, ritmos intensos e acelerados, relacionamento difícil interprofissional, falta de reconhecimento e desmotivação, manifestando até mesmo o desejo de abandonar a profissão, dados estes evidenciados por estudos das últimas décadas (Silva, 2012; Silva 2011; Leite, Silva, 2007).

Participando dessa realidade como enfermeira responsável por uma unidade de terapia intensiva que atende crianças com cardiopatia grave, pude perceber toda a problemática descrita, motivando-me à realização deste estudo que pretende identificar a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem que prestam assistência às crianças com cardiopatias graves, além de elaborar, junto aos trabalhadores de enfermagem, propostas de intervenção que minimizem o processo de desgaste psíquico nesses profissionais.

2. OBJETIVOS

- Identificar a presença de TMC nos trabalhadores de enfermagem de UTI pediátrica e neonatal de cardiologia de um Hospital Público Universitário.
- Identificar a presença de *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem de UTI pediátrica e neonatal de cardiologia de um Hospital Público Universitário.
- Verificar associação entre TMC e *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem de UTI pediátrica e neonatal de cardiologia de um Hospital Público Universitário.
- Elaborar junto aos trabalhadores de enfermagem da UTI pediátrica e neonatal de cardiologia estratégias de intervenção que minimizem o processo de desgaste psíquico.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O PROCESSO DE TRABALHO E OS TRANSTORNOS MENTAIS

Com as inovações tecnológicas e as várias formas de gestão, o mundo do trabalho atual tem sofrido rápidas transformações. A reestruturação das instituições de saúde, diante dos avanços tecnológicos e com foco no aumento da produtividade e menores custos, muitas vezes acarretam a precarização do trabalho, aumento da exigência física e mental e redução da proteção ao trabalhador.

Nas áreas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, observa-se a valorização dos aspectos físicos, mecânicos, químicos e biológicos dos ambientes laborais como fatores de risco à saúde dos trabalhadores. Entretanto, a atenção para a repercussão dessas mudanças sobre a subjetividade do trabalhador (suas emoções, sentimentos e pensamentos) ainda é minimizada ou ignorada em alguns ambientes de trabalho (Seligman-Silva, Bernardo, Maeno, Kato, 2010).

Um exemplo disso, e que afeta seriamente a vida das pessoas acometidas, reside na dificuldade que alguns trabalhadores encontram para o reconhecimento do nexo causal do transtorno com seu trabalho quando o assunto é saúde mental (Seligman-Silva, Bernardo, Maeno, Kato, 2010; Lima, 2005).

Ao considerar as cargas de trabalho como elementos existentes no processo de trabalho, e que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, observa-se que suas consequências são expressas por meio dos desgastes que, embora sejam destrutivos da sua integridade corporal e psíquica, nem sempre configuram uma doença (Felli, 2007; Laurell, Noriega, 1989).

Esses agravos ou processos de desgastes podem evoluir para perda da capacidade temporária ou permanente do trabalhador, configurando processos de adoecimento que abrangem desde a manifestação de sintomas físicos até mesmo psíquicos. E ainda que não evoluam para o adoecimento propriamente dito, vale ressaltar que acarretam prejuízos capazes de provocar

ruptura na rotina ou diminuição da sua qualidade de vida (Felli, Tronchin, 2010; Leite, Silva, 2007).

No caso das doenças mentais, cujo termo tem sido substituído por transtornos, há muito mais sintomas do que sinais, sendo que as alterações estão muito mais relacionadas a pensamentos, sentimentos e comportamentos. Por isso, o diagnóstico exige critérios bastante cuidadosos para sua definição. Além disso, de acordo com a classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo transtorno tem sido utilizado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos associados à sofrimento e interferência com funções pessoais (Figueiredo, 2004).

Contextualizando os Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Trabalho e, de acordo com o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde, a contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas ocorre a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Portanto, esses transtornos resultam não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores (Ministério da Saúde e organização Pan-americana da Saúde/Brasil, 2001).

Nessa perspectiva, considera-se que a influência das características laborais sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores ou formas de organização do trabalho, as quais desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada (Seligman-Silva, Bernardo, Maeno, Kato, 2010).

Numa visão psicogênica, quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico do trabalhador e quando há bloqueio

das possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos trabalhadores, emerge um sofrimento patogênico (Dejours, 1992).

Observa-se, portanto, que o processo de sofrimento que dá margem ao adoecimento pode ser identificado por queixas e por vastas sintomatologias, como cefaléia, distúrbios gástricos, dorsalgias, entre outros (Mininel, Baptista, Felli, 2011).

Além disso, o conceito de sofrer é muito variável, ou seja, o sofrimento para um indivíduo não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos às mesmas condições. No entanto, o sofrimento se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em um ambiente que, na maioria das vezes, não lhe é favorável. E no comparativo conceitual com a dor, a palavra sofrimento é associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto que a palavra dor geralmente é remetida a algo localizado no corpo (Brant, Minayo-Gomes, 2004).

O adoecimento mental pode ser entendido como um estágio avançado do sofrimento, e a depressão pode ser uma manifestação disso, sendo que muitas vezes o próprio trabalhador relaciona o trabalho como um fator que pode desencadear ou piorar essa situação (Vasconcelos, Faria, 2008).

Numa perspectiva que considera os transtornos mentais como sendo resultantes de um conjunto de fatores biopsicossociais, discute-se a relação entre trabalho e saúde para a compreensão de como se “articula e expressa a saúde-doença enquanto um processo social”, com vistas a intervenções que promovam a saúde dos trabalhadores (Laurell, Noriega, 1989).

Nessa concepção e tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes no cotidiano de trabalho, verifica-se os crescentes índices de sintomas psíquicos entre determinadas categorias profissionais, com destaque para os trabalhadores da saúde atuantes em ambiente hospitalar (Kirchhof, Magnano, 2009).

Pode-se inferir que nessas instituições onde são cuidados e tratados os problemas de saúde da população, observa-se ambientes dotados

de sofrimento, tensão e relato de desgaste por parte dos profissionais atuantes. Essas situações, fortemente relacionadas às questões inerentes ao processo de trabalho, podem evoluir para situações de perda da produtividade ou até mesmo afastamento do trabalhador do ambiente laboral.

Situações variadas no ambiente de trabalho como um fracasso, um acidente de trabalho, uma mudança de posição na hierarquia bem como o nível de atenção exigido para realização de tarefas, combinado com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, frequentemente determinam quadros psicopatológicos diversos, desde os chamados *transtornos de ajustamento* ou *reações ao estresse* até *depressões graves e incapacitantes*, variando segundo características do contexto da situação e do modo do indivíduo responder a elas (Ministério da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde/Brasil, 2001).

No sentido de contribuir para melhorias na saúde dos trabalhadores de enfermagem, observa-se que os transtornos mentais têm assumido atenção importante nas pesquisas que enfocam o adoecimento nos trabalhadores, elucidando o estresse, a depressão, a síndrome de *Burnout*, as doenças psicossomáticas e o suicídio, entre outros (Karino 2012; Leite Silva, 2007).

Diferenciando estresse, *Burnout* e depressão, a literatura evidencia que o estresse pode apresentar aspectos positivos, quando as respostas dirigidas à estabilização de processos biológicos internos e à preservação da auto-estima podem ser vistas como adaptação saudável ao estresse. Por outro lado, quando altera a integridade do indivíduo devido a não adaptação, é considerado como negativo. A reação ao estresse pode ser descrita em três estágios (Townsend, 2011; Guido, Silva, Lopes, Andolhe, 2009):

1. **Estágio da reação de alarme:** o indivíduo apresenta alteração da homeostase, com início das respostas fisiológicas da “síndrome de luta e fuga”, a qual inclui respostas como taquicardia, sudorese, cefaleia, alterações na pressão arterial, irritabilidade, alterações gastrintestinais entre outros;

2. **Estágio da Resistência:** são mantidas as respostas iniciais na tentativa de adaptação à situação estressante e as repercussões fazem com que o indivíduo se mantenha em estado de alerta; observa-se sentimentos como medo, ansiedade, nervosismo, falta ou excesso de apetite. Ocorrendo adaptação ou supressão do elemento estressor, observa-se o desaparecimento dos sintomas fisiológicos;
3. **Estágio de Exaustão:** diante da exposição prolongada ao fator de estresse, a energia adaptativa se esgota e o indivíduo não pode mais utilizar os recursos para adaptação descritos nos dois primeiros estágios. Manifestando sinais de deterioração, observa-se a suscetibilidade do indivíduo ao desenvolvimento de distúrbios mentais, como a depressão, coronariopatias, úlceras, entre outras, que podem evoluir para situações mais graves, como a exaustão e até mesmo a morte.

Em comparativo com as situações de estresse, a síndrome de *Burnout*, considerada resposta a um estado prolongado de estresse, ocorre pela cronificação do mesmo, apresentando sempre aspecto negativo e relacionando-se com o mundo do trabalho. Diferentemente do estresse ocupacional, comporta uma dimensão social, inter-relacional, através da despersonalização em que o indivíduo desenvolve atitudes defensivas. No caso das manifestações da depressão, observa-se letargia, sentimentos de culpa e derrota, enquanto as pessoas com *Burnout* manifestam desapontamento e tristeza (Benevides-Pereira, 2010).

Em revisão de literatura recente acerca das causas de morte em enfermeiros são discutidas as situações de exposição do trabalhador, sobretudo às cargas psíquicas, devido a elevado índice de depressão e suicídio nessa categoria profissional (Karino, 2012).

No contexto de produção de serviços de enfermagem hospitalar e na tentativa de prestar cuidado de qualidade, encontramos relatos de profissionais de enfermagem sobre estresse e desmotivação, situações essas que muitas

vezes predispõem à insatisfação e ao aparecimento de doenças (Secco, Robazzi, Souza, Shimizu, 2010; Cavalheiro, Moura, Junior, Lopes, 2008).

A magnitude dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e dos transtornos mentais nos trabalhadores de enfermagem tem sido descrita na literatura nacional e internacional, a partir das evidências de que os tempos sociais do trabalho (ritmo, intensidade, regime de turnos, entre outros) encontram-se em desacordo com os ritmos biológicos dos indivíduos, gerando acidentes, adoecimentos e, conseqüentemente, incapacidades (Silva, 2012; Mininel, Felli, Baptista, 2011; Franco, Druck, Seligmann-Silva, 2010; Martinato, Severo, Marchand, Siqueira, 2010; Sancinneti, Gaidzinski, Felli, Fugulin, Baptista, Ciampone, et al, 2009; Uman, Guido, Leal, Freitas, 2009).

Considerando todas essas informações, percebe-se a vulnerabilidade dos trabalhadores de enfermagem às situações de adoecimento mental, diante dos inúmeros elementos pertinentes ao processo de trabalho, considerados capazes de desencadear agravos à sua saúde.

Nesse aspecto, doenças como a síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*) e os transtornos mentais comuns (TMC), têm sido cada vez mais identificadas e pesquisadas entre os profissionais de saúde, com vistas à identificação dos fatores responsáveis e à construção de estratégias que possam minimizar sua ocorrência (Silva, Nóbrega, Brito, Gonçalves, Avanci, 2011; Fiorotti, Rossoni, Borges, Miranda, 2010; Silva, Rossi, 2008).

A seguir, buscando maior aprofundamento sobre a problemática do estudo, serão apresentados os conceitos dos TMC e da síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*).

3.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) referem-se ao estado de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicossomáticos proeminentes, que trazem a incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das

peessoas, embora não preencham critérios formais para diagnósticos de depressão ou ansiedade. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), eles acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, ou seja, que se encontram em exercício profissional (Ministério da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde/Brasil, 2001; Goldberg, Huxley, 1992).

Quanto à terminologia dos TMC podem ser encontradas na literatura denominações similares: Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Depressivos Menores (TDM), Problemas Psiquiátricos Menores (PPM), Transtornos Mentais Menores (TMM) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Neste estudo, será adotada a terminologia Transtornos Mentais Comuns (Tavares, 2010).

Os TMC ocorrem quando há alterações orgânicas significativas mediante a presença do estímulo estressor; é a partir desse ponto que se inicia o processo das reações orgânicas, atitudes, emoções e comportamentos, alterações químicas, fisiológicas e outros (Silva, Nóbrega, Brito, Gonçalves, Avanci, 2011).

Acometidos pelo transtorno, os indivíduos relatam tristeza, ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, assim como queixas somáticas (cefaléia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros). Não estão inclusas as situações de transtornos psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade (Goldberg, Huxley, 1992).

Considera-se a existência de muitos elementos estressores no ambiente de trabalho da enfermagem, os quais sobrepõem exigências físicas e mentais aos trabalhadores. Diante disso, essa profissão tem sido apontada como uma das mais afetadas por doenças laborais, dentre as quais observa-se crescente índice de TMC (Silva, Melo, Griep, Rotemberg, 2007; Araújo, Aquino, Menezes, Santos, Aguiar, 2003).

Os transtornos mentais influenciam no trabalho, na qualidade da assistência prestada, no absenteísmo, e na qualidade de vida do trabalhador. Embora os TMC configurem casos de menor gravidade e não necessariamente

estejam relacionados ao contexto do trabalho, também estão relacionados a situações de alta demanda psicológica, a qual por sua vez é considerada como fator de predisposição ao adoecimento psíquico (Silva, Nóbrega, Brito, Gonçalves, Avanci, 2011; Braga, Carvalho, Binder, 2010; Martinato, Severo, Marchand, Siqueira, 2010; Sancinneti, Gaidzinski, Felli, Fugulin, Baptista, Ciampone et al., 2009).

Com a expectativa de oferecer um bom cuidado, muitos profissionais conseguem desenvolver suas atividades com qualidade e competência, mantendo-se motivados, enquanto outros, por não suportarem as pressões, acabam se esgotando e, muitas vezes, abandonando a profissão, evidenciando o agravamento do sofrimento psíquico (Lautert, 1995).

3.3 BURNOUT

A síndrome de *Burnout*, considerada como síndrome psicológica decorrente de uma resposta prolongada aos estressores crônicos emocionais e interpessoais decorrentes do trabalho, caracteriza-se pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador. Compromete o desempenho do indivíduo nas dimensões profissional, familiar e social gerando sentimentos de frustração e inadequação, podendo resultar até no abandono da profissão (Trindade, Lautert, 2010; Graziano, 2008; Maslach, Goldberg, 1998).

O desenvolvimento dessa síndrome decorre de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e age como se as coisas já não tivessem mais importância (Jodas, Haddad, 2009).

Dentre outras concepções acerca da síndrome, adota-se com mais frequência a perspectiva sócio-psicológica, na qual são apontados os aspectos individuais associados às condições e relações do trabalho que propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, sendo estes (Benevides-Pereira, 2010; Maslach, Jackson, 1981):

1. **Desgaste Emocional ou Exaustão Emocional:** refere-se à sensação de estar emocionalmente esgotado e sem energia para mais nada; a maior causa é a sobrecarga e o conflito pessoal nas relações. Representa a dimensão de estresse da síndrome;
2. **Despersonalização ou Ceticismo:** refere-se a uma resposta fria ou insensível, passando a denotar atitudes de cinismo e ironia com as pessoas. Representa a dimensão interpessoal da síndrome;
3. **Reduzida Realização Profissional ou Incompetência Profissional:** evidencia o sentimento de insatisfação e de incompetência, além de baixa auto-estima, desmotivação, podendo evidenciar ímpetos de abandono. O indivíduo não se envolve mais com seu trabalho, sentindo-se inadequado. Representa a dimensão de auto-avaliação da síndrome (Benevides-Pereira 2010, Maslach, Goldberg, 1998).

No presente estudo, optou-se pelos seguintes termos referentes às dimensões: Desgaste Emocional (DE), Despersonalização (DP) e Reduzida Realização Profissional (RRP).

A síndrome de *Burnout* manifesta-se por meio de quatro classes sintomatológicas (Benevides-Pereira, 2010; Jodas, Haddad, 2009) sendo:

- Física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbio do sono, cefaleias ou enxaquecas, perturbações gastrintestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações menstruais nas mulheres;
- Psíquicas, apresentando falta de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência,

sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de aceitação, baixa autoestima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança, paranóia;

- Comportamentais, observado quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade e agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e suicídio;
- Defensivos, quando o trabalhador apresenta tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho, absenteísmo, ímpeto de abandonar o trabalho, ironia e cinismo (Benevides-Pereira, 2010; Jodas, Haddad, 2009).

A literatura apresenta diversas discussões acerca das variáveis que contribuem para a síndrome. Entretanto, não há um consenso a respeito da maioria das variáveis relacionadas à características individuais, como sexo, idade, estado civil, filhos, nível educacional. Por outro lado, em relação à personalidade, observa-se que indivíduos com baixos níveis de adaptação são mais vulneráveis à síndrome (Benevides-Pereira, 2010).

A sobrecarga de trabalho frequentemente justificada por falta de pessoal, indefinição do papel profissional, falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, entre outras questões, são consideradas geradoras de um estado de estresse crônico, identificando-se como uma das profissões de maior incidência de *Burnout* (Moreira, Magnago, Sakae, Magajewski, 2009; Murofose, Abranches, Napoleão, 2005).

Nessa perspectiva, os trabalhadores de enfermagem, por serem profissionais que passam mais tempo em contato com o paciente e com seus familiares, constituem um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout* (Moreira, Magnago, Sakae, Magajewski, 2009; Manetti, Marziale, 2007).

Importante ainda salientar que a síndrome de *Burnout* atinge não somente os trabalhadores, mas também a organização do trabalho e, conseqüentemente, os pacientes, na medida em que pode comprometer a qualidade da assistência.

3.4 O TRABALHO EM UTI PEDIÁTRICA CARDÍACA, AS CARGAS PSÍQUICAS E O DESGASTE MENTAL NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A atuação desses trabalhadores em UTI tem sido alvo de muitas investigações. Essas unidades geralmente apresentam pacientes que demandam cuidados intensivos e de alta complexidade, com risco de instabilidade, exigindo habilidade e atenção constante do profissional. Além disso, observa-se ritmo acelerado de trabalho, convívio com sofrimento e morte, sobrecarga de trabalho, equipamentos sofisticados e barulhentos, além de demandas de familiares e outros profissionais (Martins, Robazzi, 2009; Cavaleiro, Moura Júnior, Lopes, 2008; Fogaça, Carvalho, Cítero, Nogueira-Martins, 2008).

O entendimento dos problemas de saúde vivenciados pelos profissionais de enfermagem deve ser buscado na internalidade do processo de trabalho, permitindo uma visão ampliada e a possibilidade de resolutividade dos agravos de saúde focada no coletivo dos trabalhadores (Felli, Tronchin 2010).

Sob esse enfoque, além dos riscos de acidentes e de doenças de ordem física, aos quais os trabalhadores estão expostos na UTI, o sofrimento psíquico é bastante comum. Principalmente diante da alta pressão social e psicológica às quais estão submetidos, desencadeando a ocorrência de transtornos mentais como ansiedade e depressão, muito frequentes nos trabalhadores de enfermagem (Elias, Navarro, 2006).

A exposição às cargas de trabalho psíquicas é uma das mais referidas pelos trabalhadores de enfermagem e está relacionada às formas de

organização desse trabalho, considerando as demandas e as repercussões em sua saúde, oriundas da assistência de enfermagem (Felli, Tronchin, 2010).

Além disso, estudo realizado com enfermeiros aponta que as adversidades na organização e nas relações sociais do trabalho, ou seja, no modo como ocorre o processo de trabalho, possibilitam o desequilíbrio na relação saúde-doença, manifestado no nível de estresse ocupacional e de satisfação do trabalhador, causando o adoecimento físico e mental dos enfermeiros, determinando processos patológicos como ansiedade, *Burnout* e depressão (Manetti, 2009).

Em estudos sobre a relação entre depressão e trabalho verificou-se o impacto que os fatores organizacionais exercem sobre a saúde mental e física de enfermeiros que atuam em UTI, evidenciando a presença de *Burnout*, alterações psicológicas e dificuldade de relacionamentos com a equipe, pacientes e familiares (Martins, Robazzi, 2009; Fogaça, Carvalho, Cítero, Nogueira-Martins, 2008; Manetti, Marziale, 2007; Hoga, 2002).

As UTIs pediátrica e neonatal apresentam demandas de trabalho que se assemelham em alguns aspectos a outras unidades de cuidados intensivos em relação ao ritmo intenso de trabalho, sobrecarga, lidar com sofrimento e dor, habilidade diante das situações de emergência, além da morte, cujas repercussões emocionais oscilam entre sucesso e fracasso no atendimento, gerando emoções intensas (Fogaça, Carvalho, Cítero, Nogueira-Martins, 2008; Souza, Ferreira, 2008; Batista, Silva, Azevedo, Moura, Mattos, 2005).

Entretanto, nas pesquisas realizadas com a equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos infantis, observa-se que, diante de situações de óbito de crianças, emergem sentimentos como: responsabilidade por salvar as que estão internadas, tristeza intensa, medo de que possa acontecer o mesmo com os próprios filhos, além de culpa, impotência e frustração nos casos em que se acreditava ser possível o salvamento da criança. Relatam ainda dificuldade em aceitar a morte daqueles que estão apenas iniciando a vida (Almeida, Pires, 2007; Shimizu, 2007).

Tratando-se de pacientes pediátricos e neonatais, internados nas UTIS infantis de cardiologia, considera-se que suas habilidades, nível cognitivo e necessidades de cuidado, diferem quando comparadas às demandas de pacientes adultos e, por isso, seus familiares solicitam com mais frequência os profissionais de enfermagem quando comparados aos acompanhantes de pacientes adultos.

Tendo em vista a realidade vivenciada pela pesquisadora e os dados descritos sobre a relevância dos TMC e da síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*) nos trabalhadores de enfermagem, o presente estudo pretende contribuir não somente na identificação dos trabalhadores acometidos, mas também em um repensar de estratégias que reduzam o desgaste psíquico nos profissionais de enfermagem que atuam numa realidade com muitas perdas e inúmeras demandas, inerentes ao cuidado de crianças cardiopatas graves.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem quanti- qualitativa dos dados.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP), localizado na cidade de São Paulo. O InCor é um Hospital Público Universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíacas e torácicas. Além de ser um polo de atendimento – desde a prevenção até o tratamento – o Instituto do Coração também se destaca como um grande centro de pesquisa e ensino. Esta instituição conta com aproximadamente 500 leitos, sendo que 80% do atendimento é dedicado a pacientes cujo tratamento é financiado pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

A pesquisa foi desenvolvida nas duas unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais sendo uma clínica (UTI pediátrica modulo I), e outra cirúrgica infantil, de cuidados pós-operatórios (UTI cirúrgica), e uma unidade clínica de cuidados semi-intensivos pediátricos e neonatais (UTI pediátrica mod II). Por se tratarem de locais de assistência a pacientes com cardiopatias congênitas, eventualmente, existem pacientes adultos ou adolescentes internados nesses locais. As unidades de atendimento clínico infantil também são chamadas de unidades clínico-cirúrgicas de cardiologia pediátrica e cardiopatias congênitas do adulto.

A UTI cirúrgica infantil conta com aproximadamente 31 leitos para pacientes que retornam do centro cirúrgico, desde o momento do pós-operatório imediato. Apresenta quadro de aproximadamente 70 profissionais, dos quais 34 são técnicos de enfermagem, 34 são enfermeiros, 2 são auxiliares

de enfermagem. Quando necessário, também prestam assistência nos setores de terapia intensiva exclusivo de pacientes adultos.

A UTI pediátrica módulo I conta com 10 leitos disponíveis para pacientes provenientes de outros serviços, do Pronto Socorro da própria instituição, do setor de hemodinâmica ou da enfermaria, os quais evoluem com necessidade de cuidados intensivos para estabilização do quadro clínico ou para manejo cirúrgico. É composta por 27 profissionais, dos quais 16 são técnicos de enfermagem, 9 são enfermeiros e 2 são auxiliares de enfermagem.

A UTI pediátrica módulo II, que recebe pacientes do Pronto Socorro ou da enfermaria, os quais demandam cuidados semi-intensivos, conta com 6 leitos, sendo 2 de retaguarda para o serviço da hemodinâmica. O quadro de profissionais, conta com 9 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiras (sendo que 2 apenas realizam a supervisão no período noturno) e 1 auxiliar de enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta pelos profissionais da área de enfermagem que atuam nas UTIS pediátrica módulo I e II e na UTI cirúrgica infantil, totalizando 112 trabalhadores.

Os critérios de inclusão do trabalhador de enfermagem foram o interesse e aceite em participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de enfermagem que exerciam suas atividades no período de experiência profissional, que gozavam de férias, que encontravam-se em afastamento por licença médica ou outro motivo durante o período de coleta de dados, além daqueles que não responderam integralmente aos instrumentos da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: primeiramente foram entregues os instrumentos utilizados no estudo, e na segunda etapa foram realizadas sessões de grupo focal.

Na primeira etapa da pesquisa a amostra foi composta por 92 trabalhadores, considerando que sete trabalhadores estavam no período de experiência, três recusaram-se a participar, quatro estavam de férias, dois estavam de licença-maternidade, um de licença por transtorno mental e três não responderam integralmente aos instrumentos da pesquisa.

Todos os trabalhadores foram convidados a participar das sessões de grupo focal, respeitando o limite mínimo de 7 e o máximo de 12 pessoas por turma. Houve participação voluntária de 17 pessoas nessa etapa. Os trabalhadores se incluíram aleatoriamente na lista de grupos disponibilizadas em cada setor.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de ética da Escola de Enfermagem, e em seguida ao Comitê da própria instituição Hospitalar, de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e mediante aprovação, os sujeitos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio dos quais foram informados sobre a finalidade da pesquisa, reservando-lhes o direito de aceitar ou não participar do estudo (APÊNDICE A).

4.4.2 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos: um questionário caracterização do trabalhador (APÊNDICE B), elaborado pelo autor, o MIB – *Maslach Inventory Burnout*, de Maslach Jackson (ANEXO A) e o *Self Reporting Questionnaire* SRQ-20 (ANEXO B).

O *Maslach Inventory Burnout* (MIB) versão HSS (Human Services Survey) foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, traduzido e validado em português por Lautert, 1995.

É um questionário Likert no qual o indivíduo assinala as alternativas que melhor retratem sua experiência no trabalho: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), algumas vezes ao mês (2), algumas vezes na semana (3), diariamente (4). Os escores totais são calculados para cada uma das três dimensões e pontos de corte são utilizados para classificar em níveis alto ou moderado/baixo. É composto por 22 itens distribuídos nas três dimensões:

- **Desgaste emocional:** composta por nove questões: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20;
- **Despersonalização:** composta por cinco questões: 5, 10, 11, 15 e 22;
- **Reduzida realização profissional:** composta por oito questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21.

São calculados os escores nas dimensões como descrito a seguir, conforme validação do MIB no Brasil, que considera os percentis 75 para desgaste emocional e despersonalização, e percentil 25 para reduzida realização profissional, que apresenta escore reverso (Lautert, 1995).

- **Desgaste emocional:**
 - **Nível baixo/moderado:** escore de 0 a 20;
 - **Alto nível:** escores de 21 a 33.
- **Despersonalização:**
 - **Nível baixo/moderado:** escores de 0 a 6
 - **Alto nível:** escores de 7 a 14.

- **Reduzida realização profissional:**
 - **Nível baixo/moderado:** escores de 22 a 32;
 - **Alto nível:** escores de 0 a 21.

Para este estudo, considera-se que escores elevados de desgaste emocional e despersonalização associados à baixa pontuação em reduzida realização profissional indicam que o indivíduo está em *Burnout*. É importante ressaltar que a pontuação da dimensão reduzida realização pessoal possui escore reverso, ou seja, quanto maior o escore nessa dimensão, melhor a percepção do indivíduo sobre sua eficácia profissional (Lautert, 1995).

Para avaliar os TMC foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os TMC são de difícil caracterização, sendo que a maioria dos indivíduos com tais distúrbios apresenta queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia (Kac, Silveira, Oliveira, Mari, 2006).

O SRQ-20 permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental do trabalhador sendo recomendado, portanto, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um método para identificação dos TMC (Mari, Williams, 1986).

O SRQ foi desenvolvido como uma parte de um estudo colaborativo coordenado pela OMS com intuito de propagar os cuidados de saúde mental. Originalmente, o SRQ consistia em 25 questões, sendo 20 relacionadas a sintomas não psicóticos, quatro referentes a sintomas psicóticos e um sobre convulsões. Porém foi detectado que as questões relacionadas aos sintomas psicóticos não eram suficientes para detectar tais sintomas (WHO, 1994).

A versão em português adotou os 20 primeiros itens para distúrbios não psicóticos. O SRQ-20 foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986), revelando-se um instrumento com boa especificidade nos seus resultados.

O questionário SRQ-20 é composto por 20 questões, com possibilidades de respostas sim ou não, sobre sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. A cada questão é atribuído o valor um (1) quando o sintoma está presente e zero (0) quando ausente, tomando-se como referência o mês anterior à entrevista. Para este estudo, adotaremos os pontos de corte de acordo com validação um estudo brasileiro, no qual são considerados valores maiores ou iguais a 7, valores esses considerados como aqueles que oferecem melhores graus de sensibilidade e especificidade (Gonçalves, Stein, Kapczinsk, 2008; Mari, Willians, 1986; WHO, 1994).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

A partir da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e da Instituição participante, foi marcada reunião entre a pesquisadora e a chefia do setor para definir a estratégia de distribuição dos termos de consentimento e instrumentos, bem como o local de preenchimento, sendo escolhido sala afastada de posto de trabalho para que o trabalhador pudesse preencher com privacidade. Após consenso entre ambas as partes, foi iniciada a fase de coleta de dados. Para garantir o sigilo das informações, os instrumentos foram entregues em envelopes e foi solicitado aos participantes que os retornassem lacrados. Os instrumentos foram numerados de acordo como número no envelope. Os TCLEs foram entregues em duas vias, sendo que uma retornava ao pesquisador e outra ficava com o participante.

Simultaneamente, foram divulgadas as sessões de grupo focal, por meio de convite afixado no ambiente de trabalho. As sessões foram realizadas em sala da própria instituição, e os trabalhadores participavam fora do horário de trabalho.

As sessões foram filmadas, conforme consta no termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizada uma sessão por semana com cada grupo, durante 3 semanas consecutivas. Foram propostos 3 horários: manhã, tarde e à noite. Devido ao número insuficiente para o grupo da noite,

foram formados apenas os grupos nos horários da manhã, com 8 participantes, e da tarde com 9 participantes.

Na primeira sessão foram utilizadas questões norteadoras (APÊNDICE C), a partir da segunda foram construídas propostas de intervenções junto ao grupo, que foram validadas na última reunião.

Para desenvolvimento do grupo focal, foi utilizado referencial teórico que prevê a obtenção de dados com base nas discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressavam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em um ambiente permissivo e não constrangedor. A dinâmica da reunião não se restringia à simples alternância entre perguntas de um pesquisador e respostas dos participantes, ou seja, uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. Os grupos foram constituídos por cerca de 8 a 9 pessoas, que apresentavam, pelo menos, um traço em comum: o cuidado à crianças cardiopatas graves. (Westphal, Bogus, Faria 1996).

De acordo com os autores citados, o grupo focal é conduzido por um moderador, que deve propor várias questões aos participantes; estas compõem um roteiro previamente testado e preparado a partir dos objetivos do estudo. Ao moderador, cabe encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo. Também, cabe ao moderador manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele. Um observador é encarregado de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão.

As premissas básicas para a estruturação de uma equipe de coordenação de grupos têm como referência os grupos operativos, enunciados por Pichon-Rivière. No momento da constituição de um grupo, a coordenação deve estabelecer os parâmetros a serem adotados nos encontros, como elementos fixos a serem mantidos, durante o contrato estabelecido com o

grupo que deve manifestar seu consentimento e acordo para que o trabalho seja iniciado (Chiesa, Ciampone, 1999).

A coleta iniciou-se em 19/06/2012 com a aplicação dos instrumentos e encerrou-se em 31/07/2012, com a última sessão de grupo focal.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos a partir dos instrumentos foram organizados e inseridos em planilha eletrônica do programa “Excel for Windows” em forma de banco de dados eletrônico. Em seguida, foi realizada análise estatística descritiva e analítica, com a caracterização sócio demográfica da amostra, classificação dos escores de *Burnout* e TMC, bem como testes de associação (Qui-quadrado) e correlação (coeficiente de correlação de Pearson) entre as variáveis. Considerou-se um nível de significância de 5%.

Os dados qualitativos, após transcrição do material gravado na íntegra e leitura exaustiva, foram analisados segundo a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (Minayo, 2008).

Tendo em vista o anonimato dos trabalhadores, as falas foram numeradas aleatoriamente e usando a sigla “T”. Foi mantida a linguagem dos participantes.

A partir da análise temática, emergiram três categorias: *Aprender a lidar com a criança cardiopata grave*, *Receber o reconhecimento profissional* e *Repensar a gestão de pessoas*, as quais foram interpretadas e relacionadas à literatura.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão e clareza dos resultados obtidos, os mesmos estão apresentados da seguinte forma:

5.1 Caracterização sócio-demográfica

5.2 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

5.3 Síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*)

5.4 Associação entre os TMC e *Burnout*

5.5 Propostas de Intervenção

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Neste tópico são descritas as características dos trabalhadores de enfermagem que compuseram o presente estudo, em relação ao sexo, estado civil, faixa etária, categoria profissional, turno, tempo de profissão, tempo de atuação no setor, número de empregos, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência dos trabalhadores de enfermagem segundo os dados sócio-demográficos. São Paulo, 2012.

Sexo	N	%
Feminino	86	93,50
Masculino	5	5,40
Respostas em branco	1	1,10
Total	92	100,00
Estado civil	N	%
Casado	51	55,40
Mora junto	9	9,80
Separado	2	2,20
Solteiro	30	32,60
Total	92	100,00
Faixa Etária (anos completos)	N	%
22-24	7	7,60
25-29	28	30,43
30-34	26	28,30
35-39	9	9,78
40-44	6	6,52
45-49	7	7,60
50-54	3	3,26
55-59	1	1,08
60-64	1	1,08
Respostas em branco	4	4,35
Total	92	100,00
Categoria Profissional	N	%
Auxiliar	3	3,30
Técnico	45	48,90
Enfermeiro	44	47,80
Total	92	100,00

Turno	N	%
Manhã	24	26,10
Tarde	24	26,10
Noite	44	47,80
Total	92	100,00
Tempo no setor	N	%
Até 1 ano	13	14,15
De 1 a 5 anos	35	38,00
De 6 a 10 anos	27	29,35
De 11 a 20 anos	10	10,90
Mais de 20 anos	7	7,60
Total	92	100,00
Tempo de profissão	N	%
Até 1 ano	1	1,10
De 1 a 5 anos	27	29,30
De 6 a 10 anos	37	40,20
De 10 a 20 anos	17	18,50
Mais de 20 anos	10	10,90
Total	92	100,00
Número de empregos	N	%
1	73	79,30
2	18	19,60
Respostas em branco	1	1,10
Total	92	100,00

Os dados apresentados na Tabela 1 revelam que da totalidade de trabalhadores (92), 93,50% (86) pertencem ao sexo feminino, 5,40% (5) pertencem ao sexo masculino e 1 respondente não informou o sexo. O predomínio do sexo feminino pode ser justificado, entre outros aspectos, a partir da contextualização histórica da enfermagem, uma vez que esta profissão surgiu a partir da atuação feminina e ainda conta com um número elevado de mulheres. Esses resultados foram encontrados também em outros estudos (Silva 2011; Costa, Vieira, Sena, 2009; Silva, Melo, Griep, 2008).

Em relação à faixa etária predominante, observa-se que 58,73 % (54) dos participantes apresenta idade entre 25 a 34 anos, e quanto ao estado civil, observa-se que a maioria dos participantes 65,20%(60) vive com seu cônjuge ou companheiro.

A força de trabalho do estudo é, portanto, constituída em sua maioria por uma população jovem, feminina e em fase de constituir família. Assim, percebe-se que as mulheres desempenham dupla jornada de trabalho, considerando aqui também o trabalho no lar e/ou o cuidado com filhos, podendo gerar repercussões importantes à sua saúde, devido ao desgaste físico e mental. Além disso, pode ocorrer prejuízo em suas relações familiares e sociais, devido ao pouco tempo para a vida social (Silva, 2011; Elias, Navarro, 2006).

Observa-se que dentre os trabalhadores do estudo, 48,90 % (45) pertencem à categoria de técnicos de enfermagem, 3,30% (3) são auxiliares de enfermagem, ambas as categorias de nível médio em relação ao grau de escolaridade. Os outros 47,8% (44) são representados pelos enfermeiros, portanto, com nível superior de escolaridade.

A partir de uma análise documental acerca da profissionalização de nível médio na enfermagem brasileira, observa-se, numa perspectiva histórica, que essa formação profissional tem contado com a implementação de alguns programas de qualificação que possibilitam, por exemplo, a oferta de cursos de complementação do auxiliar de enfermagem para técnico de

enfermagem, propiciando o crescimento desta categoria na profissão (Göttems, Alves, Sena, 2007).

A presença expressiva de técnicos de enfermagem, em comparação aos auxiliares de enfermagem neste estudo, justifica-se pelo cenário da pesquisa; ambas as unidades são consideradas unidades de cuidado intensivo, e na maior parte dos casos, ambas as categorias exercem as mesmas funções. Porém, de acordo com as legislações vigentes, em unidades como estas, não existe indicação para a existência de auxiliares de enfermagem na equipe, uma vez que suas atribuições não lhes permitem executar grande parte das ações de enfermagem a pacientes graves. No entanto, observa-se a presença equitativa das três categorias (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) em outros estudos realizados em unidades críticas (Bonini, Zeviani, Facchin, Gir, Canini, 2009; Inoue, Matsuda, 2009; Silva, Nobrega, Brito, Gonçalves, Avanci, 2011, COFEN - nº 293/2004; lei do exercício profissional 7498/86).

Quanto ao turno de trabalho, verifica-se que a distribuição numérica dos trabalhadores é igual entre os turnos da manhã e da tarde, com 26,10% (24) dos trabalhadores em cada um dos turnos e 47,80% (44) dos trabalhadores no turno da noite. Esses dados refletem a realidade de dimensionamento dos profissionais de enfermagem nas duas unidades, considerando que no cenário do estudo existe um equilíbrio entre as rotinas nos diferentes turnos. O mesmo observa-se em outros estudos que abordam o dimensionamento desses profissionais em unidades de cuidados intensivos, nas quais também ocorre equilíbrio no dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem entre os diferentes períodos de trabalho (Inoue, Matsuda, 2009; Ducci, Zanei, Whitaker, 2008).

Ainda em relação à distribuição dos trabalhadores é importante considerar os efeitos do rodízio de turnos na saúde do trabalhador, considerando que esta é uma realidade muito presente no cenário estudado, agravada pela extensão e penosidade dos turnos. Em uma revisão sistemática realizada acerca dos efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador, observa-se que o trabalho em turnos alternados ou noturno pode contribuir

para a má qualidade do sono após a jornada de trabalho, além de comprometimento nos sistemas gastrintestinais, cardiovasculares, risco para câncer de mama em mulheres, restrições nas atividades sociais e dificuldade de planejamento da vida, podendo gerar insatisfação com o trabalho (Gemelli, Hilleschein, Lautert, 2008).

Autores complementam ainda que, o trabalho em turnos gera comprometimentos que vão além das alterações de padrões fisiológicos, uma vez que também ocorrem prejuízos nas relações interpessoais, decorrentes de escalas de trabalho aos finais de semana e feriados, obrigando esse trabalhador usufruir folgas em horários que divergem dos das pessoas de seu convívio, para realização de atividades sociais e de lazer (Simões, Marques, Rocha, 2010).

Quanto ao tempo de atuação no setor, 81,85% (75) dos trabalhadores referem atuação no setor há no máximo 10 anos, sendo que dentre eles 38,00% (35) atua entre 1 a 5 anos, e 40,2% (37) tem no mínimo 6 anos de profissão. A permanência da grande parte dos trabalhadores até no máximo 10 anos pode ser justificada por se tratar de áreas de cuidados intensivos, nas quais existe grande desgaste físico e mental do profissional, que após um período optam por transferência para outros setores. Outro motivo pode ser o fato de grande número de técnicos de enfermagem estar cursando ensino superior, partindo, portanto, em busca de outros empregos, para exercer a nova função.

Em relação ao número de vínculos empregatícios, a maioria (79,30%-73) possui apenas um vínculo. Esse dado diverge de estudo realizado em cenário nacional, que encontrou múltiplos vínculos entre os trabalhadores de enfermagem, em virtude da baixa remuneração para carga horária de 20 a 36h (Felli, 2010).

O trabalho unicamente nesta instituição pode estar associado à jornada de 40 horas semanais, que é considerada extenuante para o profissional da enfermagem, o qual vem aguardando a tramitação do projeto de lei PL 2.295/00 para redução da carga horária para 30 horas semanais, uma

vez que a enfermagem é uma das profissões que conta com desgaste físico e emocional (COFEN, 2012).

5.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Os TMC foram identificados por meio do instrumento SRQ-20, que permite a identificação de “suspeição” de casos, uma vez que é um instrumento de rastreamento. Nesse aspecto, o presente tópico apresenta os dados referentes aos TMC nos trabalhadores de enfermagem e as associações verificadas.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos suspeitos de TMC nos trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 2012.

Considerando a nota de corte ≥ 7 para a “suspeição” de TMC, observou-se que a maioria dos trabalhadores 55,40% (51) possui escore < 7 e 44,60% (41) possui escore ≥ 7 , o que significa “suspeita” de TMC.

A ocorrência de TMC nesses trabalhadores de enfermagem pode ser considerada elevada quando comparada a outros estudos nacionais realizados com trabalhadores de enfermagem. Estudo realizado unidade de emergência registrou prevalência de TMC em 26,3% da população de enfermagem estudada. A presença de TMC em trabalhadores de enfermagem corrobora com resultados de estudos que apontam essa relação como decorrente de aspectos do processo de trabalho de enfermagem, tais como sobrecarga, rodízios de horários, longas jornadas entre outros, que são considerados como agravantes para o estresse e sofrimento mental do trabalhador (Magnago, Lisboa, Griep, 2009; Silva, Melo, ECP, Griep, 2008; Pino, Araujo, 2007; Araújo, Aquino, Menezes, Santos 2003).

Tais achados alertam para o adoecimento da força de trabalho, uma realidade preocupante nos trabalhadores de enfermagem, evidenciando que as condições laborais têm gerado crescentes processos de desgastes. E apesar de muitas vezes não serem traduzidos como acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, comprometem não somente a qualidade de vida dos trabalhadores, mas também a assistência de enfermagem prestada aos clientes.

Apontam ainda para a magnitude do desgaste psíquico nos trabalhadores de enfermagem, evidenciada em trabalhos nacionais e internacionais, destacando a importância das condições laborais na gênese dos transtornos mentais. Diante disso, questões relacionadas ao ambiente de trabalho e à saúde mental destes trabalhadores têm sido cada vez mais discutidas, no sentido de identificar/reconhecer elementos desencadeadores de processos de adoecimento, considerando os agravos à sua saúde e o impacto na qualidade da assistência (Stansfeld, Candy, 2013; Girondi, Jelbeck, 2011; LaMontagne, Keegel, Vallance, Ostry, Wolf Rory 2008; Silva, Marziale, 2006).

Estudo internacional de revisão sistemática acerca de associações entre estressores psicossociais do ambiente de trabalho e problemas de saúde mental, sugere que tensão no trabalho, baixo poder de decisão, elevadas demandas psicológicas, entre outros, podem afetar a saúde mental do trabalhador, ocasionando riscos para desenvolvimento de TMC (Stansfeld, Candy, 2006).

Outros estudos também consideram a relação entre condições do trabalho e ocorrência de transtornos mentais nos trabalhadores, evidenciando a relação entre o adoecimento, o desgaste e o sofrimento mental, além de propor medidas de prevenção (Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno, Kato 2010; Braga, Carvalho, Binder 2010; LaMontagne Keegel, Vallance, Ostry, Wolf, 2008; Silva, Marziale, 2006).

Os achados evidenciam que as situações advindas do cotidiano de trabalho em UTI pediátrica e neonatal de cardiologia provocam sofrimento mental nos trabalhadores de enfermagem. Além de lidar com questões relacionadas à rotina extenuante, os relacionamentos interpessoais, ritmo acelerado de trabalho e sobrecarga, esses trabalhadores vivenciam situações de sofrimento das crianças e seus familiares, principalmente em procedimentos dolorosos e principalmente diante do óbito.

Para verificar associação entre os TMC e as variáveis sócio-demográficas foi utilizado o teste Qui-quadrado. No entanto, não se observou associação entre os escores do SRQ-20 com nenhuma das variáveis sócio-demográficas do estudo, ao nível de significância pré-estabelecido.

Assim, são apresentadas nas Tabelas a seguir, a suspeição de TMC, segundo sexo, estado civil, faixa etária, categoria profissional, tempo de atuação em UTI e na enfermagem, e números de vínculos empregatícios. Portanto, os resultados a seguir são relativos apenas aos trabalhadores com escore ≥ 7 , ou seja, com suspeição para TMC.

Tabela 2 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo sexo. São Paulo, 2012.

Sexo	TMC	
	N	%
Feminino	40	97,56
Masculino	1	2,44
Total	41	100,00

p = 0,486

Dentre os trabalhadores com TMC, a maioria (97,56% - 40) é representada por mulheres, confirmando a já citada predominância do gênero feminino na profissão. Além disso, observou-se que 73,20% (30) dos trabalhadores com suspeição para TMC são casados ou residem com companheiro, confirme tabela a seguir.

Tabela 3 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo estado civil. São Paulo, 2012.

Estado civil	TMC	
	N	%
Casado	24	58,55
Mora junto	6	14,65
Separado	-	-
Solteiro	11	26,80
Total	41	100,00

p = 0,233

Essas informações reforçam a ideia de desgaste físico e mental a partir da dupla jornada de trabalho quando se pensa no cuidado do lar, além do trabalho. Além disso, estudo considera que indivíduos casados assumem maiores responsabilidades, reduzindo as possibilidades de inserção em atividades de lazer, consideradas como fator de proteção à saúde mental (Araújo, Junior, Almeida, Pinho, 2007).

Tabela 4 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo faixa etária. São Paulo, 2012.

Faixa etária	TMC	
	N	%
20 — 30	19	46,33
30 — 40	15	36,60
40 — 50	4	9,75
50 — 65	2	4,88
Não respondeu	1	2,44
Total	41	100,00

p = 0,496

Quanto a faixa etária, observou-se que 82,93% (34) apresentam entre 20 a 40 anos, sendo portanto uma população considerada jovem. Considera-se que, dentre os casos suspeitos de TMC, um trabalhador não identificou sua faixa etária. Estudo com achado similar reforça a ideia de que com mais idade o trabalhador sinta-se mais seguro e com melhor conhecimento do contexto, com melhor enfrentamento das dificuldades encontradas (Kirchhof, Magnano, Camponogara, Griep, Tavares, Prestes, 2009).

Esses dados revelam a vulnerabilidade dos trabalhadores mais jovens em desenvolver transtornos mentais, somando-se a questão da inexperiência técnico-científica com as dificuldades de estabelecer estratégias próprias para lidar com as situações de pressão no trabalho, dilemas éticos, conflitos interpessoais.

Tabela 5 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo categoria profissional. São Paulo, 2012

Categoria profissional	TMC	
	N	%
Enfermeiro	20	48,78
Técnico	19	46,35
Auxiliar	2	4,87
Total	41	100,00

$p = 0,702$

Além disso, de acordo com a categoria profissional, observa-se ocorrência significativa de “suspeição” de TMC nas categorias de enfermeiros, que compõe 48,78% (20) da amostra acometida, seguida dos técnicos de enfermagem, representando 46,35% (19) da população estudada. Portanto, percebe-se que ambas as categorias estão vulneráveis ao desenvolvimento do transtorno, embora os enfermeiros de UTI executem funções assistenciais consideradas de maior complexidade, e os técnicos exerçam as de média complexidade.

Tabela 6 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo turno de trabalho. São Paulo, 2012.

Turno de trabalho	TMC	
	N	%
Manhã	9	21,95
Tarde	13	31,70
Noite	19	46,35
Total	41	100,00

$p = 0,493$

Em relação aos turnos, 46,35% (19) dos trabalhadores pertencem ao período noturno, seguidos de 31,70 (13) % dos trabalhadores do vespertino com TMC. Considera-se a vulnerabilidade de adoecimento tendo em vista a privação do sono noturno. Estudo realizado com enfermeiros, aponta para a influência do trabalho noturno na qualidade de vida, tanto pela alteração no padrão do sono considerada como fator significativo para desgastes de natureza física e psíquica, além de prejuízos familiares e sociais devido inviabilidade de convívio (Neves, Branquinho, Paranaguá, Barbosa, Siqueira, 2010).

Tabela 7 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo tempo de atuação no setor. São Paulo, 2012.

Tempo de atuação no setor	TMC	
	N	%
Até 1 ano	7	17,05
De 1 a 5 anos	16	39,00
De 6 a 10 anos	11	26,85
De 11 a 20 anos	5	12,20
Mais de 20 anos	2	4,90
Total	41	100,00

p = 0,831

Quanto a relação entre TMC e tempo de atuação no setor, verifica-se os seguintes percentis: 39,00% (16) atuam entre 1 a 5 anos ; 26,85% (11) de 6 a 10 anos e 17,05% (7) dos indivíduos têm até 1 ano de atuação no setor. A permanência de pessoas trabalhando há mais de 10 anos nas duas unidades também é de aproximadamente 17,05% (7).

Tabela 8 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo tempo de atuação na enfermagem. São Paulo, 2012.

Tempo de atuação na enfermagem	TMC	
	N	%
Até 1 ano	1	2,44
De 1 a 5 anos	10	24,40
De 6 a 10 anos	18	43,90
De 11 a 20 anos	8	19,50
Mais de 20 anos	4	9,76
Total	41	100,00

p = 0,692

Considerando o tempo de atuação na profissão e o maior número de indivíduos acometidos, observou-se que 43,90,% (18) dos indivíduos que trabalham na enfermagem no período de 6 a 10 anos apresentam a suspeição para o transtorno, seguido daqueles que trabalham entre 1 e 5 anos com 24,40% (10). Esse dado é muito importante pois evidencia que, mesmo com poucos anos de trabalho na enfermagem, os indivíduos já apresentam manifestações de desgaste psíquico. Esse é um dado que merece atenção pois futuramente tende a impactar no índice de trabalhadores com incapacidades e, conseqüentemente, no abandono precoce da profissão.

Tabela 9 – Frequência dos trabalhadores com suspeição de TMC enfermagem segundo número de vínculos empregatícios. São Paulo, 2012.

Número de vínculos	TMC	
	N	%
1	35	85,36
2	6	14,64
Total	41	100,00

p = 0,394

Importante ressaltar também, que neste estudo, a maioria (85,36% - 35) apresenta apenas um vínculo empregatício, uma realidade que difere do cenário nacional da força de trabalho de enfermagem (Vianey, Brasileiro, 2003).

Numa perspectiva da psicossomática, os transtornos mentais comuns podem ser responsáveis por manifestações físicas ou mentais, tais como tristeza, ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, assim como queixas somáticas de cefaleia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros. Apesar dessas manifestações, o quadro de TMC ainda não configura o que se chama propriamente de doença psíquica grave, porém, sinaliza situações vivenciadas pelo indivíduo, nas quais são observadas queixas de saúde capazes de repercutir de alguma forma na qualidade de vida desses profissionais de saúde (Goldberg, Huxley, 1992).

A tabela a seguir apresenta dados referentes à distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a classificação por grupo de sintomas que configuram a suspeição para TMC.

Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a classificação por grupo de sintomas. São Paulo, 2012.

Grupo de sintomas e Questões do SRQ-20	N	%
<i>Humor depressivo e ansioso</i>		
Questão 6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	60	65,90
Questão 4. Assusta-se com facilidade?	32	34,80
Questão 9. Tem se sentido triste ultimamente?	39	42,40
Questão 10. Tem chorado mais do que de costume?	23	25,00
<i>Sintomas somáticos</i>		
Questão 1. Tem dores de cabeça frequentes?	48	52,20
Questão 3. Dorme mal?	45	48,90
Questão 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	38	41,30
Questão 7. Tem má-digestão?	36	39,10
Questão 2. Tem falta de apetite?	17	18,50
Questão 5. Tem tremores nas mãos?	14	15,20
<i>Decréscimo de energia vital</i>		
Questão 20. Cansa-se com facilidade?	45	48,90
Questão 12. Tem dificuldade em tomar decisões?	24	26,10
Questão 11. Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	36	39,10
Questão 13. Seu trabalho é penoso?	17	18,50
Questão 18. Sente-se cansada o tempo todo?	40	43,50
Questão 8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	21	22,80
<i>Pensamentos depressivos</i>		
Questão 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	6	6,60
Questão 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	24	26,10
Questão 17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	1	1,10
Questão 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	6	6,50

*Os dados numéricos apresentados nesta tabela referem-se ao número total de trabalhadores que responderam positivamente cada questão

Os dados apresentados na Tabela 10 referem-se aos quatro grupos de sintomas: humor depressivo e ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos.

No grupo de sintomas somáticos, observamos que 52,20% (48) dos trabalhadores referem cefaleia, 48,90% (45) dormem mal, 41,30% (38) apresentam sensações desagradáveis no estômago e 39,10% (36) má digestão.

Constata-se a prevalência de cefaleia como um sintoma somático na população do estudo, seguida por problemas para dormir e queixas estomacais. Esses dados sugerem significativo impacto na qualidade de vida dessa população, uma vez que convivem com queixas de dor e dificuldades relacionadas à alimentação, além de alterações no padrão de sono.

Esses dados coincidem com as principais queixas referidas por trabalhadores de enfermagem de outros estudos, nos quais os fatores mais citados como predisponentes da cefaleia são o estresse, a sobrecarga de trabalho, o cansaço, a alimentação e o jejum prolongado (Morais, Dutra, Fontana, 2012).

Os sintomas psicossomáticos manifestam algo escondido ou até desconhecido que, não conseguindo outra forma de vir à tona, vem por meio do corpo, em enfermidade. As emoções que afetam o indivíduo no ambiente de trabalho podem desencadear doenças psicossomáticas que, por sua vez, podem também desencadear outras doenças. Em estudo acerca desses sintomas e sua relação com trabalho, foram observadas queixas dor de cabeça, estresse, cansaço físico, insônia, gastrite, depressão, ansiedade, dores no corpo, inflamação no nervo ciático, angústia, indisposição e variação de humor (Rangel, Godoi, 2009).

Tais informações evidenciam emoções decorrentes da interação do trabalhador com as cargas de trabalho, as quais provocam sofrimento psíquico. As queixas físicas, geralmente, são as mais relatadas devido melhor aceitação social quando comparadas às queixas psíquicas, as quais podem acarretar, ao trabalhador, uma imagem de incapacidade e fragilidade em lidar com os problemas.

Estudo realizado com servidores técnicos- administrativos e professores acerca do afastamento do trabalho por depressão, aponta para

alguns preconceitos em torno do transtorno mental, dentre eles o de que nada é depressão, ou seja, nada é verdadeiro ou suficiente para que justifique a necessidade de parar, de não trabalhar. Além disso, pode-se acrescentar o medo que os indivíduos têm do estereótipo de “louco”, optando então por investir na dissimulação dos sintomas (Carvalho, 2010).

Em relação ao grupo de “decréscimo de energia vital”, observa-se queixas de cansar-se facilmente em 48,90% (45) dos trabalhadores, sendo que 43,50% (40) relatam se sentirem cansados o tempo todo. Além disso, 39,10% (36) têm dificuldade de realizar atividades diárias com satisfação, 26,10% (24) relatam dificuldade em tomar decisões e 22,80% (21) referem dificuldade de pensar com clareza. Por fim, 18,50% (17) dos trabalhadores afirmam que o trabalho lhes causa sofrimento.

Dores na perna e sensação de fadiga, além de taquicardia, são listados como sintomas físicos caracterizadores de estresse em outros estudos (Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira, 2011; Leite, Silva, 2007).

Pesquisa recente realizada para verificar a associação entre fadiga e capacidade para o trabalho na equipe de enfermagem, aponta que a fadiga do trabalhador está associada à sua capacidade para o trabalho, e pode acarretar perda da produtividade em atividades físicas ou mentais. Constatou existência de fadiga em mais da metade dos trabalhadores da pesquisa (52,00%), sendo que muitos desses trabalhadores, apesar das condições de exaustão, dos sintomas musculoesqueléticos e distúrbios emocionais, permanecem em atividade (Silva, 2011).

A fadiga pode ser definida como sensação física desagradável e variável em duração e intensidade, descrita como cansaço que não alivia e provoca, no indivíduo, diminuição das habilidades para executar atividades habituais (Mota, Pimenta, 2006).

A ocorrência de fadiga pode evidenciar que apesar de exaurido, o trabalhador continua executando suas atividades laborais, entretanto, com diminuição da produtividade e ultrapassando seus limites, físicos e psíquicos.

Nesse aspecto, é importante atentar para a facilidade que os trabalhadores da área da saúde têm para consumir medicamentos, minimizando muitos dos sintomas descritos. Entretanto, isso pode agravar ainda mais a situação de adoecimento, adiando a busca por um tratamento adequado.

Estudo epidemiológico realizado com profissionais de enfermagem de dois hospitais públicos a respeito de auto-medicação encontrou, dentre os mais consumidos, medicamentos para o sistema nervoso (46,7%), sendo que os mais utilizados pertencem ao grupo dos analgésicos (43,4%). Além disso, dentre os indivíduos que apresentavam maior consumo auto-medicação, observou-se aqueles classificados com transtornos mentais comuns e com queixas relacionadas ao sono (Barros, Griep, Rotemberg, 2009).

Estudo realizado acerca de cefaléia em trabalhadores de enfermagem também encontrou que o tratamento farmacológico é utilizado por 86% da população estudada e os fármacos mais citados foram os analgésicos em geral. Esses achados reforçam a procura pela auto-medicação, mascarando assim, sintomas que muitas vezes necessitam ser investigados diante da vulnerabilidade do trabalhador de enfermagem ao adoecimento (Morais, Dutra, Fontana, 2012).

Quanto ao grupo de sintomas classificado como humor depressivo e ansioso, os achados revelam que 65,90% (60) relatam sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, 42,40% (39) revelam tristeza e 25,00% (23) tem chorado mais do que o costume, e 34,80% (32) assusta-se com facilidade.

A ocorrência de pensamentos depressivos, apesar de apresentar baixas pontuações, observa-se que 26,10% (24) referem ter perdido o interesse pelas coisas e 6,52% (6) manifestam sentimentos de ser incapaz de desempenhar um papel útil na vida e sentem-se sem préstimo. Apenas 1,10% (1) manifestou a ideia de acabar com a vida.

Os resultados apontam para necessidade de atentar aos aspectos emocionais do trabalhador, considerando relato de nervoso ou preocupação em 65,90% dos trabalhadores, seguidos de tristeza em 42,40% dessa população. Percebe-se que os trabalhadores do cenário estudado vivenciam situações que desencadeiam algum tipo de resposta emocional podendo afetar

seu equilíbrio psíquico, dadas as emoções oriundas do cuidado de enfermagem às crianças com risco iminente de morte. Além disso, a evolução desse conjunto de sintomas para um transtorno mental mais grave, como depressão ou ansiedade por exemplo, pode também colocar em risco o cuidado prestado.

Além dos sintomas mencionados, também se considera preocupante a revelação de um trabalhador quanto ao interesse em acabar com a própria vida. Em estudo de revisão sistemática acerca da causa de morte de enfermeiros foram identificados relatos de depressão e suicídio, relacionados ao trabalho. Além disso, a enfermagem tem sido tradicionalmente associada a taxas de suicídio, mais altas que o normal, devido ao estresse causado pela convivência cotidiana com dor e sofrimento (Karino, 2012).

Os achados do presente estudo explicitam a ocorrência de sintomas que na maioria das vezes, permitem que o indivíduo, embora com queixas de dor, exaustão, fadiga, alterações no padrão de sono e repouso e tristeza, continue executando suas tarefas da vida diária no aspecto pessoal e profissional. Entretanto, esses sintomas comprometem de forma significativa a qualidade de vida e capacidade funcional do indivíduo, podendo gradativamente evoluir para um processo mais grave de adoecimento físico e ou mental.

Além disso, ao verificar elevada ocorrência dos grupos de sintomas que apontam para a suspeição de TMC e, considerando o cotidiano laboral desses trabalhadores, constata-se que os demais trabalhadores também apresentam grande chance de evoluir para um desgaste psíquico mais importante, uma vez que já apresentam muitos dos sintomas para suspeição de TMC.

5.3 SÍNDROME DE *BURNOUT*

A síndrome de *Burnout* foi identificada a partir da aplicação do MIB, utilizando os critérios de Lautert (1995), que considera altas pontuações em Desgaste Emocional (DE) e Despersonalização (DP), ambas associadas à

baixa pontuação em Reduzida Realização Profissional (RRP), conforme gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem em relação à ocorrência de síndrome de *Burnout*. São Paulo, 2012.

A partir dos dados apresentados, observa-se que 8,70% (8) dos indivíduos apresentam escores indicativos da ocorrência da síndrome de *Burnout*, enquanto a maioria 91,30%(84) não apresenta escores indicativos para a síndrome. Esses resultados apresentam valores superiores quando comparados a outros estudos brasileiros com profissionais de saúde que consideram alterações em DE, DP e RRP.

Estudo realizado com profissionais de enfermagem em unidade de pronto socorro com 61 trabalhadores, encontrou 8,2% (5) com manifestações da síndrome de *Burnout*, e uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, com 86 profissionais de enfermagem do programa de Estratégia de Saúde da Família, encontrou 6,9%(6) trabalhadores acometidos, o que representa que os dados encontrados no presente estudo corroboram outros já realizados, evidenciando que a síndrome de *Burnout* merece atenção quando se consideram as

repercussões à saúde do profissional e até a qualidade da assistência prestada (Trindade, Lautert 2011; Jodas, Haddad, 2009).

Em relação aos testes estatísticos, não foi observada associação entre a ocorrência da síndrome de *Burnout* com nenhuma das variáveis sócio-demográficas do estudo, ao nível de significância adotado. Para melhor conhecimento, são apresentadas nas Tabelas seguintes os dados referentes aos trabalhadores com *Burnout* segundo sexo, estado civil, faixa etária, categoria profissional tempo de atuação no setor e na enfermagem, e número de vínculos.

Tabela 11 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e sexo variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2012.

Sexo	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Feminino	8	100,00
Masculino	-	-
Total	8	100,00

p = 1,000

Observa-se que 100% (8) dos trabalhadores que apresentam *Burnout* pertence ao sexo feminino e, embora a literatura não apresente unanimidade quanto à maior possibilidade de incidência de acordo com o sexo, observa-se a ocorrência da síndrome apenas em mulheres. Entretanto, deve-se considerar que o predomínio do gênero feminino na amostra em estudo dificulta fazer qualquer afirmação relacionada a maior ocorrência da síndrome em mulheres. Esses dados podem estar relacionados às características da profissão, considerando a enfermagem como predominantemente feminina. Nas situações em que observa-se maior acometimento em mulheres do que em homens, a literatura aponta para dupla jornada de trabalho que a maioria

das mulheres está sujeita, quando se considera o cuidado dos filhos e do lar (Benevides-Pereira, 2010; Lautert, Trindade 2010; Grazziano, 2008).

Tabela 12 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e estado civil. São Paulo, 2012.

Estado civil	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Solteiro	5	62,50
Casado	2	25,00
Mora junto	1	12,50
Separado	-	-
Total	8	100,00

p = 0,249

Observa-se que 62,50% (5) trabalhadores são solteiros, seguido de 37,50%(3) casados ou que vivem com companheiros. Esses resultados estão de acordo com estudos que consideram que indivíduos solteiros são mais vulneráveis à síndrome quando comparados aos casados ou que mantêm relacionamento afetivo estável. Entretanto, embora essa questão seja discutida em alguns estudos, deve-se atentar à qualidade do relacionamento e não somente a presença ou não de parceiro para associações com os transtornos psíquicos (Benevides-Pereira 2010; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Tabela 13 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e faixa etária. São Paulo, 2012

Faixa etária	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
20 — 30	5	62,50
30 — 40	1	12,50
40 — 50	1	12,50
50 — 65	1	12,50
Total	8	100,00

p = 0,316

Embora não tenha sido verificada associação estatística entre idade e a síndrome, observa-se que a maioria (62,50% - 5) dos trabalhadores acometidos pela síndrome de *Burnout* apresenta-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, seguido de 37,50%(3) que estão distribuídos nas outras três faixas etárias classificadas no estudo. Observa-se que esses dados concordam com estudos que apontam a maior incidência de *Burnout* em indivíduos que ainda não atingiram os 30 anos (Trindade, Lautert, 2010; Silva, Loureiro, Peres, 2008).

A literatura aponta que enfermeiros mais jovens são menos experientes em relação à tomada de decisões e enfrentamento dos estressores ocupacionais. O ingresso na vida profissional pode gerar expectativas irrealistas, as quais podem gerar frustração diante da realidade de trabalho. Além disso, é observada a imaturidade emocional nessa faixa etária, considerada jovem diante das demandas emocionais que a profissão exige (Benevides-Pereira 2010; Grazziano 2008; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Também deve-se considerar que o cuidado às crianças cardiopatas envolve situações difíceis ao profissional de enfermagem, como por exemplo no que diz respeito ao estabelecimento do limite emocional na interação com as famílias e as crianças, além de lidar com as situações de morte, bastante frequente nas UTIS. Essas situações demandam mais maturidade emocional e vivência profissional, uma vez que apenas a formação

acadêmica não é suficiente para instrumentalizar o profissional a lidar com essas situações (Cook, Lawrence, Jablonski, Grady, Norton, Liner et al 2011).

Tabela 14 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e categoria profissional. São Paulo, 2012

Categoria profissional	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Enfermeiro	6	75,00
Técnico	2	25,00
Auxiliar	-	-
Total	8	100,00

p = 0,264

No que diz respeito à categoria profissional, observa-se que 75,00% (6) dos trabalhadores que são acometidos pela síndrome, são enfermeiros, enquanto que os demais 25,00% (2), são técnicos de enfermagem. Os dados encontrados também estão de acordo com pesquisas que apontam maior propensão ao *Burnout* nas pessoas que possuem nível educacional mais elevado, (enfermeiros) quando comparado com as de nível inferior de ensino, como os técnicos de enfermagem, considerados nível médio de ensino. Como justificativas para isso, são apontadas possibilidades de que pessoas com maior nível educacional exerçam funções mais estressantes e com maiores responsabilidades, além de apresentarem maiores expectativas em relação ao trabalho, apresentando maior sofrimento quando essas expectativas não são atendidas (Benevides-Pereira 2010; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Resultados indicam que a ocorrência da síndrome associa-se também a níveis elevados de responsabilidade, embora também influenciada por questões relacionadas às condições do ambiente de trabalho e altas demandas (Bakker, Demerouti, Schaufelli, 2002).

Tabela 15 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e turno de trabalho. São Paulo, 2012

Turno de trabalho	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Manhã	1	12,50
Tarde	3	37,50
Noite	4	50,00
Total	8	100,00

p = 0,587

Em relação ao turno de trabalho, observa-se que 50,00% (4) trabalha no período noturno, e 50,00% (4) nos períodos da manhã ou tarde. Embora não tenha sido verificada associação estatística, é importante considerar que a alteração no padrão do sono destaca-se como fator significativo para desgastes de natureza física e psíquica, considerando os trabalhadores de enfermagem que trabalham à noite (Neves, Branquinho, Paranaguá, Barbosa, Siqueira, 2010; Nasrabadi, Latifi, Rasoolzadeh, Emami, 2009).

Tabela 16 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e tempo de atuação no setor. São Paulo, 2012

Tempo de atuação no setor	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Até 1 ano	0	0
De 1 a 5 anos	4	50,00
De 6 a 10 anos	2	25,00
De 11 a 20 anos	1	12,50
Mais de 20 anos	1	12,50
Total	8	100,00

p = 0,750

Observa-se que 50,00%(4) dos trabalhadores acometidos pela síndrome, atua no setor no período de até 5 anos, seguidos de 25,00%(2) com atuação entre 6 a 10 anos. Os demais 25,00% (2), atuam no setor há mais de 10 anos.

Diante dessas informações, considera-se que além de poder comprometer a qualidade da assistência decorrente do baixo envolvimento profissional, a síndrome é apontada também na sua relação com o turnover. Pode-se observar que metade dos trabalhadores acometidos pela síndrome atua no setor há no máximo 5 anos, caracterizando situação de possível rotatividade ou *turnover* (Maslach, Leiter, 2009).

Turnover ou rotatividade de pessoas pode ser entendido como a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Embora a rotatividade seja esperada e positiva em alguns casos, normalmente implica perda de pessoas estratégicas, prejudicando assim a eficiência organizacional (Robbins, 2005).

Percebe-se que, muitas vezes, a saída voluntária do trabalhador pode ocorrer devido insatisfação com o ambiente de trabalho e com condições inadequadas, além de desmotivação profissional entre outras razões.

Estudo realizado com enfermeiras canadenses acerca da relação entre a síndrome de *Burnout* e *turnover*, reforça a ideia de que a intenção de deixar seus empregos estaria associada à ocorrência da síndrome, que por sua vez, estaria diretamente relacionada aos aspectos laborais, como por exemplo sobrecarga de trabalho e conflitos de valores (Maslach, Leiter, 2009).

Assim há algumas décadas, a síndrome de *Burnout*, vêm sendo descrita como uma doença que, além de ocasionar mais custos à instituição, em razão da perda de pessoas treinadas num contexto de trabalho especializado, também provoca enorme preocupação acerca do envolvimento profissional, quando percebe-se a desmotivação do trabalhador em continuar exercendo suas atividades. Segundo autores, o *Burnout* representa o extremo de uma relação contínua estabelecida entre as pessoas e seus empregos, e está em contraste ao polo oposto do compromisso, em que as pessoas experienciam

energia, envolvimento com seu trabalho e sentimentos de eficácia (Leiter, Maslach, 2009; Benett, Plint, Clifford, 2005; Maslach, Leiter, 1997).

Tais informações reforçam a idéia de que a sensação de exaustão emocional, somada a indiferença no cuidado ao paciente e sensação de incompetência profissional provocam desestímulo ao indivíduo em permanecer na profissão acarretando, muitas vezes, o abandono como a única maneira de resolução.

Em relação ao tempo de atuação, observa-se a relação descrita na tabela a seguir:

Tabela 17 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e tempo de atuação na enfermagem. São Paulo, 2012.

Tempo de atuação na enfermagem	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
Até 1 ano	-	-
De 1 a 5 anos	2	25,00
De 6 a 10 anos	4	50,00
De 11 a 20 anos	1	12,50
Mais de 20 anos	1	12,50
Total	8	100,00

p = 0,968

Observa-se que 50,00% (4) dos trabalhadores acometidos pela síndrome, encontra-se atuando na profissão há um período que compreende de 6 a 10 anos, seguidos de 25,00% (2) que atuam entre 1 a 5 anos e os demais 25,00% (2) atuam há mais de 10 anos na profissão. Esses dados estão de acordo com a hipótese de que a exposição prolongada à condições de trabalho estressantes e subvalorizadas pode estar relacionada ao surgimento e agravamento dos sintomas (Moreira, Magnago, Sakae, Magajewski, 2009).

Tabela 18 – Frequência dos trabalhadores segundo a presença da Síndrome de *Burnout* e número de vínculos. São Paulo, 2012.

Número de vínculos	Síndrome de <i>Burnout</i>	
	N	%
1	8	100,00
2	-	-
Total	8	100,00

p = 0,314

Os dados da tabela anterior indicam que 100,00% (8) dos trabalhadores acometidos pela síndrome, apresenta apenas um vínculo empregatício. Embora não haja associação estatística entre a questão do número de vínculos e a ocorrência da síndrome, observa-se que os indivíduos acometidos exercem suas atividades laborais apenas no cenário em estudo. Tal informação sugere a relação entre a síndrome e as condições de trabalho no cenário estudado.

A partir da concepção sócio-psicologia de Christina Maslach e Susan Jackson, que considera o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome a partir de aspectos individuais associados às condições do trabalho, são apresentados a seguir os dados referentes ao número de trabalhadores do estudo classificados em cada uma das três dimensões avaliadas pelo MIB, de acordo com a validação adotada para esse estudo (Lautert, 1995):

Gráfico 3 – Frequência dos trabalhadores de acordo com o escore em cada uma das dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012.

Considerando percentis de 75 para as dimensões DE e DP e 25 para a dimensão RRP, foram calculados os seguintes escores para a amostra do estudo: DE baixo/moderado: 0 a 20 pontos e Alto: 21 a 33 pontos, DP baixo/moderado: 0 a 6 pontos e Alto: 7 a 14 pontos, RRP baixo/moderado: 22 a 32 pontos e Alto: 0 a 21 pontos.

Desse modo, a partir do Gráfico 3 observa-se que 29,35%(27) dos trabalhadores apresentam escores elevados nas dimensões RRP, seguida por DE, com 25,00%(23) dos trabalhadores, e com 22,80%(21) dos trabalhadores com escores elevados na dimensão DP.

Tendo em vista as repercussões de cada dimensão da síndrome na saúde do trabalhador, nos dados do presente estudo, verificou-se a ocorrência de escores elevados para a dimensão reduzida realização profissional, uma vez que esta se relaciona à terceira fase da síndrome, de acordo com o modelo de desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, proposto por Leiter (Benevides-Pereira, 2010).

A RRP representa a dimensão de auto-avaliação da síndrome de *Burnout* e refere-se ao declínio da sensação de competência e produtividade

no trabalho. Esse sentimento tem sido associado à depressão e à incapacidade de lidar com as exigências do trabalho e pode ser agravado pela falta de apoio social e de desenvolvimento profissional (Maslach, Goldberg, 1998).

Percebe-se que alguns trabalhadores podem apresentar elevado sentimento de incompetência profissional, associados ao contexto de trabalho, evidenciando assim a existência de dificuldades em lidar com as situações advindas do cuidado às crianças cardiopatas, frequentemente com prognósticos ruins. Numa situação mais agravante, o profissional não se considera capaz de permanecer na profissão e passa a cogitar a possibilidade de abandonar o trabalho ou mudar de atividade.

A dimensão DE que, segundo modelo de desenvolvimento proposto por Leiter é a dimensão responsável pelo início da síndrome, decorre de sobrecarga e conflitos interpessoais no trabalho, provocando reações que colaboram para o surgimento das outras dimensões da síndrome (Benevides-Pereira, 2010).

No cenário da pesquisa, os trabalhadores das UTIs pediátricas e neonatais experienciam situações estressantes, provenientes de atendimentos de emergência, da complexidade do cuidado à criança cardiopata, e, sobretudo, das dificuldades em lidar com os familiares ao longo do processo de internação.

Essas situações se somam às demandas descritas anteriormente acerca da exposição às inúmeras cargas de trabalho, cujas consequências podem gerar adoecimento e restrições nos trabalhadores de enfermagem (Silva, 2012).

Diante do desgaste emocional observado, considera-se o potencial de adoecimento dos trabalhadores desse cenário, os quais, mesmo diante de exaustão emocional e escassez de energia física, mantêm-se atuantes, podendo assim comprometer mais ainda sua saúde, além de colocar em risco também a segurança dos pacientes.

Em relação aos escores na dimensão DP, observa-se que, mesmo diante de pontuações mais baixas quando comparadas às outras duas

dimensões, essa subescala também sinaliza aspectos considerados importantes no cenário estudado, uma vez que alguns trabalhadores apresentam escore elevado. Como resposta à sobrecarga de exaustão emocional e, representando o componente interpessoal da síndrome, essa dimensão reflete um comportamento de auto-proteção e de distanciamento com os usuários do serviço, podendo acarretar a desumanização da assistência. Assim, é preocupante a observação de que, alguns trabalhadores possam já estar oferecendo atendimento menos humanizado às crianças e familiares, e que esta situação pode ser progressiva nos demais trabalhadores.

Para melhor discussão da repercussão síndrome na saúde dos trabalhadores estudados, foram avaliadas as intensidades das respostas nas três dimensões da síndrome, como mostra a Tabela 19 a seguir:

Tabela 19 – Estatísticas descritivas da distribuição das dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012.

	N	MIN	MAX	MÉDIA	Desvio Padrão	Mediana
RRP	92	12	32	23,52174	4,63498	24
DE	92	4	33	15,82609	6,67554	15
DP	92	0	14	3,978261	3,120222	3,5

N: número de trabalhadores; RRP: reduzida realização profissional; DE: desgaste emocional; DP: despersonalização

De acordo com a tabela 19, a média dos escores para os trabalhadores em cada dimensão foram: DE = 15,82 (dp: 6,67), DP = 3,97 (dp: 3,12), RRP = 23,52 (dp: 4,63). Assim, a partir dos escores calculados com base nos percentis, (DE = 22, DP = 7, RRP = 21), observa-se que a maioria dos enfermeiros do estudo encontra-se com escores baixo ou moderado para *Burnout*, conforme também já ilustrado anteriormente.

Esses valores se assemelham aos encontrados por Grazziano (2008), em estudo realizado com 111 enfermeiros hospitalares acerca de estratégias para redução de stress e *Burnout* utilizando o mesmo inventário

para avaliação, no qual a média dos escores encontrados foram: DE = 12,50 (dp: 6,22), DP = 4,12 (dp: 3,47), RRP = 25,17 (dp: 4,17). Em seus resultados, também encontrou escores baixo ou moderado para a síndrome na maioria dos enfermeiros do estudo.

A ocorrência de respostas com escore moderado nas 3 dimensões, embora ainda não configurando a existência da síndrome, também é preocupante, já que tais sintomas podem evoluir quanto à sua frequência e intensidade nesta população ainda não acometida, provocando o adoecimento em maior número de profissionais. Este dado também permite o questionamento acerca do número de indivíduos cuja qualidade de vida no trabalho encontra-se comprometida de forma mais ou menos intensa.

Em relação à consistência interna do instrumento, que permite avaliar a compreensão das questões e confiabilidade das respostas, foi calculado o coeficiente alpha de Cronbach, no qual foi encontrado valores maiores para a dimensão desgaste emocional (0,87) seguida da dimensão reduzida realização profissional (0,66) e despersonalização (0,59). É apontado que valores entre 0,70 a 0,90 são considerados elevados, e aceitáveis quando superiores a 0,40. A validação de Lautert (1995) adotada para este estudo, também apresenta maior confiabilidade na dimensão DE (0,86), seguida de RRP (0,76) e DP (0,69) (Grazziano, 2008; Bailar, Mosteller, 1992).

Dessa maneira, os valores encontrados na dimensão DE podem ser considerados elevados comparando-se às demais dimensões. Os valores mais baixos no estudo para despersonalização estão de acordo com discussões da literatura acerca da confiabilidade deste domínio, devido ao número reduzido de itens e questões conceituais (Carloto, Camara, 2006).

Ressalta-se que alguns estudos empregam o critério utilizado por Grunfeld et al (2006) para identificação da síndrome, a partir da ocorrência de escore elevado em apenas uma das 3 dimensões. Adotando-se esse critério, com o intuito de aprofundar os dados obtidos no presente estudo, considerou-se escores elevados em pelo menos uma das três dimensões, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Frequência dos trabalhadores de enfermagem segundo a presença de *Burnout*, considerando escores elevados em uma das três dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012

O gráfico 4 evidencia que 50,00% (46) dos trabalhadores do estudo apresentam escore alto para no mínimo, uma das três dimensões. Esse resultado também sugere maior atenção a esses trabalhadores de enfermagem, no sentido de observar a evolução dos sintomas decorrentes da síndrome, com possibilidades de intervenção antes da configuração do quadro clínico de *Burnout*.

Diante do exposto, considera-se imprescindível antever situações de adoecimento nos trabalhadores de enfermagem. Para isso, além de estudos como este, que permitem identificar e registrar situações de adoecimento psíquico, faz-se necessário, numa visão mais ampla de política nacional, também a notificação adequada das ocorrências de afastamentos por adoecimento, sobretudo psíquico, para que seja possível estabelecer medidas profiláticas à saúde dos trabalhadores.

Para composição das informações acerca do perfil de adoecimento do trabalhador são utilizados dados fornecidos pelo Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN). Este sistema é alimentado principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011), além do banco de dados da Previdência Social, que é alimentado a partir da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Nesse caso, o CAT abrange apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Vale observar que os transtornos mentais relacionados ao trabalho é um dos itens da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portal da Saúde – Ministério da Saúde, 2013).

5.4 A ASSOCIAÇÃO ENTRE TMC E *BURNOUT*

Após identificação da ocorrência dos TMC e da síndrome de *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem, foi aplicado o teste Qui-quadrado entre os escores de *Burnout* e TMC nos trabalhadores, conforme Tabela 20.

Tabela 20 – Frequência dos trabalhadores segundo os casos de “suspeição” de TMC e escore alto nas três dimensões avaliadas pelo MIB. São Paulo, 2012.

<i>Burnout</i>	TMC	
	N	%
Não	33	80,48
Sim	8	19,52
Total	41	100,00

$p = 0,003$

A partir dos dados da Tabela 10 observa-se que dentre os trabalhadores considerados casos suspeitos de TMC, 19,52 % (8) apresentam *Burnout* como a ocorrência de TMC. Isso significa que a totalidade de trabalhadores diagnosticados com a síndrome de *Burnout* são casos suspeitos de TMC, na amostra estudada.

Observou-se, portanto, associação estatística entre os dois transtornos mentais: a síndrome de *Burnout*, considerada transtorno mental relacionado ao trabalho, e os transtornos mentais comuns, considerados transtornos mentais leves, que podem ou não estar relacionados ao contexto de trabalho.

Isso significa que na medida em que o indivíduo apresenta a ocorrência de TMC, caracterizados por sintomas de fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, também pode desenvolver sentimentos de carência de energia, sentimento de esgotamento dos recursos para lidar com os estressores além de frustração e tensão. Percebe-se que somados, ambos os transtornos, podem intensificar o processo de desgaste mental nesses trabalhadores que prestam assistência às crianças cardiopatas.

Além disso, é importante salientar que para o trabalhador torna-se mais fácil se ausentar ao trabalho por um sintoma como gastrite ou cefaléia do que por uma queixa de esgotamento relacionada ao trabalho. Essa situação gera maiores subnotificações de adoecimentos quando se tratam das doenças relacionadas ao trabalho, dada a subjetividade dos sintomas e o apelo social em relação aos transtornos mentais e comportamentais.

Para o entendimento mais preciso entre a ocorrência dos transtornos mentais comuns e as três fases da síndrome de *Burnout*, foram realizados testes de qui-quadrado de Pearson e teste de correlação de Pearson entre os escores de cada domínio da síndrome (DE, DP e RRP) e os escores do SRQ como apresentado a seguir:

Tabela 21 – Frequência dos trabalhadores segundo os casos de “suspeição” de TMC e escore alto e baixo/moderado para as dimensões DE, DP e RRP, avaliadas pelo MIB São Paulo, 2012

<i>DE</i>	TMC	
	N	%
Baixo/Moderado	23	56,10
Alto	18	43,90
Total	41	100,00
Teste qui-quadrado, valor $p < 0,001$		
<i>DP</i>	TMC	
	N	%
Baixo/Moderado	26	63,41
Alto	15	36,59
Total	41	100,00
Teste qui-quadrado, valor $p = 0,01$		
<i>RRP</i>	TMC	
	N	%
Baixo/Moderado	19	46,34
Alto	22	53,66
Total	41	100,00
Teste qui-quadrado, valor $p = 0,003$		

Observa-se ocorrência de associação entre a dimensão DE e TMC ($p < 0,001$), DP e TMC ($p = 0,01$) e entre RRP e TMC ($p = 0,003$), diante do nível de significância adotado para o estudo (5%). Em relação aos escores elevados para cada dimensão e os casos suspeitos de TMC, observa-se que em DE 56,00% (23) dos trabalhadores apresentam escores baixo/moderado, enquanto que 44,00% (18) apresentam escores elevados; em DP 63,41% (26) apresentam escore baixo/moderado, enquanto que 36,59% (15) apresentam escore elevado para a síndrome; e por fim, na dimensão RRP observa-se que 46,34%(19) apresentam escore baixo/moderado, enquanto que 53,66% (22) apresentam escore elevado.

Apresenta-se no gráfico a seguir, o teste de correlação de Pearson, entre as dimensões do *Burnout* e os escores do SRQ (casos suspeitos de TMC):

Gráfico 5 – Relação entre as três dimensões do *Burnout* avaliadas pelo MIB e a ocorrência do TMC:

A partir do teste de correlação de Pearson, observa-se que a nuvem de dispersão se ajusta melhor ao formato de uma reta na relação entre DE e os valores de SRQ, mostrando correlação mais forte e positiva ($r=0,59$, $p<0,001$). Em relação a DP (desp) e SRQ observa-se menor correlação ($r=0,44$, $p<0,001$), seguido de RRP e SRQ, que apresenta correlação negativa – quanto maior o escore do SRQ, mais baixo RRP, ou seja, mais se reduz a realização profissional ($r= -0,31$, $p<0,001$).

Das três dimensões, observa-se correlação mais forte entre DE e TMC com valor de $r=0,59$, revelando assim a possibilidade de ocorrência de transtornos mentais comuns estar mais relacionada ao início da síndrome,

caracterizado pela dimensão de desgaste emocional, em que o trabalhador já vivencia o limite de suas energias físicas e mentais.

Dessa maneira, verifica-se que os trabalhadores do presente estudo apresentam agravos muitas vezes subestimados, mas que podem já estar relacionados ao início de uma síndrome considerada como transtorno mental que afeta não apenas o trabalhador, mas traz impactos à qualidade do serviço prestado aos pacientes.

A legislação brasileira sobre saúde do trabalhador inclui a síndrome de *Burnout* como uma doença relacionada ao trabalho: no Manual de Procedimentos elaborados pelo Ministério da Saúde acerca das doenças relacionadas ao trabalho, a síndrome de *Burnout* é elencada como um dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, pertencente ao grupo V da CID-10, com código Z73; além disso, consta na Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Trabalhadores. Assim, o reconhecimento da síndrome como doença relacionada ao trabalho permite inferir que os trabalhadores devem ser monitorados, quanto a presença de sintomas, e devidamente encaminhados ao tratamento adequado, visando menores prejuízos em sua vida e retorno precoce ao trabalho (Brasil, 2009, Brasil/ Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, 2001).

Partindo desse pensamento, observa-se nesse estudo que mesmo com alguma manifestação da síndrome, com comprometimento de uma ou das três dimensões avaliadas pelo MIB, e, portanto, com fortes indícios de adoecimento, os trabalhadores de enfermagem mantêm-se atuantes, evidenciando o presenteísmo na enfermagem, uma temática preocupante e que vem sendo discutida no cenário atual (Umann, Guido, Grazziano, 2012; Silva, 2011).

O presenteísmo é definido como a situação na qual o trabalhador comparece ao trabalho, porém realiza suas atividades de modo não produtivo devido problemas físicos ou mentais relacionados ao trabalho. O ambiente de

trabalho hospitalar é apontado como sobrecarregado de fatores relacionados ao presenteísmo e, dentre as principais causas, observam-se problemas de saúde mental, principalmente depressão e estresse (Pillate, 2005).

Sob outro aspecto, acarreta também prejuízos na produtividade, além de grande risco de comprometimento da qualidade do trabalho, pela possibilidade de erros e diminuição da atenção no desenvolvimento das atividades laborais. A ocorrência de presenteísmo no cenário da pesquisa, evidencia uma realidade bastante preocupante, quando são consideradas as demandas esperadas para o profissional de enfermagem, exigindo-lhes, não somente conhecimento teórico-prático, mas também atenção e capacidade para atender rapidamente às situações de intercorrências (Umann, Guido, Grazziano, 2012; Silva, 2011).

Por fim, observando ainda o grupo de trabalhadores que não apresentam sinais evidentes de adoecimento psíquico e presenteísmo, percebe-se que estes constituem um grupo que também merece atenção, devido a ocorrência de escores que variam de leve a moderado. A partir da percepção de que a síndrome tem sua gênese a partir de importante sofrimento pessoal, e diante das reflexões anteriores, considera-se aqui que esse grupo pode também sinalizar o início desse sofrimento, com sintomas que muitas vezes podem passar despercebidos ou subestimados. Além do questionamento acerca do grau de comprometimento da qualidade de vida, é possível iniciar reflexões acerca das possibilidades de prevenção da evolução do agravo também com esse grupo de trabalhadores.

5.5 ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

O material proveniente dos grupos focais foi analisado segundo o referencial de Minayo (2008) e resultou em três categorias, as quais descrevem as Propostas de Intervenção elaboradas, junto aos trabalhadores, para a redução do desgaste psíquico:

Aprender a lidar com a criança cardiopata grave

Diante da experiência de cuidar da criança grave, em especial pela sua instabilidade e pelas constantes perdas, os trabalhadores relatam a falta de preparo emocional para lidar com tantos sentimentos que emergem, interferindo em sua rotina de trabalho e no relacionamento com outras pessoas:

“ (...) eu tenho percebido uma questão de intolerância assim, você passa a ser intolerante com a sua família, às vezes com os colegas de trabalho, você não consegue desenvolver um bom trabalho, mas aí você desconta isso numa fila de banco, num restaurante, sabe tudo te deixa impaciente, acho que é a soma de vários fatores.” (T3)

“ (...) é quando a gente se apega ao paciente, de internação prologada e se torna instável, difícil lidar com a morte(...) eu às vezes descarrego no coitado do marido...” (T5)

Muitas vezes, os trabalhadores estabelecem um vínculo muito forte com as crianças devido à proximidade do cuidado, mobilizando-lhes muitas emoções. Nos trechos descritos, observa-se não apenas sentimentos de intransigência, mas também a ocorrência de sintomas psicossomáticos, evidenciados pela irritabilidade, insônia:

“Só que aí eu fico irritada (...) eu acabo me tornando uma pessoa grossa pq eu sei o que é aquele sofrimento, mas não sei como ajudar (...) eu desconto na comida (...).” (T8)

“ (...) a criança faleceu na minha folga, qdo era no outro dia, eu não conseguia trabalhar... pra mim tinha sido o fim, gente como pode! A menina era meu filho escrito (...).” (T9)

“ (...) tem gente que não chora, mas vai ficar irritado, vai perder o sono, cada um vai reagir de uma maneira, não significa que a gente virou uma pedra de gelo, que a gente não tem sentimento, mas a gente tem que segurar ali naquele momento, uma hora vai explodir, e eu prefiro explodir ali no dia, do que ficar guardando e acumulando, acumulando pq eu acho que eu vou pirar se eu acumular esse sentimento.” (T10)

As falas evidenciam as dificuldades em trabalhar as questões relacionadas ao próprio sofrimento, impactando na vida pessoal desse profissional e também na qualidade da assistência. Esses dados corroboram a literatura que aponta para a ocorrência de sintomas diversos como cefaleia, problemas gástricos ou desordens de sono, mediante dificuldades no processo de trabalho (Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira, Pereira, 2011; Rangel, Godói, 2009; Bertolleti, Cabral, 2007).

Nos trechos a seguir os trabalhadores apontam as consequências advindas das dificuldades em lidar com determinadas situações do cuidado, como presenciar a morte e sofrimento das crianças e de seus familiares, além de lidar com suas próprias emoções:

“ (...) a menina tava bem, saiu da rec. sorrindo, no colo do cirurgião. Volta, pára, morre e...daí tem a situação da mãe, pegando o corpo da menina, chacoalhando, falando pra ela acordar. Pra gente também isso é difícil lidar.” (T6)

As frequentes situações de óbito nas UTIs infantis podem gerar a sensação de trabalho mal-sucedido representando o insucesso de todos os esforços realizados pelos trabalhadores durante a internação da criança. A morte desperta sentimentos de impotência e fracasso nos trabalhadores, que

encontram dificuldades em aceitá-la, sobretudo na infância - uma faixa etária que ainda estaria iniciando a vida - e a idéia de morte é transferida para outro momento da vida (Souza, Ferreira, 2010; Farias, Maia, 2007; Shimizu, 2007).

Ao presenciar piora gradativa do paciente, embora se reconheça que não houve falta de cuidado de enfermagem, o trabalhador manifesta sentimentos de tristeza e impotência ao perceber que não consegue contribuir para a melhora do quadro clínico da criança:

“ (...) o paciente tá piorando a cada dia, entra em insuficiência renal, tudo que você tá fazendo, você tá vendo que, você não tá vendo resultado, mais pela gravidade, não pela falta do cuidado, e essa sensação de impotência deixa a gente triste, a gente né (...) é uma sensação de impotência (...).” (T15)

Diante disso, esses trabalhadores podem experimentar sentimentos de sofrimento, sendo necessário oferecer-lhes medidas de suporte para lidar com essa realidade (Cook, Lawrence, Jablonski, Grady, Norton, Liner et al 2011; McCloskey, Taggart, 2010; Morgan, 2009).

Tendo em vista as dificuldades apontadas pelos trabalhadores de enfermagem que atuam nesse contexto, o despreparo na formação também aparece como uma lacuna nas situações relacionadas às perdas:

“ (...) eu fujo da família, eu fu, eu não consigo, eu não consigo lidar assim... pra ir consolar a família, eu não sou...eu sou uma péssima pessoa... as pessoas até acham, nossa você é muito fria, você .. não eu não sou, porque se eu começo a desabar, eu não consigo, então eu me afasto assim, eu falo, vai você, porquê eu não consigo.(...)mas acho que eu a gente vê na faculdade vocês não podem se envolver com o paciente e não é assim ...” (T11)

“ (...) na verdade na faculdade a gente aprende técnicas, técnicas e técnicas, como por exemplo, pra preparar o corpo após a morte, só que assim, não discute os sentimentos, em nenhum momento discute os sentimentos, o que que você de repente pode sentir ao ver um paciente morto, então assim,

não discute isso. A gente na verdade só aprende técnicas.”
(T13)

O relato desses trabalhadores reforça as reflexões acerca da abordagem da morte e o morrer durante o processo de formação do profissional em muitos cursos da área da saúde. Percebe-se ênfase no preparo do profissional para lidar apenas com aspectos técnicos, além de uma formação direcionada para o prolongamento e a recuperação da vida. Portanto, há ainda uma fragilidade ao se discutir temas de natureza psicológica, sendo esses, muitas vezes considerados secundários no ensino-aprendizagem (Kovács, Vaiciunas, Esslinger, Souza, 2008; Aguiar, Veloso, Pinheiro, Ximenes, 2006).

Em consonância com essas questões, evidencia-se nos próximos trechos um cotidiano de trabalho marcado por frustrações, dores e perdas, no qual se manifesta fortemente a necessidade de desabafar para exteriorizar aquilo que é vivenciado, como uma medida adotada para reduzir o sofrimento:

“ (...)a gente guarda pra si enfim, depois comenta com o colega, enfim, com uma pessoa que eu confio pra aliviar um pouco (...).” (T1)

“ (...) E quando vem a mãe, fica aquele velório em cima da criança, pra mim aquilo ali dói(...) e o que a gente tem hoje, o que eu tenho hoje é desabafar com um colega.(...) a gente vai desabafar com um colega mais próximo.” (T4)

Os trabalhadores relatam a importância de poder compartilhar com os colegas da equipe as situações de intercorrência, além de expor seus sentimentos. Essa troca é verbalizada por eles, como um potencial importante de fortalecimento.

Estudo internacional realizado com enfermeiros que assistem crianças cardiopatas também revela o alívio desses trabalhadores ao discutir a situação de morte ou parada cardíaca dos seus pacientes com outro colega, uma vez que seus colegas de trabalho são as pessoas que melhor entendem seu cotidiano laboral (Cook, Lawrence, Jablonski, Grady, Norton, Liner et al 2011).

Além disso, os trabalhadores fazem menção a um suporte mais especializado, vindo de um profissional preparado para ajudá-los a lidar com o cotidiano sofrido de trabalho:

“ (...) Eu acho que seria interessante um serviço mesmo que dê atenção ao funcionário né?” (T4)

“ O Psicoterapeuta, acho que é o mais indicado.” (T6)

Achados de pesquisa internacional acerca da síndrome de *Burnout* em enfermeiros aponta que a realização de sessões de acompanhamento clínico, pode ser um componente fundamental utilizado dentre outras estratégias para a redução da síndrome nesses trabalhadores. Essa informação reforça a compreensão de que esses profissionais apresentam demandas psicológicas decorrentes de sua realidade de trabalho, e que precisam ser discutidas (Sherring, Knight, 2009).

As sessões de psicoterapia em grupo, conduzidas por profissional devidamente preparado, permitem que os participantes, ao fazer sua autoavaliação, tenham oportunidade de observar seu comportamento, opiniões, sentimentos, estado emocional e seus problemas em relação aos demais, podendo rever sua identidade. Comparar-se com os demais pode gerar maior conhecimento e compreensão de seus próprios sentimentos, aumento da aceitação de sua própria pessoa, bem como o estabelecimento de uma nova visão acerca dos demais, de si próprio e do seu mundo (Bechelli, Santos, 2005).

Os grupos e rodas de conversa também são apontados como estratégias possíveis para a redução do desgaste psíquico:

“ Um grupo (...) uma equipe assim, que em seus plantões discutissem, ao final de cada momento ou uma vez por semana, não sei (...)eu acho que ficaria muito mais interessante compartilhar as mesmas coisas porque todo mundo tá no mesmo ambiente (...).” (T1)

“ (...) bom a gente se reunir, porque cada um dá o seu ponto de vista né? E a gente conseguia ajudar um ao outro.” (T2)

“ (...) é uma forma... Você discutir com a equipe que participou daquela intercorrência é uma forma de você não se sentir o único: “Ah eu fui a única pessoa impotente naquele momento” Entendeu?(...)” (T14)

“(...).desenvolveu-se esse grupo de uma psicóloga, equipe de enfermeiros e a coordenadora, as reuniões aconteciam uma vez por mês(...)” (T16)

Os trabalhadores manifestam necessidade em expressar seus sentimentos diante de um grupo que possa compreendê-los e com quem possam discutir as experiências resultantes da mesma realidade de trabalho. Diante de uma equipe de suporte clínico, os trabalhadores se sentem mais seguros para expressar suas emoções e compartilhar suas experiências com os outros os colegas (Zander, 2010).

Os achados do presente estudo estão em consonância com outros estudos que sugerem a criação de grupos de suporte entre os trabalhadores, como medida para discussão e reflexão acerca das demandas provenientes do cuidado prestado, além de ser um espaço para que os profissionais possam expressar seus sentimentos. Considera-se essa estratégia como medida protetora ao profissional, diante do risco de desenvolver transtornos mentais como o *Burnout* (Hamaideh, 2011; Miller, 2011).

A partir das falas dos trabalhadores, constata-se uma vivência sofrida, repleta de sentimentos de tristeza, impotência que se estendem ao corpo físico, com manifestações de irritabilidade, alteração nos padrões de sono, entre outras. Nesse contexto, emerge a necessidade de discutir o cotidiano do cuidado à criança cardiopata grave, bem como compartilhar sentimentos e expectativas gerados nesse cenário, a partir de suporte profissional psicoterapêutico, realização de grupos e também rodas de conversas, propiciando um suporte à saúde mental do trabalhador na medida em que permitem espaço para o cuidado próprio.

Receber o reconhecimento profissional

Nessa categoria, os profissionais relatam as dificuldades que sentem acerca do reconhecimento da sua importância profissional, não apenas diante das chefias, colegas e outros profissionais, como por parte dos pacientes e dos familiares.

Estudo destaca a dificuldade do enfermeiro em reconhecer suas qualidades, não que o mesmo não possua qualidades; ele tem consciência delas, mas porque tem inculcado, de forma até inconsciente, que seu trabalho é caridade, abnegação, portanto, não é passível de ser divulgado, e muito menos como marketing pessoal (Gentil, 2009).

Nesse sentido, considerando outros profissionais da área da saúde, os trabalhadores de enfermagem representam uma classe que o tempo todo necessita provar para si e para as demais, a sua importância no conjunto das atividades assistenciais, e reafirmar sua competência profissional.

O auto-conceito tem sido consensualmente considerado como um fator fundamental para o bem-estar do indivíduo, desempenhando uma função central, enquanto mediador e regulador do comportamento, percepções e expectativas pessoais. Um entendimento do auto-conceito torna possível a compreensão de cinco importantes aspectos inerentes ao comportamento humano: a identidade pessoal, a coerência, a continuidade, a consistência e a razão pela qual o indivíduo inibe ou facilita certos comportamentos (Cordeiro, Claudino, Arriaga, Oliveira, Frazão, Mendes et al, 2008).

Quanto ao significado de reconhecimento, considera-se desde um simples agradecimento verbal espontâneo até as situações mais formais de reconhecimento explícito do bom desempenho do profissional. Entretanto, diante de fortes pressões por redução de custos, as instituições optam pela demissão de funcionários ou corte de salários, e abrem mão desse meio atraente e relativamente barato de incentivar o desempenho do trabalhador (Robbins, 2005).

Partindo dessa ideia, no árduo ambiente de trabalho UTI, são raras as situações em que os trabalhadores percebem o êxito de sua assistência mediante a cura do paciente, confirmando-lhes a importância da sua atuação. Também são poucas as situações em que o paciente, familiares ou até mesmo outros profissionais da equipe manifestam reconhecimento em relação aos esforços dos trabalhadores de enfermagem, que mesmo diante de tantos percalços, se desdobram para manter a qualidade da assistência (Couto, 2008).

Os trechos a seguir evidenciam a necessidade do reconhecimento profissional:

“Em nenhum momento houve uma palavra assim: nossa! a equipe de enfermagem conseguiu colocar ele dentro dos protocolos. Só houve cobrança, cobrança, cobrança, cobrança, e eu em nenhum momento escutei alguém dizer assim, nossas vcs foram barbaras porque afinal de contas, vocês não tem funcionário (...).” (T9)

“Uma palavra no final do plantão, no final da semana que fosse, nossa vocês trabalharam muito bem essa semana, foi corrido mas deu tudo certo, isso a gente não tem...” (T7)

“(...) a gente não pode achar que a equipe de enfermagem, apesar de uma equipe muito forte, é uma equipe que não merece uma atenção mais focada (...) eu acho que precisa ter uma atenção diferenciada.” (T3)

Considerando as repercussões do sentimento de desvalorização na saúde do trabalhador de enfermagem, aponta-se que quando os trabalhadores sentem-se valorizados no ambiente laboral, apresentam menor desgaste emocional e maior realização profissional, quando comparados a outros trabalhadores que têm dúvidas quanto a essa questão. Essas informações evidenciam o impacto desse sentimento na saúde mental do trabalhador (Sherring, Knight, 2009).

“(...) em relação aos pais (...) o fato de eles não aceitarem as doenças dos filhos, eles acabam descontando nos profissionais o que eles sentem através das dores dos filhos do sofrimento dos filhos (...).” (T8)

“(...).a gente tenta fazer o máximo, mas o que me irrita bastante é fazer essas comparações assim entre as equipes, sabe, jogando um contra o outro, me deixa muito irritado isso, mas não demonstro a minha irritação (...).” (T1)

Além de expressar sofrimento decorrente do sentimento de desvalorização, esses trabalhadores também têm que suportar a ansiedade dos familiares das crianças.

Estudo brasileiro acerca da vivência de famílias de crianças submetidas à cirurgia cardíaca aponta que, os momentos de hospitalização da criança desencadeiam muitos sentimentos nos pais, como o sofrimento, angústia, ansiedade, o medo da morte e a culpa pela doença do filho, que nos momentos de piora do quadro clínico podem ser exacerbados (Salgado, Lamy, Nina, Melo, Filho, Nina et al, 2011).

Diante da não aceitação da doença ou de momentos de piora do quadro clínico, os familiares costumam projetar nos trabalhadores de enfermagem sentimentos de depressão e angústia, principalmente nos casos em que não há mais prognóstico. E embora reconheçam a importância da permanência dos familiares nas UTIs infantis, os profissionais se deparam com dificuldades em ler relacionar-se com a família (Molina, Varela, Castilho, Bercini, Marcon, 2007; Shimizu, Ciampone, 2002).

O reconhecimento aparece com destaque no presente estudo, onde os trabalhadores relatam a importância do reconhecimento de seus superiores acerca da qualidade do trabalho realizado por eles, assim como a acolhida em relação às demandas advindas do processo de cuidar de crianças graves:

“A chefia fala assim, ah vcs tem que sinalizar qdo tem algum problema, já ouvi muitas vezes isso, só que quando a gente sinaliza sempre o problema é a gente (...).” (T17)

“(...).a gente (...) se desdobra mesmo assim com a falta de reconhecimento da chefia (...) ” (T4)

“(...).ficou faltando um pouquinho o assunto do elogio pela liderança, acho que não só o elogio, assim, campanhas motivacionais, a gente acho que não faça tanta diferença porque a gente não vive isso nesse hospital né (...).” (T3)

“E você não faz mais do que a obrigação. E é isso que a gente recebe, então falta um pouco de estímulo e assim, essa questão de diálogo (...).” (T13).

O trabalhador, ao prestar assistência à criança ou à sua família, apresenta uma expectativa de reconhecimento, da instituição, de seus colegas, de sua liderança, ou até mesmo dos familiares, como forma de motivação para continuar realizando seu trabalho com qualidade. Sentindo-se reconhecido e motivado, o trabalhador percebe a importância do seu esforço, apesar do desgaste vivenciado (Martins, Robazzi, 2009; Pagliari, Collet, Oliveira, Viera, 2008).

Desse modo, a categoria apresentada descreve a importância do reconhecimento formal da instituição, dos superiores e também dos familiares das crianças em relação ao processo de trabalho desses profissionais, em um contexto tão sofrido, evidenciando que uma intervenção necessária está centrada na valorização do potencial humano. Isso significa que, embora o trabalho tenha características próprias que fazem emergir o sofrimento, ser reconhecido e valorizado, representam um fator de fortalecimento e proteção aos profissionais.

“Repensando a gestão de pessoas”

Nessa categoria, os trabalhadores apontam questões relacionadas à sobrecarga de trabalho, evidenciando que um ambiente penoso, com carga excessiva de trabalho também têm importante impacto à saúde mental:

“(..).você vai trabalhar domingo, no sábado à noite você já começa a ficar irritada, a ficar triste, pq você sabe que você vai chegar e vai estar com 7 pacientes....” (T5)

“(...)Tipo, o paciente fala assim: “- Poxa eu tô te chamando um monte de vez (...), e a minha funcionária disse assim: eu tô com oito pacientes, você pode esperar um pouquinho? A gente não tem que expor isso pro cliente só que infelizmente a gente acaba expondo isso pro cliente pelo esgotamento. (...) Contratação de funcionário é a solução, não tem outra coisa.” (T9)

O intenso sofrimento psíquico gerado pelas condições laborais inadequadas é manifestado pelas alterações de humor, ansiedade, irritabilidade. Os trabalhadores relatam que conviver com um quadro de pessoal insuficiente do ponto de vista quantitativo é um importante fator de sofrimento.

Considera-se, no processo de acreditação das instituições hospitalares, a adequação do quantitativo funcionários às demandas oriundas da assistência prestada. Entende-se que esse processo permite avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes bem como o desempenho da instituição, oferecendo grau de confiabilidade aos seus usuários. Assim, a previsão de quantitativo adequado de pessoal nas UTIs, além de premissa indispensável quando se pensa em qualidade da assistência e segurança do paciente, também possibilita menor incidência de agravo à saúde dos trabalhadores devido redução da sobrecarga de trabalho (Organização Nacional de Acreditação, 2010; Inoue, Matsuda, 2009; Novaes, 2007).

Nos trechos seguintes, observa-se os relatos dos trabalhadores acerca do quantitativo insuficiente de pessoal e da sobrecarga de trabalho:

“(...).pouco funcionário pra muito paciente, muito paciente grave, isso desgasta muito (...).” (T15)

“(...) isso gera bastante ansiedade, vc se torna uma pessoa ansiosa, vc tem que fazer, vc tem que fazer, vc tem que dar conta (...)Uma máquina de produção.” (T7)

“(...) teria que diminuir a sobrecarga de serviço. Sem diminuir a sobrecarga de serviço, acho difícil conseguir mover a equipe pra conversar ”. (T6)

“(...) primeiramente seria aumento de funcionário (...).” (T4)

Além da irritabilidade, o trabalhador verbaliza a sensação de desgaste e ansiedade, mediante o excesso de tarefas para poucos trabalhadores. De acordo com estudo que também encontrou relato de sobrecarga dentre os trabalhadores de enfermagem, o excesso de tarefas, dentre outras questões, pode favorecer a realização do seu trabalho mecanicamente, sem tempo para que o trabalhador desenvolva seu conhecimento, competências e habilidades, além de constrangê-lo pelo trabalho mal feito (Meneghini, Paz, Lautert, 2011).

No que tange à questão de sobrecarga de trabalho, estudos nacionais e internacionais relacionam sua ocorrência com a síndrome de *Burnout* ou outros transtornos mentais. As muitas exigências do trabalho diante dos poucos recursos humanos para atendê-las têm gerado nos trabalhadores sentimentos de insatisfação e ansiedade, além de desgaste mental, estresse e cefaleia. Ademais, dispondo de poucos recursos humanos para o atendimento, torna-se inviável as recomendadas pausas para descanso no decorrer da jornada (Silva, Baptista, Felli, Martins, Sarquis, Mininel, 2013; Holden, Scanlon, Patel, Kaushal, Escoto, Brown, et al 2011; Meneghini, Paz, Lautert, 2011; Leite, Silva, 2007).

Diante de tantas demandas, os trabalhadores manifestam vontade de poder trabalhar com melhores condições, além da necessidade em ter um local para realização de pausas durante a jornada de trabalho:

“A gente nem exige muito, pra atrapalhar menos, a gente só queria um local de descanso, um pouco de lazer e ter condições de atender melhor. É só isso que a gente quer. Não precisa muito pra enfermagem trabalhar bem e ser feliz trabalhando.” (T7)

“Lá na UTI a gente não tem um espaço de conforto de... É a copa que sempre tá cheia, que sempre tá... Então é assim, você não tem onde sentar um pouco... Aonde sentar um pouco, no seu horário de almoço num plantão de doze, não tem onde a gente sentar. Um pouco complicado.(...)Que nem o pessoal do noturno, não tem...” (T11).

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem acerca da fadiga e incapacidade para o trabalho recomenda a revisão do processo de trabalho no que diz respeito ao repouso e à realização de pausas durante a jornada de trabalho (Silva, 2011).

Outro estudo acerca do absenteísmo em trabalhadores de UTI, constatou taxas elevadas por adoecimento dessas trabalhadoras – que apresentavam queixas de dor osteomuscular e até estresse - também faz recomendações acerca da necessidade de pausas para descanso durante as jornadas (Carneiro, Fagundes, 2012).

Considerando o desgaste físico e mental decorrentes de tantas demandas ao longo da jornada de trabalho, e considerando os riscos de adoecimento do trabalhador de enfermagem, estudos nacionais e internacionais evidenciam o impacto de medidas de intervenção na saúde desses profissionais (Sherring, Knight 2009; Grazziano, 2008).

Estudo internacional realizado com médicos e enfermeiros aponta que o uso de algumas estratégias como sessões de relaxamento, com músicas e outras técnicas artísticas, melhoram os níveis de *Burnout*, impactando positivamente nas relações com os colegas e na sensação de recuperação (Italia, Favara-Scacco, Di Cataldo, Russo, 2008).

Estudo realizado em sete hospitais públicos em cenário brasileiro, aponta importantes medidas de intervenção no ambiente de trabalho para promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Dentre elas, observam-se medidas que amenizam as consequências do ritmo intenso de trabalho, como pausas durante a jornada, revisão do dimensionamento de pessoal, além de outras beneficiam a saúde mental da equipe, como a realização de reuniões periódicas com os trabalhadores para identificação de suas demandas (Silva, Baptista, Felli, Martins, Sarquis, Mininel, 2013).

Os dados apresentados nessa categoria evidenciam que, no cenário da pesquisa, a sobrecarga de trabalho acarreta desestabilização física e psíquica nos trabalhadores. Um olhar atento para o quantitativo e qualitativo de pessoal, a inclusão de pausas, a instalação de um espaço adequado para o descanso entre outras são estratégias importantes. Dessa maneira, torna-se imprescindível a viabilização de meios de suporte institucionais, para que o trabalhador possa suportar tantas pressões e desgastes mentais oriundos do cuidado à criança cardiopata grave, tendo em vista todas as demandas que emergem da complexidade do cuidado.

6. CONCLUSÕES

A realização do presente estudo evidenciou os seguintes dados:

- Dos 92 trabalhadores de enfermagem estudados, 93,50% (86) pertencem ao sexo feminino, 58,73% (54) apresenta idade entre 25 a 34 anos, 62,20%(60) vive com seu cônjuge ou companheiro.
- Em relação à categoria profissional, 48,90% (45) são técnicos de enfermagem, 47,80% (44) são enfermeiros, e 3,30%(3) são auxiliares de enfermagem.
- Quanto ao turno de trabalho, verificou-se que a distribuição dos turnos entre os períodos da manhã e da tarde é equitativa com 26,10% (24), enquanto que os 47,80% (44) trabalha à noite.
- Dentre os trabalhadores estudados, 81,85%(75) atua no setor em tempo máximo de 10 anos, e 79,30% (73) apresenta único vínculo empregatício.
- A partir da aplicação do SRQ-20 foram identificados 44,60% (41) dos trabalhadores apresentando suspeita de TMC. Não se observou associação entre os escores do SRQ-20 com nenhuma das variáveis sócio-demográficas do estudo, ao nível de significância pré-estabelecido.
- Considerando o grupo de sintomas avaliado pelo SRQ-20, foram encontradas as seguintes distribuições: Grupo somático: prevalência de cefaleia (52,20%-48); Decréscimo de energia vital: cansaço fácil (48,90%-45); Humor depressivo-ansioso: nervoso, tensão, preocupação (65,90%-60) e Pensamentos depressivos: perda de interesse pelas coisas (26,10%-24).
- Em relação à identificação da síndrome de *Burnout*, considerando-se altas pontuações em DE e DP, associadas à baixas pontuações em RRP, identificou-se a ocorrência em

8,70% (8) dos trabalhadores. Também não foi observada associação estatística da ocorrência da síndrome de *Burnout* com nenhuma das variáveis sócio-demográficas do estudo. Para avaliação da consistência interna do instrumento, foi calculado o coeficiente alpha de Cronbach, sendo encontrado valor elevado para dimensão DE(0,87) e valores aceitáveis para RRP(0,66) e DP(0,59), conferindo assim confiabilidade aos resultados encontrados em relação à ocorrência da síndrome.

- Verificou-se associação estatística entre TMC e síndrome de *Burnout* a partir do teste do Qui-quadrado (valor $p=0,003$).
- As propostas de intervenção elaboradas junto aos participantes da pesquisa, estão apresentadas em três categorias: ***Aprender a lidar com a criança cardiopata grave***: os trabalhadores relatam a necessidade de intervenções direcionadas ao preparo emocional para lidar com os sentimentos que emergem no processo de cuidar; ***Receber o reconhecimento profissional***: relatam a importância de serem reconhecidos pelos superiores, colegas e familiares e ***Repensando a gestão de pessoas***: os trabalhadores apontam a necessidade de rever o quantitativo e qualitativo de recursos humanos para a redução da sobrecarga de trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo evidenciam um cotidiano de trabalho penoso, com sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, falta de reconhecimento institucional e dos familiares da criança, além do despreparo para lidar com as perdas tão recorrentes neste cenário.

Ao longo deste estudo, foi possível identificar não apenas a ocorrência de TMC e *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem, como aproximar-se das dificuldades vivenciadas no cuidado às crianças cardiopatas graves, seja pela complexidade da assistência, pelas inevitáveis perdas e pela própria interação com os familiares. A experiência do sofrimento é traduzida pela somatização no corpo, evidenciando sintomas de cefaléia, irritabilidade, gastralgia, alterações no padrão de sono e repouso, que impactam profundamente na auto-avaliação e no bem-estar psíquico dos trabalhadores de enfermagem.

A associação estatística entre os transtornos mentais e *Burnout* revela que, diante das condições de trabalho à qual os trabalhadores estão expostos, a ocorrência de TMC também favorece a ocorrência da síndrome de *Burnout* evidenciando o intenso processo de desgaste psíquico ao qual o trabalhador está exposto. Assim, o trabalhador apresenta sintomas como tristeza, ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, assim como queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, tremores, má digestão) que podem ser somados a sentimento de solidão, baixa auto-estima, perda de interesse pelo trabalho, entre outros, gerando o absenteísmo e o desejo de abandonar a profissão.

Os resultados relacionados à síndrome de *Burnout* também indicam que, embora poucos indivíduos estejam acometidos pela síndrome, metade da população estudada já apresenta comprometimento em pelo menos uma das três dimensões. Esses achados evidenciam a necessidade de monitorar o comportamento dos trabalhadores, tendo em vista as manifestações características de cada fase, evitando a instalação da síndrome. Relatos como sensação de estar emocionalmente esgotado, sentimentos de

incompetência, ou percepção de atitudes de cinismo, devem ser investigados, numa abordagem intervencionista.

Nessa perspectiva, os líderes são considerados elementos fundamentais, pois, além de representar sua equipe perante a instituição, podem contribuir, no sentido de identificar suas demandas e favorecer a implantação das medidas protetoras à integridade física e mental desses trabalhadores.

Os relatos dos trabalhadores acerca do despreparo em lidar com situações de morte apontam as lacunas na formação profissional, sendo necessário que as instituições de ensino e as instituições hospitalares estejam atentas às necessidades descritas pelos trabalhadores, incluindo as questões relacionadas ao processo de morte na formação profissional, e por meio da educação permanente, no contextos de trabalho.

Importante salientar que, ao aproximar-se de uma realidade de trabalho tão sofrida, surge também o questionamento acerca da assistência de enfermagem que têm sido prestada, uma vez que, embora atuantes, esses trabalhadores não se encontram em exercício pleno de suas capacidades, podendo essa realidade, impactar não somente à saúde dos trabalhadores como da qualidade assistência de enfermagem.

Portanto, recomenda-se que seja revisto o processo de trabalho, no tocante à gestão de pessoas, para que a saúde do trabalhador seja preservada não somente no corpo físico como psíquico. Dispor de algum sistema de suporte, tanto em grupo ou individual, mas que lhes permitam elaborar estratégias que lhes facilitem lidar com tantas questões advindas dessa realidade, é uma medida apontada pelo grupo, que pode fortalecê-los para enfrentar o cotidiano de trabalho.

Os resultados do presente estudo apontam ainda para a realização de novas pesquisas, de caráter intervencionista que possam implementar e avaliar o impacto de medidas de intervenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem, com vistas à transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

8. REFERÊNCIAS

Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):131-7.

Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007;9(3):617-29. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública.* 2003;37(4):424-33.

Araújo TM, Junior JJC, Almeida MMG, Pinho PS. Prática De Atividades De Lazer E Morbidade Psíquica Em Residentes De Áreas Urbanas. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2007;31(2):294-310.

Baillar J, Mosteller F. *Medical users of statistics.* Boston: Nejm Books; 1992.

Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. Validation of the maslach *Burnout* inventory – general survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping.* 2002;15(3):245–60.

Bárbaro AM, Robazzi MLCC, Pedrão LJ, Cyrillo RMZ, Suazo SVVS. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *Revista de saúde mental, álcool e drogas.* 2009; 5 (2):artigo 7. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> acesso 26/08/2011.

Barros ALBL, Humerez DC, Fakin FT, Michel JLMM. Situações geradoras de ansiedade e estratégia para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(5):585-92. www.eerp.usp.br/rlaenf

Barros ARB, Griep RH, Rotemberg L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de Hospitais Públicos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17(6). www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 18/01/2013.

Batista JFC, Silva ACSS, Azevedo AN, Moura SM, Mattos VZ. Nursing and the integrated treatment for a newborn with congenital heart disease – a case report. Online Braz J Nurs 2005; 4(1) Available in: www.uff.br/nepae/objn401batistaetal.htm

Bechelli LPC, Santos MA. O paciente na psicoterapia de grupo. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(1):118-25. www.eerp.usp.br/rlae.

Bennett S, Plint A, Clifford TJ. *Burnout*, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. Arch Dis Child 2005;90:1112–16.

Benevides-Pereira AMT. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.

Bertoletti J, Cabral PMF. Saúde Mental do cuidado. Psic.: Teor. e Pesq. 2007;23(1):103-110.

Bonini AM, Zeviani CP, Facchin LT, Gir EG, Canini SRMS. Exposição ocupacional dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva a material biológico. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(3):658-64. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a25.htm>.

Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Cien Saude Colet. 2010;15(Supl. 1):1585-96.

Brant LC, Minayo-Gomes CG. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Cien Saude Colet. 2004; 9(1):213-23.

Brasil. Decreto n. 6957/09, de 9 de setembro de 2009. Dispõe sobre a regulamentação da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 setembro 2009.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Série A. Normas e Manuais Técnicos.2001;114:580p.

Carlotto MS, Câmara SG. Características psicométricas do Maslach *Burnout* Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. Psico-USF 2006;11(2)167-173.

Carneiro TM, Fagundes NC. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário Rev. Enferm. UERJ. 2012;20(1):84-9.

Cavalheiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem.2008; 16(1). www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 03/02/2011.

Cavalheiro G. Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão [dissertação]. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC, Brasília (DF): ABEn; 1999; p. 306-24.

Coelho FUA, Queijo AF, Andolhe R, Gonçalves LA, Padilha KG. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. Texto Contexto Enferm. 2011;20(4):735-41.

COFEN. Resolução COFEN - nº 293/2004, que fixa e estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf Acesso em 28/12/2012.

COFEN Enfermeiros e psicólogos lutam pela redução da jornada de trabalho. disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/enfermeiros-e-psicologos-lutam-pela-reducao-da-jornada-de-trabalho_9241.html 01/06/2012. acesso em 06/01/13.

Cook KA, Mott S, Lawrence P, Jablonski J, Grady MR, Norton D, Liner PK, Cioffi J, Hickey P, Reidy S, Connor JA. Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. J Pediatr Nurs. 2001;27(4) e11-e21.

Cordeiro R, Claudino J, Arriaga M, Oliveira M, Frazão M, Mendes M et al. Auto-apreciação pessoal e temperamento afectivo em enfermeiros de serviços de psiquiatria e saúde mental. Revista do Instituto Politécnico de Vizeu. 2008; abril (34).

Costa FM, Vieira MA, Sena RR Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):38-44.

Couto DT. Prazer, sofrimento e riscos de adoecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em unidades de terapia intensiva de um Hospital Público do DF. [Dissertação]. Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2008.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1992.

Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Cien Saude Cole. 2005;10(4): 817-828.

Ducci AJ, Zanei SSV, Whitaker IY 2008 Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):673-80. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp, acesso em 01/01/2013

Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(4):517-25

Farias DAP, Maia EMC. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(6). www.eerp.usp.br/rlae.

Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):722-9 disponível em www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 17/01/2013.

Felli VEA, Tronchin DMR. A Qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P et al. Gerenciamento em enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.p. 85-103.

Felli VEA. Implantação e avaliação do sistema de monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem. Relatório de pesquisa (FAPESP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

Felli VEA. Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho. Relatório técnico de pesquisa (FAPESP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP 2007.

Figueiredo MSL. Classificação. In: Transtornos de Ansiedade. Hetem LAB, Graeff FG. São Paulo, editora Atheneu, 2004. Pag 29-51.

Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina: prevalência e fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2010;59(1):17-23.

Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3): 261-266.

Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. *Burnout* em residentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):12-8. www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 05/11/2011.

Franco, Druck, Seligmann-Silva. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras Saude ocup*. 2010;35(122):229-248.

Gallagher R, Gormley DK. Perceptions of Stress, *Burnout*, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clin J Oncol Nurs*. 2009; 13(6).

Garanhani ML, Martins JT, Robazzi MLCC, Gotelipe IC. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. *Revista eletrônica de saúde mental álcool e drogas*. 2008;4(2). Disponível on-line: [http:// www2.ee.rp.usp.br/ resmad/artigos.asp](http://www2.ee.rp.usp.br/resmad/artigos.asp)

Gemelli KK, Hilleschein EF, Lautert L. Efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador: revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(4):639-46.

Gentil, RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê?. *Rev. bras. Enferm*. 2009;62(6):916-918.

Girondi JBR, Jelbeck FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. *Enfermagem em Foco*. 2011;2(3):191-194.

Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad. Saude Publica. 2008;24(2):380-390.

Göttems LBD, Alves ED, Sena RR. A enfermagem brasileira e a profissionalização do nível técnico: análise em retrospectiva. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(5). www.eerp.usp.br/rlae

Grazziano ES. Estratégia para redução do stress e *Burnout* entre enfermeiros hospitalares. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of *Burnout*, job stress and satisfaction. CMAJ. 2000;163(2):166-9.

Guido, Laura de Azevedo; Silva, Rosângela Marion da; Lopes, Luis Felipe Dias; Andolhe, Rafaela. Estresse e coping de enfermeiros em centro de material e esterilização. Rev. SOBECC. 2008;13(4):46-53

Hamaideh SH. *Burnout*, Social Support, and Job Satisfaction among Jordanian Mental Health Nurses. Issues in Mental Health Nursing. 2011;32:234–242.

Hoga LAK. Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. Acta Paul Enferm. 2002; 15(2):19-25.

Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KM, Brown RL, Alper SJ, Arnold JM, Shalaby TM, Murkowski K, Karsh BT. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. BMJ Qual Saf. 2011;20:15-24.

Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(1):55-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>. Acesso em 28/12.

Italías, Favara-Scacco C, Cataldo AD, Russo G. .Evaluation and art therapy treatment of the *Burnout* syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology*. 2008; 17:676–680.

Jodas DA, Haddad MCL. A síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):192-197.

Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(05):999-1007

Karino ME. As causas de morte dos enfermeiros: uma revisão sistemática. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas a distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):215-23.

Kovács MJ, Vaiciunas N, Esslinger I, Souza TM. Cuidando do Cuidador em utis Pediátrica e Neonatal. *O Mundo da Saúde*. 2008;32(1):24-30.

LaMontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolf Rory. Job strain — Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*. 2008, 8:181 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/181>, acesso em 05/01/2013.

Laurel AC, Noriega M. O processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. [Tese]. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca; 1995.

Lautert. L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 1999;20(2):50-64.

Leite PC, Miriam MAB, Silva A. A vivência de uma trabalhadora de enfermagem portadora de lesão “de quervain”. Rev latino-am. enfermagem. 2007;15(2).

Leite PC, Silva A. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um Centro de material e esterilização. Cienc Cuid Saude. 2007;6(1):95-102.

Lima M. Quando o trabalho adocece. Psicologia: Ciência e Profissão. 2007; 4(5): 22-23.

Lima MEA. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexo causal. Revista de Administração da FEAD-Minas. 2005; 2(1).

Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. *Burnout* e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010;18(6):[08 telas]. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae, acesso em 29/01/2013.

M. P. Leiter and C. Maslach. Nurse turnover: the mediating role of *Burnout*. Journal of Nursing Management. 2009;17:331–39. Acesso em 07/02/2013.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Revis enferm UERJ. 2009; 17(1): 118-23.

Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Estudos de Psicologia. 2007; 12(1):79-85.

Manetti, ML. Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,. 2009.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry.1986;148:23-26.

Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):160-166.

Martins ERC, Zeitoune RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. *Rev Enferm.* 2007;11(4):639 - 44.

Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho de enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Latino am Enferm.* 2009;17(1):52-58.

Maslach C, Goldberg J. Prevention of *Burnout*: new perspectives. *Applied & Preventive Psychology.* 1998;63-74

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981;2,99-113

Maslach C. & Leiter M. P. (1997) *The Truth About Burnout*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job *Burnout*. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:397-422. Disponível em 10/12/2011.

McCloskey S, Taggart L. How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(5):233-240.

Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):225-33.

Miller JF. *Burnout* and Its Impact on Good Work in Nursing. *J Radiol Nurs* 2011;30:146-149

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. 19 (2): [09 telas]. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae, acesso em 30/09/2011.

Mininel VA. Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o contexto brasileiro. [Tese]. São Paulo, 2010.

Molina RCM, Varela PLR, Castilho VSA, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. Esc Anna Nery. R Enferm. 2007;11(3):437-44.

Morais EM, Dutra LM, Fontana RT. A cefaléia e a saúde do trabalhador de enfermagem: análise de uma realidade. Enfermería global. Revista electrónica trimestral de Enfermería. 2012, Abril (26). Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_docencia3.pdf, acesso em 05/01/2012.

Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL 2009. Prevalência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(7):1559-1568.

Morgan D. Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. J Pediatr Nurs. 2009;35(2):86-90.

Mota DDCF, Pimenta CAM. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. Res Theory Nurs Pract. 2006;20(1):49-78.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. Rev Latino am Enferm. 2005;13(2): 255-261.

Nasrabadi AN, Seif H, Latifi M, Rasoolzadeh N, Emami A. Night shift work experiences among Iranian nurses: a qualitative study. International Nursing Review. 2009; 56: 498–503.

Neves MJAO, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB, Barbosa MA, Siqueira KM. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. Rev. enferm. UERJ. 2010;18(1):42-47.

Novaes HM. O processo de acreditação dos serviços em saúde. Revista de administração em saúde. 2007;9(37):133-140.

Oliveira PR, Tristão MR, Neiva Er. *Burnout* e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. Edu Pro: C & T. 2006;1(1):27-37.

Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação; 2010.

PagliariJ, Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10(1): 63-76.
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>.

Pilette PC. Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. J Nurs Adm. 2005;35(6):300-3.

Pino PS, Araujo, TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar. R Enferm UERJ. 2007;15(3):329-36.

Portal da saúde, Ministério da Saúde. <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> acesso em 15/03/2013.

Rangel FB, Godoi CK. Sintomas Psicossomáticos e a organização do trabalho. R. Bras.Ges. Neg., São Paulo. 2009;11(33):404-422.

Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):495-504. Disponível em : www.ee.usp.br/reeusp/ acesso em 17/01/2013.

Robbins SP. Comportamento organizacional. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

Salgado CL, Lamy ZC, Nina RVAH, Melo LA, Filho FL, Nina VJS. A cirurgia cardíaca pediátrica sob o olhar dos pais: um estudo qualitativo. *Rev Bras Cir Cardiovasc*.2011; 26(1):36-42.

Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT Kurcgant P, Silva FJ. Absenteísmo: doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP* .2009;43(2):1277-1283.

Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do SRQ-20 em população urbana. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(1):214-222.

Sato L, Bernardo LH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Cien saude colet*. 2005;10(4):869-878.

Secco IAO, Robazzi MLCC, Souza FEA, Shimizu DS. Cargas Psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2010; 6(1). Disponível em www.eerp.usp.br/resmad. Disponível em 25/01/2011.

Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010;35(122):187-191.

Sherring S, Knight D. An exploration of *Burnout* among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*. 2009;18(20):1234-1240.

Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia Intensiva em um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):148-55.

Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):257-262.

Silva ATC, Rossi PM. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):921-929.

Silva DCM, Loureiro MF, Peres RS, 2008. *Burnout* em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*.2008;6(1):39-51.

Silva DMPP; Marziale MHP condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. *Ciência, cuidado e saúde*. 2006;5 (supl)166-172.

Silva FJ. A Capacidade para o trabalho e a fadiga entre os trabalhadores de enfermagem. [Dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

Silva JLL da, Nóbrega ACR da, Brito FGF, Gonçalves RC, Avanci BS. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2011;5(1):1-9.

Silva JLL, Melo ECP, Griep RH, Rotemberg L. Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Federal no município do Rio de Janeiro. In: *Anais da XV Semana científica da EEAAC e VII Semana de Gerenciamento em enfermagem*, 2008. Disponível on-line: www.uff.br/anaissegerenf/premio.htm

Silva JLL, Nobrega ACR, Brito FGF, Gonçalves RC, Avanci BS. Tensão no Trabalho e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2011;5(1):1-9.

Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA, Martins AC, Sarquis LMM, Mininel VA. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev. 2013;21(1):[09 telas]. www.eerp.usp.br/rlae.

Silva SM. [Dissertação]. Retorno ao trabalho: vivência dos trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho(DORT). São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

Silva VM, Araújo TL, Lopes MVO. Evolução dos diagnósticos de enfermagem de crianças com cardiopatias congênitas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(4):561-8.[citado 2008 jul. 14]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a14.pdf

Simões MRL, Marques FC, Rocha AM. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(6):[07 telas]. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae, acesso em 01/01/2013.

Souza MNM, Júnior DFM, Silva MV, Costa JA, Sobrinho CLN. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado em Feira de Santana, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011;.35 (supl.1).38-54

Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(2):471-480.

Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. Arq Ciênc Saúde. 2008;15(4):163-169.

Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – A meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006; 32(6):443-462. Downloaded from www.sjweh.fi, on January 05, 2013.doi:10.5271/sjweh.1050

Tavares JP. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde. 2010.

Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2):274-9. www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em 09/04/2011.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):274-279.

Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(1):159-166.

Umann J, Guido LA, Leal KP, Freitas EO. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(1):184-190.

Umman J, Guido LA, Freitas EO. Conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* 2011;10(1):162-168. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i1.10931.

Vasconcelos A, Faria JH. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20(3):444-452.

Vianey EL, Brasileiro ME. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(5):555-7.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996; 120(6):472-82.

World Health Organization. Division of mental health a user guide to the self reporting questionnaire. Geneva, 1994.

Zander M. Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010; 27(2) 94-107.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – Esclarecimento ao sujeito da pesquisa e Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Nome da Pesquisa: *Burnout* e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave

Eu, _____, fui informada do projeto de pesquisa “*Burnout* e Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave”. O objetivo deste estudo é identificar a presença de *Burnout* e transtornos mentais comuns entre os trabalhadores. Este estudo se justifica à medida que ao conhecer a situação de saúde do trabalhador permita repensar propostas de intervenção junto a equipe.

As sessões de grupo focal serão filmadas pela própria pesquisadora, a fim de facilitar o registro das informações, estando assim plenamente esclarecida das implicações de minha participação nele como sujeito de pesquisa.

Estou ciente que minha participação na pesquisa não envolve gastos financeiros, riscos e desconfortos para a minha saúde e minha assinatura neste documento são de livre e espontânea vontade, que seus resultados poderão ser divulgados e utilizados em estudos e publicações futuras. Foram-me assegurados os seguintes direitos: a liberdade para interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, no momento em que julgar necessário; sigilo da minha identidade; e o reconhecimento dos resultados obtidos quando por mim solicitado. Recebi da pesquisadora todos esses esclarecimentos e esta se colocou à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo seu telefone particular (11) 85117246.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto, concordo em participar da pesquisa e não me oponho que as sessões em grupo sejam filmadas. Estou ciente de que serão realizadas 3 sessões de grupo focal de até 1 h de duração.

São Paulo, ____ de _____ de 201____.

Participante do Estudo

Pesquisadora Renata Santos Tito

E-mail: rstito@usp.br

E-mail: CEP EEUSP: edipesq@usp.br

Mestranda da EEUSP

APÊNDICE B – Instrumento de Caracterização dos Participantes

1. Iniciais:
2. Data Nascimento:
3. Estado civil: 1. casado (); 2. solteiro (); 3. viúvo (); 4. separado (); 5. mora junto ().
4. Sexo: 1. masculino (); 2. feminino ().
5. Categoria profissional: Enfermeiro (); Técnico de enfermagem (); Auxiliar de enfermagem ().
6. Turno de trabalho: Manhã (); Tarde (); Noturno ().
7. Há quanto tempo você trabalha neste setor?
8. Há quanto tempo atua na enfermagem?
9. Número de vínculos empregatícios?

APÊNDICE C – Questões norteadoras para realização do grupo focal

1. Quais as situações mais difíceis de lidar durante a assistência às crianças com cardiopatia congênitas?
2. Que aspectos do trabalho poderiam estar relacionados ao desgaste psíquico?
3. O que poderia ser realizado para minimizar o sofrimento psíquico?

10. ANEXOS

ANEXO A – Maslach *Burnout* Inventory (MBI)

Por favor, preencha as colunas que indicam como você se sente a partir do enunciado de cada questão.

	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado. Com que frequência sente isso?					
3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fadigado. Com que frequência sente isso?					
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas (crianças, familiares) que tenho que atender se sentem a respeito das coisas. Com que frequência sente isso?					
5. Sinto que estou tratando alguns receptores (crianças, familiares) de meu trabalho como se fossem objetos impessoais. Com que frequência sente isso?					
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa. Com que frequência sente isso?					
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender. Com que frequência sente isso?					
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sente isso?					
9. Sinto que estou influenciando positivamente na vida das pessoas através do meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho. Com que frequência sente isso?					

11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente. Com que frequência sente isto?					
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que frequência sente isso?					
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. Com que frequência sente isso?					
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender. Com que frequência sente isso?					
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho. Com que frequência sente isso?					
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades. Com que frequência sente isso?					
21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita clama. Com que frequência sente isso?					
22. Parece-me que os receptores (familiares, pacientes) de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas. Com que frequência sente isso?					

ANEXO B – SELF-REPORT QUESTIONNAIRE -20 (MARI; WILLIAMS, 1986)

As seguintes questões dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos ÚLTIMOS 30 DIAS.

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

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 06 de janeiro de 2012.

Ilm.^a Sr.^a
Renata Santos Tito

Ref.: Processo nº 1091/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE Nº 0106.0.196.160-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do Projeto **“Burnout e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalhi Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO D – Parecer da Comissão Científica do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Mem.DE.InCor-095/2012

São Paulo, 12 de Junho 2012.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Francisco Vargas Suso
Presidente da Comissão Científica

Esta diretoria tomou ciência da documentação anexa e autoriza a coleta de dados no Instituto do Coração, do projeto de pesquisa da aluna de mestrado **Renata Santos Tito**, do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da USP, intitulado “*Burnout* e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave”.

Atenciosamente,

Dr. Edison Tayar
Diretor Executivo
Instituto do Coração HCFMUSP

COMISSÃO CIENTÍFICA
RECEBIDO
19/06/12
Daiane