

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE

Ambiente de prática profissional e *Burnout* em instituições hospitalares
no contexto da pandemia da COVID-19.

Ribeirão Preto

2023

LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE

Ambiente de prática profissional e *Burnout* em instituições hospitalares no contexto da pandemia da COVID-19.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Gestão e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

Orientador: Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2023

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.

Andrade, Luciene Mantovani Silva
Ambiente de prática profissional e *Burnout* em instituições hospitalares no contexto da pandemia da COVID-19.. Ribeirão Preto, 2023.

136 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Ana Maria Laus

1. Cuidados de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Esgotamento profissional. 4. Ambiente de Instituições de Saúde.

ANDRADE, Luciene Mantovani Silva

Ambiente de prática profissional e *Burnout* em instituições hospitalares no contexto da pandemia da COVID-19.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente este trabalho à Deus, que tudo dá, tudo ampara e tudo sabe.

À Maria Santíssima, minha mãe e intercessora pelas Graças recebidas!

Ao meu amado esposo, David

por sua aliança de amor, comunhão e companheirismo nos tempos bons e difíceis, por nossa família.

Aos meus amores, Natália e Manuela

Pelo amor incondicional, cumplicidade, companheirismo em todos os dias, pela compreensão das ausências,

por fazerem parte de minha vida.

Mamãe ama de mais vocês!

Aos meus pais (Lúcio e Sara),

Pelo carinho, pelos conselhos, pela compreensão e principalmente pela paciência que tiveram durante o

tempo necessário para conclusão desse trabalho.

Vocês são essenciais em minha vida, amo muito vocês.

Aos meus sogros, cunhadas e sobrinho,

pelo apoio, pelo carinho e pela acolhida sempre que precisei passar temporadas em Ribeirão, sem vocês esse

trabalho não seria possível.

As minhas tias, tios e primos,

Sempre presentes em todos os momentos de minha vida, compartilhando as angústias e alegrias. Quero que

saibam o quanto são especiais em minha vida, sei que poderei contar sempre com cada um.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Maria Laus, pela confiança, por me ajudar nas dificuldades e dúvidas dessa trajetória, por compartilhar seus conhecimentos, e suas valiosas orientações! Minha eterna gratidão neste momento especial da minha jornada.

À Profa. Dra. Mayra Gonçalves Meneguetti, por sua disponibilidade em me ajudar prestando orientação e avaliação criteriosa e sempre com valiosas contribuições! A sua participação foi imprescindível!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, minha antiga casa, que sempre me acolheu nos meus sonhos e oportunizou esse doutorado.

À coordenadora do Programa de Enfermagem Fundamental, Profa. Dra. Denise de Andrade, um ser humano extraordinário, que comprou as ideias de uma sonhadora, para concretização de um sonho.

À coordenadora local do Dinter, Sinop, Profa. Dra. Patrícia Reis de Souza, pela amizade, pela paciência nos tempos de tribulação, e por ter se colocado à disposição em abraçar o sonho do Dinter.

Às minhas queridas amigas de jornada e de disciplina Neide e Jaqueline, simplesmente uma benção de Deus em minha vida! Não há palavras para mensurar minha gratidão!

Ao meu amado Grupo de Pesquisa – NUPASC, que tem me sustentado na alegria de ensinar, incentivado minha criatividade e ensinado a amar cada dia mais minha profissão.

A todos os profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Unidade Campus e Unidade de Emergência que aceitaram participar desta pesquisa. Sem a contribuição de vocês nada disso seria possível.

Agradeço a UFMT/Sinop, por ter proporcionado a possibilidade de participação no DINTER, juntamente com apoio da Direção do Instituto de Ciências da Saúde e da Coordenação de Enfermagem.

À CAPES: "O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

“Buscai em primeiro lugar o Reino de Deus e a sua justiça e todas estas coisas vos serão dadas em acréscimo.

Não vos preocupeis, pois, com o dia de amanhã: o dia de amanhã terá as suas preocupações próprias.

A cada dia basta o seu cuidado.”

(Mt 6, 33-34)

RESUMO

ANDRADE, L. M. S. **Ambiente de prática profissional e *Burnout* em instituições hospitalares no contexto da pandemia da COVID-19.** 2023. 136 f. Tese (Doutorado em Ciências no Programa de Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O ambiente de trabalho interfere na qualidade e na segurança do cuidado fornecido, bem como situações e transformações no mundo do trabalho são precursoras do *burnout*, afetando a qualidade do serviço e o bem-estar geral dos profissionais de saúde, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Esse estudo buscou analisar o ambiente da prática profissional, e os níveis de *Burnout* percebido pelos enfermeiros e explorar a associação entre o ambiente de prática profissional e a Síndrome de *Burnout* (SB) de instituições hospitalares no contexto pandêmico. Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, realizado nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas de uma instituição hospitalar de grande porte, a população constituída por 187 enfermeiros assistenciais, na maioria mulheres (80,6%). Utilizou-se questionários autoaplicáveis e as variáveis de interesse foram mensuradas pelos instrumentos, *Practice Environment Scale* (PES) – Versão brasileira, e pelo Inventário de *Burnout* de Copenhague (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*), características demográficas foram coletadas. Verificou-se que a instituição hospitalar estudada é um local de trabalho misto, pontuando o PES em 2,5 em duas subescalas. O valor médio do total das escalas CBI-Br foi ligeiramente inferior ao ponto médio (50), indicando que os enfermeiros não experienciam o *Burnout*, sendo limítrofe (47,9). Houve associação significativa na análise bivariada entre as subescalas da PES, e as variáveis sexo com o teste de associação pelo χ^2 , sendo a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares ($p=0,017$), fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado ($p=0,008$), adequação da equipe e de recursos ($p=0,035$), habilidade, liderança e suporte dos coordenadores ($p=0,022$). Para o instrumento o CBI e o sexo utilizando o mesmo teste de associação indicou diferença significativa, em todas as subescalas Burnout Pessoal (BP) ($p<0,001$), Burnout relacionado ao Trabalho (BT) ($p=0,001$), Burnout relacionado ao Colega (BC) ($p=0,031$). O teste *Mann-Whitney* indicou associação significativa entre o tempo de experiência na instituição para as subescalas BC ($p=0,031$). Houve ainda associação significativa entre todas as subescalas do PES e do CBI por meio do teste de associação pelo χ^2 . Ambientes considerados não favoráveis para a prática profissional, independente da subescala da PES, apresentaram quantitativo maior de profissionais que experienciavam o BT e o BP, menor BC nos ambientes considerados favoráveis. Para estatística inferencial, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, que indicou correlação significativa e negativa entre as cinco subescalas do PES, e os três domínios do CBI-Br ($p < 0,001$ em todos os casos), logo quanto maior participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, maior o uso de fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento, melhor a capacidade dos gerentes de enfermagem, liderar e apoiar os enfermeiros e equipe, quanto mais adequado forem os recursos e melhores as relações entre enfermeiros e médicos, ocorre redução dos níveis de *Burnout* em relação ao trabalho, colegas e pessoal. Constatou-se assim que o ambiente de trabalho do enfermeiro está associado a presença do *Burnout* e que medidas que

aprimorem o ambiente de trabalho das instituições podem suportar e garantir o bem-estar da enfermagem nas instituições de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente. Esgotamento profissional. Ambiente de Instituições de Saúde.

ABSTRACT

ANDRADE, L. M. S. **Professional practice environment and Burnout in hospital institutions in the context of the COVID-19 pandemic.** 2023. 136 p. Thesis (Doctorate in Sciences in the Fundamental Nursing Program) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The work environment has an impact on the quality and safety of provided care. Additionally, changes and developments in the world of work act as precursors of burnout, affecting the quality of service and the overall well-being of healthcare professionals, particularly during the COVID-19 pandemic. This study aimed to assess the professional practice environment and levels of perceived Burnout among nurses, as well as explore the relationship between the professional practice environment and Burnout Syndrome (BS) within hospital institutions during the pandemic. This was an observational, analytical, cross-sectional study conducted in the clinical and surgical inpatient units of a large hospital institution. The population consisted of 187 clinical nurses, the majority being women (80.6%). Self-administered questionnaires were used, measuring the variables of interest through the Practice Environment Scale (PES) – Brazilian version, and the Copenhagen Burnout Inventory (Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br). Demographic characteristics were also collected. It was found that the studied hospital institution is a mixed workplace, scoring 2.5 on the PES in two subscales. The mean value of the total CBI-Br scales was slightly below the midpoint (50), suggesting that nurses did not experience Burnout significantly, but were borderline (47.9). In the bivariate analysis, there was a significant association between the PES subscales and gender variables using the χ^2 association test. Participation of nurses in hospital discussions ($p=0.017$), focus on nursing fundamentals for quality care ($p=0.008$), adequacy of the team and resources ($p=0.035$), and leadership and support from coordinators ($p=0.022$) were all positively associated with the PES subscales. Regarding the CBI instrument, there was a significant difference in all subscales: Personal Burnout (BP) ($p<0.001$), Work-related Burnout (BT) ($p=0.001$), and Colleague-related Burnout (BC) ($p=0.031$), when analyzed in relation to gender using the association test. The Mann-Whitney test indicated a significant association between the length of experience at the institution and the BC subscales ($p=0.031$). Additionally, there was a significant association between all PES and CBI subscales using the χ^2 association test. Unfavorable work environments, regardless of the PES subscale, were linked to higher levels of Personal and Work-related Burnout, and less Colleague-related Burnout in favorable environments. The Spearman correlation test revealed a significant and negative correlation between all five PES subscales and the three domains of the CBI-Br ($p < 0.001$ in all cases). Thus, a greater nurse participation in hospital matters, focus on nursing fundamentals for quality care, effective leadership and support from nursing managers, adequate resources, and improved relationships between nurses and physicians were all associated with reduced Burnout levels related to work, colleagues, and staff. In conclusion, this study suggests that the work environment of nurses is linked to the presence of Burnout. Measures aimed at improving the work environment in institutions can support and ensure the well-being of nursing professionals in healthcare settings.

Keywords: Nursing care. Patient safety. Professional burnout. Health Facility Environment.

RESUMEN

ANDRADE, L. M. S. **Ambiente de trabajo y Burnout en instituciones hospitalarias en el contexto de la pandemia COVID-19.** 2023. 136 f. Tesis (Doctorado en Ciencias en el Programa Fundamental de Enfermería) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El ambiente de trabajo tiene un impacto en la calidad y seguridad de la atención brindada. Además, los cambios y desarrollos en el mundo laboral actúan como precursores del estrés, afectando la calidad del servicio y el bienestar general de los profesionales de la salud, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el ambiente de práctica profesional y los niveles de Burnout percibidos entre enfermeros, así como explorar la relación entre el ambiente de práctica profesional y el Síndrome de Burnout (SB) en instituciones hospitalarias durante la pandemia. Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal, realizado en las unidades de hospitalización clínica y quirúrgica de una gran institución hospitalaria. La población estuvo constituida por 187 enfermeras clínicas, siendo la mayoría mujeres (80,6%). Se utilizaron cuestionarios autoadministrados, midiendo las variables de interés mediante la Escala de Ambiente de Práctica (PES) – versión brasileña, y el Inventario de Burnout de Copenhague (Copenhagen Burnout Inventory – versión brasileña – CBI-Br). También se recogieron características demográficas. Se encontró que la institución hospitalaria estudiada es un lugar de trabajo mixto, con una puntuación de 2,5 en el PES en dos subescalas. El valor medio de las escalas totales del CBI-Br estuvo ligeramente por debajo del punto medio (50), lo que sugiere que los enfermeros no experimentaron Burnout significativamente, pero estaban en el límite (47,9). En el análisis bivariado, hubo asociación significativa entre las subescalas de la PES y las variables de género mediante la prueba de asociación χ^2 . La participación de las enfermeras en las discusiones del hospital ($p=0,017$), el enfoque en los fundamentos de enfermería para la calidad de la atención ($p=0,008$), la adecuación del personal y los recursos ($p=0,035$) y el liderazgo y apoyo de los coordinadores ($p=0,022$) se asociaron positivamente con las subescalas PES. En cuanto al instrumento CBI, hubo diferencia significativa en todas las subescalas: Agotamiento personal (BP) ($p<0,001$), Agotamiento relacionado con el trabajo (BT) ($p=0,001$) y Agotamiento relacionado con los compañeros (BC) ($p=0,031$), cuando se analizó en relación con el género mediante la prueba de asociación. La prueba de Mann-Whitney indicó una asociación significativa entre la antigüedad en la institución y las subescalas AC ($p=0,031$). Además, hubo una asociación significativa entre todas las subescalas de PES y CBI utilizando la prueba de asociación χ^2 . Los entornos de trabajo desfavorables, independientemente de la subescala PES, se asociaron con niveles más altos de agotamiento personal y relacionado con el trabajo, y menos agotamiento relacionado con los compañeros en entornos de apoyo. La prueba de correlación de Spearman reveló una correlación significativa y negativa entre las cinco subescalas PES y los tres dominios del CBI-Br ($p < 0,001$ en todos los casos). Por lo tanto, una mayor participación de las enfermeras en los asuntos hospitalarios, el enfoque en los fundamentos de enfermería para una atención de calidad, el liderazgo efectivo y el apoyo de los gerentes de enfermería, los recursos adecuados y las mejores relaciones entre las enfermeras y los médicos se asociaron con niveles reducidos de agotamiento relacionado con el trabajo, los colegas y el personal. En conclusión, este estudio

sugiere que el ambiente de trabajo de los enfermeros está relacionado con la presencia de Burnout. Las medidas dirigidas a mejorar el ambiente de trabajo en las instituciones pueden apoyar y garantizar el bienestar de los profesionales de enfermería en entornos de salud.

Palabras clave: Atención de Enfermería. Seguridad del Paciente. Agotamiento Profesional. Ambiente de Instituciones de Salud.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, idade em anos, estado civil, formação profissional, função no trabalho e turno de trabalho dos enfermeiros nas instituições estudadas. Ribeirão Preto – SP, 2021 (n=187). 71
- Tabela 2 - Perfil dos enfermeiros segundo, anos de conclusão da graduação em enfermagem, tempo de experiência como enfermeiro, tempo de trabalho na unidade, tempo de trabalho na instituição, segundo os profissionais das instituições estudadas. Ribeirão Preto – SP, 2021 (n=187). 73
- Tabela 3 - Percentual dos enfermeiros que possuem ou não outro vínculo de emprego e planejamento ou não de deixar o cargo/função atual nos próximos 6 meses, no próximo ano ou sem tempo definido. Ribeirão Preto - SP, 2021 (n=187). 73
- Tabela 4 - Qualidade da assistência prestada ao paciente no seu local de trabalho segundo a percepção dos enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2021 (n=187). 74
- Tabela 5- Percentual da satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade estudada segundo os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2021 (n=187). 74
- Tabela 6 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES -Versão Brasileira pelos enfermeiros participantes (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021. 76
- Tabela 7 - Análise descritiva das subescalas do PES-Versão Brasileira segundo unidades investigadas. Ribeirão Preto -SP, 2021. 78
- Tabela 8 - Distribuição das frequências de respostas de cada item, escores de respostas média por item e por subescala do *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado ao trabalho e *Burnout* relacionado aos colegas do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*, (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021 80
- Tabela 9 - Dimensões de *Burnout* entre os enfermeiros do segundo o instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021. 82

Tabela 10 - Estatística descritiva para os instrumentos PES -Versão Brasileira e Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (<i>Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br</i>) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021	83
Tabela 11 - Análise bivariada entre os dados demográficos, com teste de associação pelo χ^2 para o sexo, Teste <i>Mann-Whitney</i> ou <i>Kruskal-Wallis</i> para as variáveis anos de experiência na enfermagem, no setor e na instituição e as características do instrumento <i>Practice Environment Scale</i> (PES) - Versão Brasileira (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.	85
Tabela 12 - Análise bivariada entre os dados demográficos, com teste de associação pelo χ^2 para o sexo, Teste <i>Mann-Whitney</i> para as variáveis anos de experiência na enfermagem, no setor e na instituição e as características do instrumento Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (<i>Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br</i>) (n=187). Ribeirão Preto - SP, 2021.	87
Tabela 13 - Análise de comparação com teste de associação pelo χ^2 , dos escores das escalas de Burnout pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente, do instrumento Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (<i>Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version - CBI-Br</i>), e as subescalas do <i>Practice Environment Scale</i> (PES) -Versão Brasileira (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.	90
Tabela 14 - Análise bivariada entre os instrumentos PES -Versão Brasileira e Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (<i>Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br</i>) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAN	<i>American Academy of Nursing</i>
ANA	<i>American Nurses Association</i>
ANCC	<i>American Nurses Credentialing Center</i>
BC	<i>Burnout</i> relacionado ao Cliente/Colega
BP	<i>Burnout</i> Pessoal
BT	<i>Burnout</i> relacionado ao trabalho
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CBI-Br	<i>Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version</i>
CBI-SS	<i>Copenhagen Burnout Inventory – Students Survey</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COST	<i>European Cooperation in Science and Technology Action</i>
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DP	Despersonalização
DP	Desvio Padrão
EA	Eventos Adversos
EE	Exaustão Emocional
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations</i>
HCFMRP-UC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Unidade <i>Campus</i>
HCFMRP-UE	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Unidade de Emergência

HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ICM	<i>Internacional Confederation of Midwives</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LPP	Lesão Por Pressão
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory – General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey</i>
MPP	Modelo de Prática Profissional
NIOH	Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhague – Dinamarca
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NWI	<i>Nursing Work Index</i>
NWI-R	<i>Nursing Work Index – Revised</i>
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
OMEGA-NET	<i>Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PBI	<i>Psychologist Burnout Inventory</i>
PBM	<i>Pines' Burnout Measure</i>
PES	<i>Practice Environment Scale</i>
PES-Br	<i>Practice Environment Scale – Versão Brasileira</i>
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
PUMA	<i>Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction</i>
RN4CAST	<i>Registered Nurse Forecasting Study</i>
RP	Realização Profissional
SARS-CoV2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidade <i>Campus</i>
UE	Unidade de Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1	Ambiente de prática profissional	24
2.1.1	Ambiente de prática profissional – instrumentos de medida	29
2.1.2	Uso do PES na avaliação dos ambientes de prática profissional.....	36
2.2	Síndrome de <i>Burnout</i>	43
2.2.1	Síndrome de <i>Burnout</i> – instrumentos de medida	47
2.2.2	Uso do CBI na avaliação da Síndrome de <i>Burnout</i>	53
2.3	Ambiente de prática profissional e a Síndrome de <i>Burnout</i> no contexto pandêmico do COVID-19.....	56
3	JUSTIFICATIVA	61
4	OBJETIVOS	62
4.1	OBJETIVO GERAL.....	62
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
5	MATERIAL E MÉTODOS	63
5.1	TIPO DO ESTUDO.....	63
5.2	LOCAL DE ESTUDO	63
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	64
5.4	PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS.....	65
5.5	INSTRUMENTOS E MEDIDAS.....	65
5.5.1	Instrumento de Caracterização Pessoal e Profissional.....	65
5.5.2	<i>Practice Environment Scale</i> – Versão Brasileira (PES-Versão brasileira)	66
5.5.3	Instrumento Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (<i>Copenhagen Burnout Inventory</i> – <i>Brazilian Version</i> - CBI-Br)	67
5.6	ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	69
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
6	RESULTADOS	71
7	DISCUSSÃO	94
8	CONCLUSÃO	106
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	110
	APENDICE A	123

APENDICE B	125
APENDICE C	126
ANEXO A	127
ANEXO B	129
ANEXO C	130
ANEXO D	132
ANEXO E	135

1 INTRODUÇÃO

Novas configurações e reestruturações do setor da saúde têm impactado na qualidade da assistência e na segurança dos pacientes. No final de 2019 testemunhou-se, de uma forma sem precedentes, a necessidade por cuidados de enfermagem e cobertura de saúde para a população.

A pneumonia causada pelo novo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV2) que surgiu na cidade de Wuhan, na China, recebeu status de pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e tornou-se conhecida como *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (WHO, 2020).

Os sistemas de saúde, então, foram exigidos com imensa pressão, devido ao aumento diário do número de internações, o que demandou um planejamento em curto prazo da estrutura organizacional dos ambientes de prática profissional, para que a assistência ocorresse de forma segura e com qualidade. Tal fato reforçou a necessidade universal de proteger e investir em todas as profissões envolvidas nas funções de prestação de serviços à saúde, frente aos desafios enfrentados mundialmente nesse cenário de emergência internacional (PIMENTA; TRINDADE; FASSARELLA; PEREIRA *et al.*, 2022; SANTOS; BALSANELLI; FREITAS; MENEGON *et al.*, 2021).

Coincidentemente, no âmbito das comemorações do Ano Internacional da Enfermagem e Obstetrícia (2020), a OMS, juntamente com o Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*), a Campanha Mundial *Nursing Now*, a Confederação Internacional das Parteiras (*Internacional Confederation of Midwives - ICM*) e países colaboradores de diversas regiões do globo, organizaram e produziram relatórios que forneceram argumentos para sustentar o valor da força de trabalho de enfermagem globalmente. Esses relatórios trataram da atual conjuntura da enfermagem no mundo, no que diz respeito à educação, emprego e liderança, gerando informações que permitiram subsidiar uma avaliação global do atual estado da enfermagem (WHO, 2019, 2020; ICM, 2021; (OLIVEIRA; VENTURA; SILVA; ANGOTTI NETO *et al.*, 2020).

Tais documentos, baseados em evidências, informaram sobre onde e como investir na força de trabalho da enfermagem e obstetrícia, considerando a necessidade mundial desses profissionais, as diferenças educacionais e investimentos necessários, demonstrando as desigualdades de uma força de trabalho

global de 27,9 milhões de indivíduos. Desvelou-se a escassez da força de trabalho em cerca de 90% do continente africano, no sudeste da Ásia e Mediterrâneo Oriental, e os dados indicaram ainda as divergências entre regiões, e os desafios específicos de cada uma (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2021; LANCET, 2020; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Estimou-se a escassez global de enfermeiros, que em 2016 encontrava-se em 6,6 milhões de profissionais, e em 2018, apesar de haver ligeira diminuição nesse número para 5,9 milhões, ainda inspira preocupações relacionadas às regiões globais, já que estima-se que 5,3 milhões (89%) desses profissionais estão concentrados nos países considerados de baixa e média renda, onde o crescimento populacional é superior ao número de profissionais de enfermagem (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2021; LANCET, 2020; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, a força de trabalho da enfermagem em janeiro de 2023 foi estimada em 2.768.102 trabalhadores, que representam aproximadamente 50% da força de trabalho da saúde. Sabe-se ainda que 75,3 % desses profissionais são de nível técnico ou auxiliar, e que 24,5 % são enfermeiros graduados (COFEN, 2023).

Com a situação de demanda aumentada nos hospitais de cuidados agudos, cargas de trabalho mais pesadas, maior complexidade do cuidado, recursos limitados e pressão por tempo de atendimento, previu-se uma piora na situação dos enfermeiros durante a pandemia do COVID-19, no que diz respeito às dimensões relacionadas aos ambientes de prática profissional e, conseqüentemente à qualidade do cuidado e à segurança do paciente (PIMENTA; TRINDADE; FASSARELLA; PEREIRA *et al.*, 2022).

Pesquisas robustas abordaram o ambiente de prática profissional na última década, e esse tema ganhou mais notoriedade no contexto pandêmico, visto que esses estudos já demonstravam que as instituições que possuíam ambientes de prática profissional favoráveis tinham os melhores resultados em relação aos clientes, enfermeiros e as instituições (BAEK; CHO; HAN; LEE, 2020; SILVA; MENEGUETI; SIQUEIRA; ARAÚJO *et al.*, 2020; ZANGARO; JONES, 2019).

O estudo *Registered Nurse Forecasting Study (RN4CAST)*, conduzido entre 2009 à 2011, e estudos posteriores, ratificaram que o ambiente de prática profissional tem relação direta com a cultura de segurança do paciente, e que um bom ambiente de trabalho é requisito para o cuidado de alta qualidade (FALGUERA; DE LOS

SANTOS; GALABAY; FIRMO *et al.*, 2021; LAKE; SANDERS; DUAN; RIMAN *et al.*, 2019; SERMEUS; AIKEN; VAN DEN HEEDE; RAFFERTY *et al.*, 2011).

Os processos de atendimento nos hospitais de cuidados a pacientes agudos têm sido modificados no que diz respeito a capacidade inadequada, escassez de oferta e necessidade de reorganização, e os enfermeiros têm experienciado estressores em seu local de trabalho (FERNANDEZ; LORD; HALCOMB; MOXHAM *et al.*, 2020; SANTOS; BALSANELLI; FREITAS; MENEGON *et al.*, 2021; VON VOGELSANG; GORANSSON; FALK; NYMARK, 2021).

No documento elaborado pelo *International Council of Nursing (ICN)* em 2006, os cuidados de enfermagem foram apontados como essenciais quando se referem à prestação dos cuidados em saúde, e as variáveis necessárias para a prestação destes cuidados estão diretamente relacionadas à garantia da segurança do cuidado prestado. O ambiente de trabalho interfere na qualidade e na segurança do paciente, e está relacionado a tecnologia empregada, instalações e serviços de apoio disponíveis e é influenciado pelo quali-quantitativo de profissionais, pela proporção enfermeiro/paciente e pelas condições de trabalho (OULTON, 2006).

A literatura aponta ainda como atributos organizacionais que caracterizam um ambiente que fornece suporte ao desenvolvimento da prática profissional, a autonomia, controle do ambiente de trabalho e colaboração entre médicos e enfermeiros como aqueles que podem tornar o ambiente mais favorável (AIKEN; PATRICIAN, 2000; GASPARINO, 2021; GASPARINO; FERREIRA; CARVALHO; RODRIGUES *et al.*, 2019; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2009; KRAMER; SCHMALENBERG, 2003).

Adicionalmente esses ambientes permitem melhores resultados quanto ao nível de *Burnout* (AIKEN, 2002; LAKE; SANDERS; DUAN; RIMAN *et al.*, 2019; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013), nível de satisfação com o trabalho para os enfermeiros e, institucionalmente, as evidências apontam para uma menor taxa de absenteísmo e até mesmo de intenções de deixar o emprego (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002; LI; LI; WAN, 2019).

Na literatura científica internacional, estudos apresentam evidências da relação entre alocação de pessoal de enfermagem e qualidade assistencial, com implicações para a segurança do paciente, expressa muitas vezes por meio dos eventos adversos (AIKEN, 2002; AIKEN, 2003; CHO; KETEFIAN; BARKAUSKAS; SMITH, 2003;

GRANADOS-PLAZA; GEA-CABALLERO; MARTÍ-EJARQUE; FERRÉ-GRAU, 2021; NEEDLEMAN; BUERHAUS; MATTKE; STEWART *et al.*, 2002).

Um *staff* inadequado de enfermagem e o excesso de carga de trabalho da equipe têm sido apontados como aqueles que têm impactado de maneira expressiva na ocorrência de eventos adversos (CHO; KETEFIAN; BARKAUSKAS; SMITH, 2003; GRANADOS-PLAZA; GEA-CABALLERO; MARTÍ-EJARQUE; FERRÉ-GRAU, 2021)

No estudo de Aiken *et al.* (2014) realizado em nove países da Europa evidenciou-se que, onde a proporção de pacientes por enfermeiro era menor, a mortalidade foi significativamente mais baixa. Adicionalmente, outro estudo demonstrou que uma situação de trabalho acima do nível ideal assumido aumenta o risco de eventos adversos e mortalidade do paciente (AIKEN; SLOANE; BRUYNEEL; VAN DEN HEEDE *et al.*, 2014; FAGERSTRÖM; KINNUNEN; SAARELA, 2018).

Cenários que visam à redução de custos em saúde são similares em diversos países, e a enfermagem é o componente que constantemente está sob avaliação da redução de custos. O corte no pessoal de enfermagem afeta adversamente os resultados para os pacientes, ou seja, o aumento da carga de trabalho de enfermagem adicionado à redução do pessoal de enfermagem afeta negativamente os resultados aos pacientes, e essa é apenas uma das faces do problema considerado multifatorial atualmente (BRAGADÓTTIR; KALISCH, 2018; HERNÁNDEZ-CRUZ; MORENO-MONSIVÁIS; CHEVERRÍA-RIVERA; DÍAZ-OVIEDO, 2017).

No processo do trabalho em saúde, variadas situações e transformações tornaram-se precursoras do estresse no ambiente laboral, afetando a qualidade do serviço prestado e a qualidade de vida dos profissionais da saúde. Dessa forma abordar o que causa o estresse profissional no cotidiano pode levar a diferentes formas de lidar com as tensões emocionais, e a Síndrome de *Burnout* surge como uma resposta a cronicidade do estresse (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Logo, os desafios globais em relação a saúde fomentaram pesquisas ao redor do mundo relatando os diferentes problemas psicológicos desenvolvidos pela população em diferentes níveis, indicando que a saúde mental da população estava sob o risco de piorar após o pico da pandemia do COVID-19 (LIU; YANG; ZHANG; XIANG *et al.*, 2020; ROSSI; SOCCI; TALEVI; MENSI *et al.*, 2020; ZHU; XIE; LIU; YANG *et al.*, 2022).

Dessa forma é indiscutível o impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde, considerando o complexo contexto atual na era pós-pandêmica. Ou seja,

determinantes do ambiente e processos de trabalho podem levar os profissionais a vivenciar desafios complexos, como a alta pressão de trabalho, o que pode causar ou exacerbar o esgotamento emocional.

Para Gil-Monte (2001) o aparecimento da Síndrome de *Burnout* está relacionado aos mecanismos de autopreservação e enfrentamento frente ao estresse proveniente das relações laborais do profissional-cliente e do profissional-organização. O esgotamento profissional ou *burnout* foi introduzido como conceito na perspectiva social psicológica como um estado de fadiga, tanto física como mental laboral, e ocorre em indivíduos que atuam diretamente em seu trabalho com as pessoas. Assim, o ponto fundamental dessa síndrome encontra-se na exaustão emocional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Segundo a taxonomia de Gil-Monte (2005), existe uma gama de variáveis que são comuns em relação ao contexto do trabalho já conhecidas, que sabe-se ter relação com o desenvolvimento da síndrome, sendo que dentre eles estão antecedentes relacionados ao entorno social (mudanças nas condições sociodemográficas, nas normas e legislação, etc), antecedentes físico-tecnológico das organizações (mudanças variáveis estruturais, política organizacional, etc), antecedentes social-interpessoal da organização (mudanças com conflitos de papéis, ausência de apoio social no trabalho, conflitos interpessoais, etc) e antecedentes do sistema pessoal dos membros da organização (baixa autoeficácia, motivação para ajuda, sexo, idade, tipo de contrato de trabalho).

As pesquisas realizadas nas últimas décadas que abordaram o ambiente de prática profissional na enfermagem e o *burnout* compuseram um corpo de conhecimento sobre o estresse ocupacional, o bem-estar e a percepção do ambiente de trabalho psicossocial do enfermeiro, ainda que inicialmente fossem num campo empírico e com poucos referenciais teóricos.

Vinculou-se por meio desses estudos o quanto os aspectos de um ambiente de trabalho considerado equilibrado, saudável e de apoio podem influenciar a qualidade e segurança do paciente, bem como sua satisfação, reduzir a mortalidade, comorbidades e eventos adversos. Além disso, a melhoria de qualidade dos cuidados visa ambientes de prática que apoiam enfermeiros altamente motivados e qualificados, que respondem com precisão às necessidades complexas dos pacientes (AIKEN, 2002; GENSIMORE; MADURO; MORGAN; MCGEE *et al.*, 2020; KAKEMAM; CHEGINI; ROUHI; AHMADI *et al.*, 2021; MOISOGLOU; YFANTIS; TSIUOMA;

GALANIS, 2021; VAN BOGAERT; PEREMANS; VAN HEUSDEN; VERSPUY *et al.*, 2017).

Isso posto, buscando melhorar a compreensão das associações entre o ambiente de prática profissional da enfermagem, as características do trabalho e os sentimentos relacionados ao esgotamento desses profissionais particularmente na recente conjuntura pandêmica, e adaptando aos *insights* e conhecimentos no contexto do Brasil, é que se propôs a realização da presente essa pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Ambiente de prática profissional

Mudanças substanciais foram realizadas nas organizações de prestação de cuidados à saúde nas últimas décadas, que ocorreram por uma série de eventos simultâneos, podendo-se destacar a contenção de custo das organizações, o aumento da demanda por tecnologias na saúde e as mudanças na força de trabalho na saúde. As organizações de cuidados à saúde responderam de várias formas a esses eventos afetando assim o trabalho e o ambiente de prática profissional dos enfermeiros e em alguma medida a capacidade desses em fornecer assistência segura ao paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Os profissionais de enfermagem prestam cuidados de saúde em hospitais, asilos, ambientes de atendimento ambulatorial, consultórios médicos, clínicas particulares, escolas, empresas e outros diversos ambientes. Da orientação a uma mãe aprendendo a cuidar de seu bebê, até o ensino a familiares ou a pacientes sobre como lidar com uma condição crônica de saúde, a enfermagem é a profissão que irá passar maior tempo com os pacientes e será o profissional que estará mais presente durante o processo saúde doença (MACHADO; FILHO; DE LACERDA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Há cerca de quatro décadas o ambiente de prática profissional onde o enfermeiro desenvolve e seu trabalho tem sido estudado e avaliado, com diferentes ferramentas em uma tentativa de orientar profissionais e intuições a melhorá-lo. Porém é considerado um constructo complexo tanto para conceitualização quanto à para a mensuração (GASPARINO; THELEN; OLIVEIRA; ALVES *et al.*, 2021; LAKE, 2007).

As pesquisas sobre o Ambiente de Prática Profissional tiveram seu início durante um período turbulento nos hospitais americanos no início dos anos 80, decorrente de uma preocupação urgente sobre a falta de pessoal de enfermagem, o que acarretava em uma capacidade inadequada dos hospitais em oferecerem um cuidado de enfermagem de forma segura e eficaz. Foi identificado que apesar de haver a oferta na época de cerca de 100.000 vagas para enfermeiros, as equipes de enfermagem estavam inadequadamente supridas, pois havia a incapacidade dos hospitais em atrair e reter esses profissionais (AIKEN, 1981).

Uma resposta para tal falta foi atribuída a três fatores principais: o primeiro se referia ao fato de que hospitais se tornaram locais cada vez menos satisfatórios para os profissionais trabalharem; em segundo lugar, havia o surgimento de outras opções de emprego para os enfermeiros fora do ambiente hospitalar; e em terceiro, foi atribuído a mudança no perfil dos pacientes atendidos, pois além de pacientes mais gravemente doentes, o atendimento tornou-se complexo e exigente (AIKEN, 1981).

Aiken (1981) acreditava ainda que a insatisfação dos profissionais da enfermagem tenha surgido da ausência de arranjos organizacionais e gerenciais satisfatórios entre as instituições hospitalares e esses profissionais, pois o sistema não reconhecia de forma clara o papel do enfermeiro na prática de saúde.

Exposto o problema, o conselho administrativo da *American Academy of Nursing* (AAN), mobilizou em 1981 uma força tarefa para examinar as características dos sistemas hospitalares que impediam ou facilitavam a prática profissional de enfermagem nas instituições. Ainda que se soubesse das carências relacionadas aos profissionais de enfermagem na maior parte dos hospitais americanos, haviam instituições/organizações que conseguiam manter a equipe de enfermagem qualificada, ou seja, eram capazes de atrair e retê-los, como que uma espécie de “ímã”. Logo, eram locais onde o cuidado de alta qualidade era fornecido, e tornavam-se excelentes escolhas de carreira para os enfermeiros, e receberam a denominação de Hospitais Magnéticos (MCCLURE; POULIN; SOVIE; WANDELT, 1983).

A força tarefa identificou então, uma amostra nacional de 165 hospitais com características magnéticas, sendo que 46 foram selecionados a participarem do estudo, mas a amostra final contou com 41 hospitais. Procederam-se entrevistas em grupos (uma sessão para os diretores de enfermagem desses hospitais e outra para os enfermeiros das equipes), tendo como objetivo identificar variáveis associadas ao sucesso do recrutamento e da retenção do pessoal de enfermagem (MCCLURE; POULIN; SOVIE; WANDELT, 1983; UPENIEKS, 2003).

As entrevistas, tanto com os diretores quanto com os enfermeiros, foram conduzidas por nove questões, sendo a principal delas: o que fazia aquela instituição ser um bom local para a enfermagem trabalhar. Outros questionamentos abordaram sobre a imagem da enfermagem na instituição, a relações interprofissionais, a qualidade de cuidado prestado, quais programas o hospital implementava que contribuíam para a retenção e recrutamento do pessoal e sobre a satisfação com o trabalho. Como resultados, o grau de congruência dos dados coletados, tanto dos

enfermeiros quanto dos diretores de enfermagem, foi interessante, visto que, como ingredientes para o magnetismo, emergiram da coleta de dados três categorias: administração, prática profissional e desenvolvimento profissional (MCCLURE; POULIN; SOVIE; WANDELT, 1983).

Os achados sobre administração trataram de temas como a gestão compartilhada (escuta e participação nas decisões em diversos níveis), qualidade da liderança (altamente qualificada, que participa e apoia as equipes, considerada fundamental para a retenção dos profissionais), estrutura organizacional (descentralizada, com comitês hospitalares com a participação dos enfermeiros), quantidade adequada de profissionais e políticas de incentivo (horários de trabalhos flexíveis, oportunidades de promoção pessoal) (MCCLURE; POULIN; SOVIE; WANDELT, 1983).

Quanto a prática profissional, foi atribuída melhor qualidade do cuidado ao paciente quando esta estava relacionada ao emprego de modelos de prática profissional que davam ao enfermeiro a responsabilidade e autonomia sobre o cuidado ao paciente. Acesso a consultores e a recursos para o cuidado de alta qualidade, alto valor empregado ao ensino, tanto de enfermeiros, paciente e familiares, a imagem da enfermagem (competência e credibilidade) e boas relações interprofissionais fizeram parte dessa categoria. E quanto ao desenvolvimento profissional nestes hospitais, foi enfatizado como essencial para o emprego do cuidado de qualidade, a orientação (considerada altamente importante para a retenção, com uso de mentores), a educação em serviço de forma contínua e suporte a educação formal com ênfase ao desenvolvimento da carreira (MCCLURE; POULIN; SOVIE; WANDELT, 1983).

Assim, com o embasamento advindo da pesquisa da força tarefa mencionada a acima de *Mclure* e colaboradores (1983), e em 1990, a *American Nurses Credentialing Center* (ANCC), uma organização subsidiária da *American Nurses Association* (ANA) foi formada para fornecer o credenciamento por meio do programa recém elaborado, denominado Programa de Reconhecimento de Hospitais Magnéticos para a excelência em Enfermagem, para os hospitais americanos. Em 1994 o Centro Médico da Universidade de *Washington, Seattle, WA*, tornou-se a primeira organização designada pelo ANCC como Hospital Magnético. No ano 2000 o programa expandiu-se para reconhecer organizações de saúde fora dos Estados Unidos da América (EUA). Até junho de 2022 o *Magnet Recognition Program*®, tinha

reconhecido 591 instituições no mundo, sendo 578 nos EUA, que corresponde a 9,4% dos hospitais americanos, e 13 instituições em outros países, como a Bélgica, Jordânia, Líbano, Inglaterra, Canadá, Austrália, Arábia Saudita, Japão, Emirados Árabes Unidos. No ano de 2022, o Hospital Israelita Albert Einstein na cidade de São Paulo/Brasil (ANA, 2022a; UPENIEKS, 2003).

O chamado Modelo Magnético tem uma configuração que visa manter clareza dos conceitos, é composto por 5 componentes, e 14 forças chamadas magnéticas, reconhecendo questões que são globais para enfermagem e para os cuidados em saúde (ANA, 2022b).

O primeiro componente, denominado de liderança transformacional tem o intuito de transformar as organizações para atender ao futuro, por meio de um líder que leva as pessoas para onde é necessário que elas estejam, numa tentativa de atender as demandas, englobando assim as forças: qualidade da liderança e estilo de gestão. As estruturas e processos desenvolvidos de forma sólida e por lideranças efetivas promovem um ambiente de prática profissional forte. Assim, o empoderamento estrutural é o segundo componente do modelo Magnético, e engloba as forças de organização institucional, políticas e programas de incentivos, desenvolvimento profissional, atendimento a comunidade e organizações de saúde e reputação da enfermagem (ANA, 2022b).

O terceiro componente, denominado exemplo de prática profissional indica o papel da enfermagem junto à comunidade, família, pacientes e equipe interdisciplinar. Tem como forças a autonomia, o ensino como parte da atuação do enfermeiro, as relações interdisciplinares, a assistência exemplar com modelos profissionais de cuidado, além da consultoria e recursos. Novos conhecimentos, inovação e melhorias compõem o quarto componente, visto que o Modelo Magnético tem a incumbência de contribuir eticamente e profissionalmente com a melhoria de atendimento para os pacientes, organizações e a profissão, sendo que dessa forma, esse componente fundamental é representado pela força melhoria da qualidade. O último componente refere-se aos resultados de qualidade, sendo a área que necessita de maiores mudanças a fim de produzir dados que permitam comparação e assim estimular as mudanças necessárias. A força englobada nesse componente é a qualidade do atendimento (ANA, 2022b).

O Ambiente de Prática Profissional da Enfermagem tem como base o Modelo de Prática Profissional, que apresenta componentes do Modelo Magnético, ou seja,

fornece uma estrutura para a prática, servem como um esquema para as organizações e como fonte de conhecimento para a prestação de cuidados de enfermagem globalmente.

Considerando a complexidade do conceito, as instituições de saúde podem conduzir o trabalho desenvolvido por meio de diferentes modelos de práticas de enfermagem. Entretanto, por diversas razões, o Modelo de Prática Profissional (MPP) de Enfermagem é definido como um sistema (estrutura, processo e valores) que enfatiza as qualificações individuais e os sistemas de controle colegiado que operam no quadro de profissionais. Esse sistema suporta o controle do enfermeiro sobre a prestação de cuidados de enfermagem e do ambiente em que os cuidados são prestados. Nesse modelo cinco subsistemas entrelaçam-se formando um cordão que sustenta o MPP (modelo de gestão, modelo de assistência, valores, relacionamento profissional e remuneração e reconhecimento) (HOFFART, 1996).

O subsistema relacionado aos valores profissionais é a parte central e estabilizadora em torno da qual os outros quatro subsistemas do MPP estão entrelaçados. Isso se dá pois sem esses valores todos os outros quatro componentes do modelo tornam-se incoerentes e sem foco, já que os valores determinam o cerne da prática do enfermeiro. Os ideais de altruísmo, igualdade, estética, liberdade, dignidade humana, justiça e verdade indicam a forma como o enfermeiro relaciona-se com os indivíduos, colegas e pacientes com responsabilidade e comprometimento (HOFFART, 1996).

Outro elemento do MPP são as relações profissionais, sendo esse subsistema o que trata das interações entre os enfermeiros e os outros profissionais da saúde, sustenta-se sobre crenças, valores pessoais e sobre a profissão que os enfermeiros têm. É um elemento essencial para o trabalho em equipes multidisciplinares, pois enfermeiros que se comunicam, colaboram e consultam-se eficazmente tem melhores oportunidades de sucesso nas organizações de prestação de cuidados (HOFFART, 1996).

O terceiro subsistema refere-se ao modelo de assistência a ser prestada, que é o processo e estrutura pelo qual as responsabilidades do cuidado a ser prestado é atribuído entre os membros da equipe de enfermagem. Esse pode ser funcional, por equipe, de assistência total ao paciente, de enfermagem primária e por gerenciamento de casos, sendo os dois últimos indicados pela literatura como os que promovem a prática profissional da enfermagem com melhores resultados (HOFFART, 1996).

O modelo/estilo de gestão é o quarto subsistema, e identifica os processos e estruturas que são utilizados para a tomada de decisão relacionada às operações das unidades e organizações. Na atualidade as organizações de saúde têm tendenciado a seguirem modelos de processos de gestão compartilhada, visto que acompanham os valores profissionais de autonomia e responsabilidade do enfermeiro, bem como favorecem o MPP ao valorizarem e apoiarem a enfermagem (GASPARINO; THELEN; OLIVEIRA; ALVES *et al.*, 2021; HOFFART, 1996).

A remuneração e o reconhecimento são o considerados o último subsistema, e tratam do modo no qual o trabalho do enfermeiro é reconhecido e remunerado, seja por resultados na assistência aos pacientes, nas contribuições para organização e na profissão. Dessa forma pode consistir em um meio de apoiar e reforçar valores e expectativas do MPP, ou seja, o profissional atribui valor a sua prática o que acarreta em melhores resultados e aumento na produtividade (HOFFART, 1996).

Utilizar a analogia do cordão que sustenta a MPP permite supor que as intuições de saúde que são capazes de implementar os cinco elementos do modelo, tem maior probabilidade de expressar efeitos fortes sobre a prática de enfermagem, porém também é possível verificar que os valores profissionais, as relações profissionais e a participação dos enfermeiros nas decisões de gestão quando não ocorrem efetivamente, podem não gerar o impacto esperado se somente o elemento do subsistema remuneração for implementado (HOFFART, 1996).

O ambiente de prática profissional adequado permite que os enfermeiros possam atuar com competência clínica, trabalhar em equipe multidisciplinar e mobilizar recursos. Desta forma o constructo Ambiente de Prática Profissional de Enfermagem refere-se a um ambiente que apresenta características organizacionais que facilitam ou dificultam que a enfermagem desenvolva sua prática, portanto, intimamente ligado à qualidade do cuidado de enfermagem prestado (LAKE, 2002; 2007).

2.1.1 Ambiente de prática profissional – instrumentos de medida

O Modelo Magnético e o conceito de Ambiente de Prática Profissional possuem congruências, e ao se pensar em um ambiente capaz de propiciar um cuidado seguro e qualificado, bem como adequado para os enfermeiros, seja através da estrutura, processo e valores, foram desenvolvidos instrumentos que objetivamente pudessem

avaliar as características que influenciam o ambiente de prática profissional da enfermagem.

Dentre os instrumentos desenvolvidos, merece destaque o *Nursing Work Index (NWI)*, criado por Kramer e Hafner (1989) e desenvolvido a partir de estudos com hospitais magnéticos. O NWI foi projetado para conter uma lista abrangente de fatores que influenciam a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem. Composto por 65 itens e utilizado em diversas culturas e ambientes, teve sua validade de conteúdo avaliada por pesquisadores do estudo original com os hospitais magnéticos, e foi considerada a ferramenta ideal para o desenvolvimento de uma medida universal do ambiente de prática profissional (KRAMER; HAFNER, 1989).

Ainda que o NWI tenha auxiliado na compreensão do ambiente de prática profissional, e o contexto da carência de enfermagem da época, tinha suas limitações, apontadas pelo fato de seus domínios não terem sido identificados empiricamente, não possuir valores de referência disponíveis, e o fato de ser extenso por conter 65 itens para respostas, um fator que para os respondentes poderia gerar algum viés relacionado ao cansaço. Além disso, o NWI mede a satisfação no trabalho dos enfermeiros e a percepção da qualidade do atendimento e não somente o ambiente de prática profissional (LAKE, 2002).

Assim uma proposta para reformular o NWI foi feita no ano de 2000, e desenvolvida por Aiken e Patrician, denominada *Nursing Work Index – Revised (NWI-R)*, tendo em vista que o NWI continha uma lista abrangente de itens que poderiam fornecer a base para o desenvolvimento de um novo instrumento projetado para medir aspectos do ambiente de prática profissional. Estes autores consideraram que ao utilizar NWI-R, haveria um melhor potencial para modificar os resultados de pesquisas hospitalares feitas até aquela época, ou seja, ir além dos estudos convencionais, correlacionando a macroestrutura, aos atributos manipuláveis dos hospitais que realmente influenciavam a prática clínica. Para esses autores, o NWI-R seria mais capaz avaliar as características do ambiente de trabalho da enfermagem para esses autores (AIKEN; PATRICIAN, 2000; GASPARINO; GUIARDELLO, 2009; LAKE, 2002).

A distinção entre os dois instrumentos se concentrou na presença de traços organizacionais, como por exemplo se o enfermeiro gestor é um bom gerente e líder,

em vez de satisfação do enfermeiro e produtividade percebida associada a esses traços (AIKEN; PATRICIAN, 2000).

No NWI existem duas declarações de valor (presença ou ausência) dos traços percebidos pelos enfermeiros no ambiente de prática, porém no NWI-R somente a presença foi mantida (como por exemplo: esse fator está presente em seu trabalho atual?). Ainda os autores verificaram conceitualmente os itens do instrumento original, e os que possuíam menor intenção de medir os traços do ambiente de prática profissional foram retirados. Assim NWI-R manteve 55 dos 65 itens originais do NWI, sendo um item foi alterado e outro foi adicionado (AIKEN; PATRICIAN, 2000).

Dos itens considerados não significativos relacionados ao ambiente de prática profissional, pode-se citar: “o hospital é afiliado a uma escola de enfermagem”, foram eliminados. O item que abordava a equipe de enfermagem foi adicionado, pois segundo os autores, desejava-se uma medida de comparação em enfermagem primária, que já era um item do instrumento (AIKEN; PATRICIAN, 2000).

Assim o NWI-R totalizou 57 itens, dos quais, quinze itens, foram categorizados para embasar teoricamente quatro subescalas denominadas: Autonomia, Controle sobre o Ambiente de Prática e Relações Médico-Enfermeiro. A quarta subescala possui dez itens, agrupados, denominada de Suporte Organizacional. Embora as três subescalas do NWI-R sejam o foco da avaliação do instrumento, o NWI-R completo oferece uma variedade de itens que podem se adequar às várias questões de pesquisas (AIKEN; PATRICIAN, 2000).

Os instrumentos elaborados para avaliar o ambiente de prática profissional de algum modo possuíam limitações, como confusão de conceitos (MALLIDOU; CUMMINGS; ESTABROOKS; GIOVANNETTI, 2011), composição somente de forma teórica do instrumento, grande número de variáveis incluídas no modelo (LAKE, 2002), o modelo dos domínios não ser viável e a estrutura em quatro fatores não ser possível de replicação (SLATER; MCCORMACK, 2007).

Assim o *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*, foi criada como uma nova revisão em 2002 do NWI, e esse instrumento carrega os principais atributos do Modelo Magnético para a presença das características do ambiente de prática profissional do enfermeiro que contribuem para a prática profissional. Para o desenvolvimento e avaliação do PES ocorreram cinco etapas. Primeiramente, os itens do NWI foram revisados e um subconjunto foi selecionado para análise. Dos 65 itens do NWI, 48 foram selecionados por atenderem à definição

do ambiente de prática de enfermagem, e para a análise de dados, os escores dos itens foram codificados de forma reversa, de modo que os escores mais altos indicavam maior concordância de que uma característica organizacional estava presente na situação de trabalho atual do enfermeiro, e a afirmação foi mensurada por meio da escala do tipo *Likert*, com quatro pontos (LAKE, 2002).

A seguir, conduziu-se a análise fatorial exploratória para identificar subescalas (ou seja, fatores) que representam diferentes domínios do ambiente de prática de enfermagem. Os modelos avaliados deveriam produzir nessa etapa pelo menos três ou mais itens com alta correlação item-subescala, alta consistência interna para os itens, e que fosse invariante entre os modelos, além de apresentar sentido teórico (LAKE, 2002).

Realizou-se o cálculo do escore médio de cada subescala para cada respondente, como preparação para os testes de confiabilidade e validade, a fim de auxiliar na interpretação dos escores. A média foi utilizada, sendo que 2,5 foi considerado ponto médio neutro. Se os valores fossem acima desse ponto de corte, indicavam que os enfermeiros concordavam que as características da subescala mensurada estavam presentes no seu ambiente. Uma média composta foi criada dos escores das cinco subescalas (LAKE, 2002).

Na terceira etapa, confiabilidade da consistência interna foi avaliada pelo alfa de *Cronbach*, usando um critério de 0,80, e pelo coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,60. Estes critérios, considerados conservadores, foram estabelecidos para fornecer medidas que seriam robustas para o tamanho da amostra e variabilidade em uso futuro. Na quarta etapa, avaliou-se a validade de construto das subescalas, comparando-se os escores dos enfermeiros nas sub-amostras hospitalares, magnética e não magnética. E por fim, a estrutura das subescalas foi avaliada a partir de análises exploratórias, testando se os itens individualmente se encaixavam melhor em sua subescala ou em outra (LAKE, 2002).

Produziu-se, assim, a estrutura do PES-NWI, que possui cinco subescalas, com 31 itens distribuídos, possibilitando aos gestores ações na transformação do ambiente onde a enfermagem desenvolve a sua prática. A primeira subescala foi denominada “Participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares” e revelou a relação e valor dos enfermeiros no amplo contexto hospitalar, como por exemplo: os enfermeiros envolvidos em decisões políticas e comitês, e que se comunicavam abertamente com

a administração, eram reconhecidos e valorizados pelos outros enfermeiros. Essa escala possui nove itens ($ICC=0,96$ e $\alpha=0,83$) (LAKE, 2002).

A segunda subescala, “Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado”, enfatizou os fundamentos de enfermagem para um alto padrão de atendimento ao paciente, com um modelo de cuidado e competência clínica do enfermeiro, endossado por um programa formal de garantia de qualidade. Dez itens compõe essa subescala, com $ICC=0,97$ e $\alpha=0,90$ (LAKE, 2002).

A terceira subescala diz respeito ao papel do enfermeiro, com foco na gerência de enfermagem, denominada “Habilidade do gerente de enfermagem, liderança e suporte aos enfermeiros”. O bom enfermeiro gestor é indicado como aquele que apoia a equipe de enfermagem, principalmente em conflitos interprofissionais, e também é capaz de reconhecer o trabalho da equipe. Nessa subescala existem cinco itens, com $ICC=0,88$ e $\alpha=0,84$ (LAKE, 2002).

A quarta subescala descreveu a relevância da adequação de pessoal e recursos para a enfermagem produzir um cuidado de qualidade ao paciente. Foram os itens que obtiveram mais relevância no estudo, o tempo dispensado orientando pacientes e familiares, e a discussão dos casos e problemas dos pacientes entre os enfermeiros, considerada um ponto chave dessa subescala. Ela foi denominada “Adequação de recursos e pessoal” e possui quatro itens, com $ICC=0,96$ e $\alpha=0,80$ (LAKE, 2002).

A subescala “Relações colegiais enfermeiro-médico” é a menor de todas em relação ao número de itens, sendo somente três, com $ICC=0,86$ e $\alpha=0,71$. Nela, caracterizou-se as relações de trabalho entre enfermeiros e médicos de forma positiva ou seja, destaca como as relações de respeito entre os profissionais pode permitir um cuidado de qualidade (LAKE, 2002).

O PES-NWI forneceu uma estrutura que abordou os domínios chaves do ambiente de prática profissional, os mesmos que são centrais nos chamados Hospitais Magnéticos, ou seja, a validade de conteúdo foi congruente com o NWI. O contexto da instituição de saúde como um todo é fornecido pela avaliação das duas primeiras subescalas, e o contexto das unidades hospitalares de forma mais específica é fornecido pelas três últimas subescalas. O constructo foi validado ao se comparar a média dos escores dos Hospitais Magnéticos com os não magnéticos, sugerindo que escala foi significativa ao que se propôs (LAKE, 2002).

Por fim, os autores ao aplicarem escores combinados para permitir a comparação entre as instituições de saúde, produziram um instrumento que avalia os fatores que influenciam o trabalho de enfermagem de forma mais simples. Hospitais que conseguiam alcançar escores maiores que o ponto neutro (2,5 pontos) em todas ou em quatro subescalas foram considerados ambientes favoráveis para a prática do enfermeiro, quando os hospitais alcançavam escores acima do ponto neutro em dois ou três subescalas eram considerados ambientes mistos, e por fim quando somente uma ou nenhuma subescala obtinha escore superior ao ponto neutro os hospitais eram considerados locais não favoráveis para o desenvolvimento da prática do enfermeiro (LAKE; FRIESE, 2006).

O PES-NWI foi considerado pelo seu conteúdo e conjunto de atributos, como um instrumento que satisfaz melhor o agregado de aspectos relacionados ao ambiente de prática profissional, pois é capaz de gerar evidências consistentes e que possibilitam comparações auxiliando pesquisadores do tema, e pode assim guiar intervenções que melhorem o ambiente de prática do enfermeiro e conseqüentemente a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Por suas propriedades, em 2004 ele foi eleito pela *National Quality Forum (NQF)*, uma medida de performance da assistência de enfermagem, e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, em 2005, sugeriu a sua utilização para a implementação das medidas sugeridas no fórum NQF. Assim o *National Database of Nursing Quality Indicators*, um órgão americano que trabalha com indicadores de qualidade da enfermagem, incorporou o PES-NWI para produzir suas pesquisas, havendo aproximadamente 500 hospitais participantes na atualidade (LAKE, 2007).

Isso posto, o instrumento PES-NWI tornou-se uma ferramenta bem fundamentada para mensurar as características do ambiente de prática profissional da enfermagem, e vários pesquisadores de diferentes países realizaram a adaptação e validação do instrumento, tais como Portugal, Brasil, China, Chipre, Irã, Austrália, Japão, Colômbia, Espanha, Coréia entre outros (CHO; CHOI; KIM; YOO *et al.*, 2011; EFSTATHIOU; ANDREOU; TSANGARI; DIMITRIADOU *et al.*, 2018; ELMI; HASSANKHANI; ABDOLLAHZADEH; JAFAR ABADI *et al.*, 2017; FUENTELESAZ-GALLEGO; MORENO-CASBAS; GONZALEZ-MARIA, 2013; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017; NASCIMENTO; JESUS, 2020; OGATA; SASAKI; YUMOTO; YONEKURA *et al.*, 2018; PARKER; TUCKETT; ELEY; HEGNEY, 2010; TENG; CHANG; LU; CHOU, 2016).

O PES foi traduzido, adaptado para a cultura brasileira e validado em 2015, seguindo as etapas recomendadas internacionalmente, resultando em numa versão de fácil entendimento e de adequada equivalência à versão original, mostrando-se válida e confiável, possibilitando a comparação dos ambientes dos hospitais ao classificá-los em favoráveis, mistos e desfavoráveis (GASPARINO, 2015).

Na versão brasileira do PES, primeiramente houve a etapa de adaptação transcultural, com a tradução, síntese das traduções, tradução de volta ao idioma de origem, e avaliação por conjunto de juízes. Em seguida, realizou-se o pré-teste do instrumento com um grupo de 41 enfermeiros que exerciam atividades no âmbito hospitalar, seja como gerentes, assistentes e como enfermeiros docentes. A adaptação do nome do instrumento "*Practice Environment Scale – Versão Brasileira*" (PES-Br) e os resultados dessa fase foram considerados satisfatórios para as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual (GASPARINO, 2015).

Posteriormente, foi realizada a avaliação psicométrica do instrumento PES-Versão Brasileira, sendo a análise fatorial confirmatória utilizada na verificação da validade do constructo, que indicou a exclusão de sete itens do instrumento. Três itens eram da subescala Fundamentos de Enfermagem voltados para a qualidade, e quatro da subescala, Participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, permitindo assim o adequado ajuste do modelo. Foram obtidos para cada subescala os seguintes valores de alfa de *Cronbach* e Confiabilidade Composta: subescala "Participação nos assuntos hospitalares" (com cinco itens) , 0,87 e 0,89; subescala "Fundamentos voltados para a qualidade" (com sete itens), 0,83 e 0,87; subescala "Habilidades dos gestores com a equipe"(com cinco itens), 0,87 e 0,90; subescala "Adequação de recursos" (com quatro itens), 0,83 e 0,89; e para a subescala "Relações entre enfermeiros e médicos"(com três itens), 0,76 e 0,86 (GASPARINO, 2015; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017).

Verificou-se portanto, que o PES-NWI e o PES-Versão Brasileira são instrumentos importantes para avaliar e caracterizar os ambientes de prática profissional, e que todos os itens dos instrumentos relacionam-se com o constructo, sendo que as estratégias de melhoria do ambiente de trabalho podem ocorrer com ações para o aprimoramento profissional, fortalecimento da liderança da enfermagem e envolvimento dos enfermeiros no cuidado com os pacientes de forma a reforçá-lo como responsável e ativo na gestão do cuidado.

2.1.2 Uso do PES na avaliação dos ambientes de prática profissional

Sabe-se que o papel do profissional de enfermagem é crítico para a segurança do paciente, pois por diversas razões este compõe a linha de defesa contra erros médicos ou de enfermagem e de práticas inseguras. O *Institute of Medicine (IOM)* produziu em 2004 um relatório que abordou a relação entre o ambiente prática profissional do enfermeiro e os resultados de qualidade e segurança na assistência por meio de um compilado de evidências.

Dentre os vários instrumentos multidimensionais produzidos para mensurar o ambiente de prática profissional do enfermeiro, o PES foi o que apresentou melhores propriedades para tal, e as pesquisas que exploram as características do ambiente de prática profissional tem então utilizado o instrumento para verificar as relações do ambiente com os resultados para a saúde do paciente, dos profissionais e os resultados nas intuições (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004; LAKE; SANDERS; DUAN; RIMAN *et al.*, 2019).

Um estudo de revisão publicado em 2007, que teve como objetivo examinar os instrumentos publicados que avaliavam o ambiente de prática da enfermagem, identificou sete instrumentos como resultado. O PES-NWI teve destaque entre os achados pois recebeu avaliações positivas, sendo destacado como pontos fortes o embasamento teórico consistente de seus quatro domínios, além de ser o instrumento mais utilizado na época para compor os estudos sobre o ambiente de prática profissional com nove estudos. Os achados indicaram ser o instrumento que melhor refletiu o ambiente de prática profissional do enfermeiro nessa pesquisa (LAKE, 2007).

Outro estudo que teve como proposta realizar uma revisão sobre as modificações, usos, e variações em diversos contextos da prática do instrumento PES-NWI, identificou 37 publicações, todas com desenhos de pesquisas transversais. Os contextos de utilização do PES-NWI nessa amostra foram amplos, como no caso de unidades de terapia intensiva, unidades de cuidados cardíacos, ortopédicos, neurológicos, em contextos cirúrgicos, unidades de diálise, unidades psiquiátricas, oncológicas e também na atenção primária. O estudo ainda verificou que o instrumento também foi traduzido e adaptado em vários países, e que a maioria das publicações associavam os escores do PES-NWI com os resultados em relação ao

sentimento de satisfação dos enfermeiros, satisfação com o trabalho e o *burnout*. Outras associações relacionadas a estrutura organizacional também foram comparadas aos escores do PES-NWI tais como a localização, o número de leitos, o status de instituição de ensino, o tipo de paciente, o status de lucratividade e o staff de pessoal. Assim, as conclusões indicaram que o instrumento foi capaz de fornecer dados para comparação significativos e que avaliou adequadamente os ambientes de prática da enfermagem (WARSHAWSKY; HAVENS, 2011).

Uma investigação recente, que objetivou realizar uma meta-análise quantitativa da associação do ambiente de prática com os resultados para a saúde e para o trabalho do enfermeiro, no período de 2002 à 2018, obteve uma amostra composta por 17 estudos. Quatro categorias sobre resultados associados ao PES foram constituídas, sendo a primeira denominada, resultados do ambiente de trabalho para o enfermeiro, com as variáveis: *burnout*, insatisfação com o trabalho e intenção de deixar o emprego. A segunda categoria intitulada, avaliações de qualidade e segurança reportada pelo enfermeiro, tinha como variáveis a incapacidade de gerenciamento do cuidado para alta do paciente, grau de segurança ruim ou falha, qualidade ruim ou falha da enfermagem. A terceira categoria denominada, resultados para o paciente, continha as variáveis: mortalidade de pacientes internados no período de 30 dias e efeitos adversos. E por fim, a categoria satisfação do paciente, com a variável de classificação positiva do hospital pelo paciente. Os pesquisadores identificaram associações consistentes e significativas entre o ambiente de trabalho e todas as categorias de resultados. Foram então formuladas as inferências que, melhores ambientes de trabalho estavam associados a menores chances de resultados negativos do cuidado de enfermagem, melhores resultados em relação a segurança e qualidade do cuidado e menos resultados negativos ao paciente. Os ambientes mais favoráveis à prática do enfermeiro tinham maiores chances de satisfação do paciente, indicando que o ambiente de prática profissional precisa de atenção para permitir bons resultados em relação ao paciente, a segurança e a saúde (LAKE; SANDERS; DUAN; RIMAN *et al.*, 2019).

Estudos envolvendo as associações entre o ambiente de prática profissional e os resultados para pacientes, instituições e para os profissionais de enfermagem vem sendo desenvolvidos diversos países, utilizando diversas variáveis que confirmem e demonstrem a relevância do tema.

Questionamentos a respeito da influência do ambiente de trabalho e os resultados para pacientes, possibilitaram estudos que avaliaram a associação da mortalidade de pacientes cirúrgicos e o ambiente de prática do enfermeiro demonstrado por meio da carga de trabalho, do staff de enfermagem e do nível educacional. O estudo desenvolvido com 168 hospitais gerais americanos, evidenciou a associação da mortalidade de pacientes em 30 dias após procedimento cirúrgico e a falha no tratamento, com os ambientes de atendimento, a equipe de enfermagem e a educação do enfermeiro (AIKEN, 2003).

Nesse estudo a probabilidade de os pacientes morrerem dentro de 30 dias da admissão foi 14% menor em hospitais com melhores ambientes de atendimento, do que em hospitais com ambientes de atendimento ruins. As chances de morte de pacientes em hospitais com a proporção paciente enfermeiro maior (8 para 1) era 1,26 vezes maior do que em hospitais que a relação média de pacientes enfermeiros era menor (4 para 1). A qualificação educacional do enfermeiro demonstrou associação com o risco de morte dos pacientes, indicando que a cada um aumento de 10% na proporção de enfermeiro com bacharelado na instituição estava associada uma diminuição de 4% no risco de morte. Adicionalmente, evidenciou que a cada paciente adicionado à carga de trabalho da enfermagem, estava associado um aumento de 23% do estresse emocional e de 15% na insatisfação com o trabalho para o enfermeiro (AIKEN, 2003).

Aiken et al (2014) avaliaram as diferenças nas cargas de trabalho por meio da relação paciente-enfermeiro e as qualificações educacionais, em nove países europeus, com objetivo de verificar as variações de mortalidade hospitalar após procedimentos cirúrgicos. Evidenciou-se que a cada paciente adicionado à carga de trabalho do enfermeiro, estava associado um aumento de 7% na mortalidade de pacientes cirúrgicos dentro de 30 dias da admissão, e que um aumento de 10% no número de enfermeiros que possuíam qualificações educacionais associou-se uma diminuição de 7% na mortalidade. Tais achados demonstram que o quantitativo de profissionais de enfermagem e a qualificação desses profissionais são fatores determinantes da qualidade do cuidado e dos resultados para o pacientes (AIKEN; SLOANE; BRUYNEEL; VAN DEN HEEDE *et al.*, 2014).

Outro campo de pesquisa quanto ao ambiente de prática profissional do enfermeiro e os resultados aos pacientes é a qualidade da assistência prestada, relacionada a percepção da qualidade do cuidado oferecido ao paciente, seja pela

perspectiva do profissional ou pelo relato do paciente e familiares (GASPARINO, 2021).

Nesse sentido, pesquisadores examinaram os efeitos do suporte organizacional e gerencial de instituições hospitalares sobre a equipe de enfermagem quanto a insatisfação com o cuidado prestado, com o emprego e o esgotamento percebido em uma amostra de 10.319 enfermeiros de hospitais dos Estados Unidos, do Canadá, Inglaterra e Escócia por meio de um estudo transversal multicêntrico. Como resultados constatou-se que o suporte organizacional e gerencial para a equipe de enfermagem tem efeito robusto sobre a insatisfação e esgotamento no trabalho, e que estão direta e independentemente relacionados à baixa qualidade do cuidado prestado reportado pelos enfermeiros. Assim, em hospitais onde existe pouco suporte organizacional/gerencial à equipe de enfermagem, comparado aos que possuem melhor suporte, a chances de pior percepção da qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro é até três vezes maior (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002).

A satisfação com a assistência prestada reportada pelos enfermeiros também é campo de pesquisa associado aos ambientes de prática. As chances de avaliações negativas da qualidade do atendimento ao paciente é 42 a 69% menor em hospitais com ambientes favoráveis. Os estudos apontam três fatores que podem contribuir para a retenção de enfermeiros e os resultados para o paciente: por meio da melhoria qualitativa da equipe de enfermagem, com a instrução educacional; quantitativa, ao melhorar a proporção de enfermeiro-paciente; e mediante investimento no desenvolvimento do pessoal de enfermagem, da gestão de qualidade, da supervisão adequada do gerente na linha de frente; e das boas relações entre médicos-enfermeiros (AIKEN; CLARKE; SLOANE; LAKE *et al.*, 2008; TEI-TOMINAGA; SATO, 2016).

Pesquisas relacionadas a eventos adversos e sua relação com o ambiente de enfermagem tem sido explorada, utilizando o PES como instrumento de medida do ambiente e os eventos adversos medidos pelas variáveis como número de quedas de pacientes, erros de medicação, sepse relacionada infecções nosocomiais e a lesão por pressão (LPP).

Na Espanha um estudo transversal conduzido entre 2018 a 2019 revelou que, em ambientes de prática considerados desfavoráveis, cerca de 62,1% dos enfermeiros relatam ter cometido erros na assistência, e que em ambientes

favoráveis, as notificações de eventos adversos são maiores (GRANADOS-PLAZA; GEA-CABALLERO; MARTÍ-EJARQUE; FERRÉ-GRAU, 2021).

A LPP considerada um evento adverso, foi associado aos ambientes de prática profissional da enfermagem desfavoráveis, como é o caso do estudo americano que avaliou 373 hospitais dos Estados Unidos, e indicou uma chance menor de 21% de ocorrência da LPP quando o paciente se encontrava internado em unidades hospitalares consideradas com características magnéticas em comparação as outras unidades hospitalares (IC 95%, 0,64-0,98). O acréscimo de um ponto no escore do PES-NWI da unidade hospitalar, reduzia em 29% as chances de ocorrer a LPP como evento adverso, indicando que direcionar os esforços para tornar as unidades hospitalares mais favoráveis merece atenção dos gestores (MA; PARK, 2015).

Corroborando com os achados quanto aos eventos adversos, o estudo de revisão sistemática realizado por Nascimento e colaboradores (2020), verificou que as publicações nesse campo tem demonstrado que o ambiente de trabalho favorável tem relação inversa e significativa com os eventos adversos, sendo 39% menores as chances de LPP (OR, 0,61; IC 95%, 0,449 - 0,834), 32% menor chances de queda do paciente (OR, 0,68; IC 95%, 0,490-0,939), 45% menor chance de erros de medicação (OR, 0,55; IC 95%, 0,400-0,758) e 68% menor chance de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter central (OR, 0,32; IC 95%, 0,18-0,58).

O ambiente de prática de enfermagem é modificável organizacionalmente e capaz de influenciar resultados relacionados aos profissionais de enfermagem, como a satisfação profissional, o burnout, a exaustão emocional, os acidentes de trabalho e até mesmo o bullying. Um painel elaborado com períodos distintos, compreendido entre 1999 e 2006, investigou se as taxas de burnout, intenção de deixar o emprego e insatisfação com o trabalho mudaram com o tempo, associando ao trabalho dos enfermeiros. Evidenciou-se que, em geral, os resultados dos enfermeiros melhoraram, com menores taxas de burnout, intenção de deixar o emprego e insatisfação com o trabalho em 2006, quando comparado a 1999. Os modelos demonstraram que, ambientes de trabalho favoráveis possuíam forte associação negativa com as taxas de burnout ($\beta = -6,42\%$, $p < 0,01$), intenção de deixar o emprego ($\beta = -4,10\%$, $p < 0,01$) e insatisfação com o trabalho ($\beta = -8,00\%$, $p < 0,01$) (KUTNEY-LEE; WU; SLOANE; AIKEN, 2013).

Reforçando as evidências de que o ambiente de trabalho pode determinar os resultados para a enfermagem, o estudo de Kelly e colaboradores (2011), identificou

diferenças entre hospitais com acreditação magnética e não magnética, realizando um estudo com 567 hospitais de cuidados agudos. Os ambientes de trabalho nos hospitais magnéticos foram considerados significativamente melhores ($t = -5,29$, $p < 0,001$), além de possuir um corpo de enfermagem mais qualificado ($t = -2,27$, $p < 0,001$), sendo que esses profissionais eram 18% menos propensos a insatisfação com o trabalho e 13% menos propensos a altos níveis de burnout comparado aos hospitais sem tal acreditação.

Achados semelhantes ocorreram em outros países como na Jordânia, onde um estudo transversal avaliou o ambiente de prática dos enfermeiros, a satisfação com o trabalho e a intenção permanecer no emprego. Os resultados indicaram que, de modo geral, os melhores ambientes de trabalho pontuados com a escala do PES-NWI estavam associadas a intenção de permanência no emprego entre os enfermeiros. Verificou-se ainda que, a cada ponto acrescido na escala do PES-NWI, aumentava em 1,3 pontos a satisfação média dos enfermeiros e 3,6 pontos na intenção média de permanecer no emprego (AL-HAMDAN; MANOJLOVICH; TANIMA, 2017).

No que se refere às evidências para os trabalhadores da saúde, os acidentes de trabalho e sua associação com os ambientes de prática de enfermagem também são motivos de investigação, ainda que timidamente. Acidentes com material perfurocortantes por exemplo, foram estudados com intuito de determinar o efeito na equipe de enfermagem e na organização de enfermagem, com a probabilidade para esse tipo de acidente ocupacional. Clarke e colaboradores (2002), ao avaliarem o ambiente de prática profissional, identificaram que as subescalas de adequação de recursos e liderança a nível de unidade tinham relação com o suporte organizacional e o risco de acidentes com material perfurocortante. Os resultados evidenciaram que enfermeiros em unidades com inadequação de recursos, menor quantitativo de pessoal de enfermagem, liderança de enfermagem deficiente e níveis mais altos de exaustão emocional eram tipicamente duas vezes mais propensos a relatar a presença de fatores de risco para a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes, relatados pelo descuido e inexperiência da equipe, falta de cooperação do paciente, reencape frequente de agulhas e conhecimento inadequado dos materiais disponíveis.

O assédio moral ou bullying emergiu também como objeto de estudo associado ao ambiente de prática profissional do enfermeiro, pois foi mais prevalente na enfermagem em relação às outras profissões e com consequências conhecidas, como

a depressão e sintomas psicossomáticos. A associação entre o assédio moral e a insatisfação no trabalho também tem sido apontadas como consequências, além da intenção de deixar o emprego, rotatividade de profissionais e piora na qualidade da assistência (BREWER; KOVNER; OBEIDAT; BUDIN, 2013; BUDIN; BREWER; CHAO; KOVNER, 2013).

Isso posto, o ambiente de trabalho foi objeto de estudos que buscaram associá-lo ao *bullying* e assédio moral no Japão, onde foram conduzidos estudos transversais com uso do PES-NWI, medindo conjuntamente com o assédio moral. Observou-se que o *bullying* esteve associado aos escores mais baixos das subescalas do PES-NWI nos itens, “habilidade do gerente de enfermagem, liderança e suporte aos enfermeiros” e “adequação de recursos e pessoal”, e os atos negativos frequentemente relatados foram “retenção de informações que afetam o desempenho” (6,7%), “exposição a carga de trabalho excessiva” (4,4%) e “ser alvo de raiva espontânea ou gritos” (3,6%). No outro estudo japonês que verificou a relação do ambiente de prática do enfermeiro e o *bullying* em conjunto com a qualidade da assistência prestada, indicou que o ambiente de prática é um preditor significativo da qualidade de atendimento ao paciente (ANZAI; DOUGLAS; BONNER, 2014; YOKOYAMA; SUZUKI; TAKAI; IGARASHI *et al.*, 2016)

A associação entre os ambientes de prática favorável e os resultados para as instituições, demonstrados por meio de menores taxas de absenteísmo, intenção de deixar o emprego, e melhor retenção dos profissionais de enfermagem foram os aspectos que primeiramente motivaram os estudos realizados mundialmente para identificar os fatores positivos associados a retenção de profissionais em instituições magnéticas. Foi possível inferir por meio de resultados de pesquisas que o ambiente de trabalho desfavorável aumenta a chances de absenteísmo, e que quando os enfermeiros possuem uma visão boa do seu ambiente de trabalho existe uma correlação positiva com a satisfação e a intenção de permanecer no emprego/instituição (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017; OLIVEIRA; COCA; SPIRI, 2021).

A literatura internacional sobre a retenção da força de trabalho em saúde demonstra que a produtividade, a qualidade do atendimento ao paciente e as implicações financeiras são maiores quando existe alta rotatividade de profissionais, e que reter é preferível a recrutar, contratar e treinar novos funcionários. (AIKEN; HAVENS; SLOANE, 2009; ALENAZY; DETTRICK; KEOGH, 2021; JONES, 2007).

Uma revisão de literatura australiana sobre retenção da força de trabalho em saúde naquele país estimou que 32 milhões de dólares gastos anualmente poderiam ser contingenciados se as taxas de rotatividade dos profissionais fossem reduzidas à metade (WAKERMAN; HUMPHREYS; RUSSELL; GUTHRIDGE *et al.*, 2019).

É premente dar destaque aos achados dos pesquisadores que tem evidenciado que as transformações no ambiente de prática profissional deveriam ser implementadas para sua melhoria, e empenhar mudanças nessa direção resultaria em melhores desfechos para pacientes, equipe de enfermagem e instituições. Ainda que a existência de estudos de intervenção aplicados a prática diária e utilizando o PES sejam limitados, a literatura indica que esse instrumento é amplamente utilizado e demonstra de forma robusta os predicados do ambiente de prática do enfermeiro que necessitam de intervenção (SWIGER; PATRICIAN; MILTNER; RAJU *et al.*, 2017).

Assim o uso de instrumentos como o PES para identificar quais características estão associadas a melhoria na qualidade do trabalho do enfermeiro é válida, além de necessária considerando a realidade continental do Brasil, as diferentes realidades de trabalho e o recente contexto pandêmico vivenciado.

2.2 Síndrome de *Burnout*.

O relacionamento que as pessoas têm com seu trabalho e as dificuldades que se apresentam nele diariamente tem sido reconhecido como um fenômeno significativo na atualidade, impulsionando um interesse crescente por pesquisas sobre o tema, incluindo as questões relativas às políticas institucionais que determinam as características dos ambientes de prática profissional, impactando nos profissionais da saúde.

Estes estudos tem considerado a associação entre as variáveis organizacionais das instituições de saúde, dos ambientes de prática e resultados sobre a qualidade do atendimento, segurança do paciente, absenteísmo, turnover e insatisfação no trabalho.-Um dos resultados frequentemente associados à enfermagem com relação aos ambientes de prática é a Síndrome de *Burnout* (SB) (AL MA'MAR; SHAROUR; AL OMARI, 2020; GENSIMORE; MADURO; MORGAN; MCGEE *et al.*, 2020; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004; MOISOGLOU; YFANTIS; TSIUMA; GALANIS, 2021; SIMONETTI; AQUEVEQUE; ALEJANDRA GALIANO, 2021).

A princípio, o termo *Burnout* foi introduzido na esfera psicológica por Herbert Freudenberger, em 1974, nos Estados Unidos, ao analisar a perda da motivação e comprometimento com o trabalho em voluntários de clínicas denominadas *free clinics*, que eram locais que prestavam serviços de saúde de forma gratuita para pessoas em situação de vulnerabilidade. Ele então descreveu o fenômeno baseado em suas experiências próprias e na observação desses voluntários, criando o conceito do *burnout* como uma falha ou desgaste, derivado das demandas em excesso de energia e recursos, o que acarreta na exaustão e fadiga do indivíduo, tornando-o ineficiente para o trabalho (FREUDENBERGER, 1974).

Descreveu ainda neste estudo os sinais físicos que associou ao *Burnout*, entre eles, a exaustão e fadiga percebidos pelo indivíduo, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, insônia e respiração encurtada. Associados aos sinais físicos descreveu sinais comportamentais, como irritação, agressividade, depressão, cinismo e introspecção. Para esse autor, haviam pessoas mais propensas a desenvolverem o *Burnout*, e as caracterizou como aquelas que são “as mais dedicadas ao trabalho”, ou seja as que realizavam longas jornadas de trabalho, sem descanso, que repetidamente executavam alguma função, o que gerava tédio em relação a tarefa. Por fim indicou medidas para prevenção do *Burnout* sugerindo, o trabalho em equipe, menos horas de trabalho no dia, não realizar atividades rotineiramente (repetir a mesma tarefa), ter momentos de afastamento do trabalho e lazer, além de exercícios físicos e acompanhamento psicológico aos que fossem diagnosticados com *Burnout* (FREUDENBERGER, 1974).

Pouco tempo depois a psicóloga Christina Maslach (1976) da Universidade da Califórnia, introduziu o termo na literatura científica e o definiu como um processo, que de forma gradual ocorre com profissionais que prestam assistência a pessoas, e se apresenta como fadiga, cinismo e comprometimento reduzido para o trabalho. Porém o conceito foi reformulado alguns anos mais tarde por Maslach e Jackson (1981) com uma definição mais operacional do *Burnout*, que se deu ao realizarem estudos observacionais sobre o fenômeno em trabalhadores de instituições de prestação de serviços às pessoas. Consideraram uma síndrome psicológica caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e uma sensação reduzida de eficácia profissional que pode aparecer nos trabalhadores que atendem a pessoas. A mudança entre as duas definições ocorreu pois os autores consideraram o *Burnout* como uma síndrome, sendo assim entendida como um quadro ou conjunto de

sintomas e sinais que existem ao mesmo tempo e definem clinicamente um estado particular e distinto dos demais (MASLACH, 1976; MASLACH; JACKSON, 1981).

Na conceitualização desses autores a SB é um constructo multidimensional, e está associado por vezes ao profissional da saúde, que tem como objeto do seu trabalho, as pessoas. A síndrome pode trazer consequências negativas para o indivíduo, profissão, família e sociedade e ainda, segundo esse conceito, apresenta três dimensões distintas e preditivas da SB (MASLACH; JACKSON, 1981).

A Exaustão Emocional (EE), que é a dimensão que trata do indivíduo, o profissional pode sentir-se emocionalmente incapaz de suportar e lidar com o cotidiano de sua prática, e sente-se esgotado. Na dimensão Despersonalização (DP) ocorre o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas do profissional com o paciente, que levam a um trabalho realizado de forma desumanizada. A última dimensão é a chamada Baixa Realização Profissional (RP), na qual o profissional demonstra insatisfação e frustração em relação as atividades que executa, e tende a ter uma autoavaliação negativa de si (MASLACH; JACKSON, 1981).

A definição de *Burnout* permaneceu em renovação e o constructo teve um desenvolvimento histórico sendo definido também como uma combinação de fadiga física, de exaustão emocional e de cansaço cognitivo (SHIROM, 1989). Posteriormente para Gil-Monte (2001), a síndrome surge com a baixa realização pessoal no trabalho (aspecto cognitivo), paralelamente os altos níveis de exaustão emocional (aspecto emocional), e as atitudes de despersonalização ocorrem como uma forma de enfrentamento diante dos sentimentos de baixa realização pessoal e exaustão emocional (GIL-MONTE; MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Outra definição de *Burnout* é que se trata de “um estado de esgotamento físico, emocional e mental que é resultado do envolvimento prolongado em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes.” (SHAUFELI; GREENGLASS, 2001, p. 501).

É importante ressaltar que os estudos sobre a síndrome alcançaram proporções maiores tanto na Europa quanto no América no século XXI. Na Espanha por exemplo, o acometimento do trabalhador por essa síndrome foi considerado um acidente de trabalho, pois julgou-se que SB tem origem em questões laborais, e o amparo legal para tal foi concedido pela Lei de Prevenção de Riscos Laborais em 1995 naquele país (GIL-MONTE; MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Estes conceitos foram aceitos por anos, porém os pesquisadores da área questionaram as dimensões e a forma de mensuração da SB, e alternativas teóricas sobre o fenômeno foram desenvolvidas numa tentativa de realizar conclusões quanto aos três componentes descritos, buscando explicar suas inter-relações. Estudos longitudinais mostraram que a ordem causal das dimensões do *burnout* ocorrem quando altos níveis de exaustão emocional podem levar a altos níveis de cinismo ou despersonalização (TARIS; LE BLANC; SCHAUFELI; SCHREURS, 2005).

Outros estudos demonstraram que a exaustão e a despersonalização constituem a centralidade da síndrome, enquanto a baixa realização profissional é considerada um antecedente, ou mesmo uma consequência do esgotamento (SHAUFELI; GREENGLASS, 2001).

Assim há modelos que não conceituam o *burnout* como uma síndrome relacionada exclusivamente com o trabalho, há também a ideia do esgotamento como um processo, em vez de um estado (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022; SHOMAN; MARCA; BIANCHI; GODDERIS *et al.*, 2021).

Logo, esta situação reflete o quanto são heterogêneas a semântica e a metodologia empregada na identificação do *Burnout*, sendo que até mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua décima primeira revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-11) de 2019, a especificou como um fenômeno e não uma doença, produzindo uma descrição do *Burnout* de forma um tanto quanto arbitrária e não necessariamente a mais adequada (GUSEVA CANU; MARCA; DELL'ORO; BALAZS *et al.*, 2021; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Estudo conduzido pela rede de Coordenação Europeia para pesquisas ocupacionais, denominada Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts (OMEGA-NET) e a European Cooperation in Science and Technology (COST) Action, teve o objetivo de harmonizar a definição de Burnout ocupacional como resultado de saúde, para ser usado em futuras pesquisas. Empregou-se uma revisão sistemática em bases de dados da saúde, e posteriormente uma análise semântica das definições disponíveis, formulando-se um conceito consistente, sendo a proposta submetida para o consenso por pares por meio da técnica Delphi, com especialistas de 29 países. Foram identificadas 88 definições de Burnout e, como resultado do consenso, 82% dos especialistas concordaram sobre a seguinte definição: "em um trabalhador, o Burnout ocupacional ou estado de exaustão física e emocional ocupacional é uma exaustão devido à exposição prolongada a

problemas relacionados ao trabalho". Os autores destacam que essa definição é operacional e sugerem a utilização de procedimentos como anamnese, avaliação dos problemas no ambiente de trabalho e o exame clínico para diagnóstico da SB, além dos sintomas da exaustão física e emocional (GUSEVA CANU; MARCA; DELL'ORO; BALAZS *et al.*, 2021, p. 104).

É possível identificar através de todos os conceitos apresentados a centralidade da exaustão física e emocional como núcleo da SB. Outro fator chave é a ligação com os problemas relacionados ao trabalho, ou seja os estressores e fatores que indicam um conjunto de situações e riscos no trabalho do indivíduo. Por fim a especificação de tempo, a duração da exposição do trabalhador ao problema no ambiente de trabalho é parte da condição causal para que a SB ocorra, ou seja a cronicidade (GUSEVA CANU; MARCA; DELL'ORO; BALAZS *et al.*, 2021; KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005; MOSER; TIETBOHL-SANTOS; ARENAS; XAVIER *et al.*, 2021; SHOMAN; MARCA; BIANCHI; GODDERIS *et al.*, 2021)

Diante do exposto é importante alcançar uma harmonização da definição e das formas de mensuração da SB, para assim permitir que ocorram estimativas confiáveis de sua prevalência no contexto ocupacional, em especial para os profissionais da saúde, evitando exageros do fenômeno, ou por vezes uma subestimação de sua ocorrência.

2.2.1 Síndrome de *Burnout* – instrumentos de medida

As formas de mensuração da SB, por meio de instrumentos válidos e confiáveis para sua identificação não são consenso, pois esses instrumentos na sua maioria são medidas de resultados relatados pelos pacientes (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022; SHOMAN; MARCA; BIANCHI; GODDERIS *et al.*, 2021).

Recentemente, estudo de Shoman e colaboradores (2021), examinou a validade psicométrica de instrumentos comumente utilizados para avaliar os sinais e sintomas da SB por meio de uma revisão sistemática que envolveu um período de mais de três décadas de publicações. Foram julgados os referenciais metodológicos, as técnicas de análise e critérios de interpretação de resultados dos instrumentos incluídos na revisão, além do risco de viés ao analisarem a validade de conteúdo e critério, validade estrutural, consistência interna, erros de mensuração e testes de

hipóteses usando a abordagem *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations* (GRADE). Assim 19 estudos foram incluídos na revisão, e cinco instrumentos de medida foram analisados. Foram eles: o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MASLACH; JACKSON, 1981), o *Pines' Burnout Measure* (PBM) (MALAKH-PINES *et al.*, 1981), o *Psychologist Burnout Inventory* (PBI) (ACKERLEY *et al.*, 1988), o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (DEMEROUDI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001) e o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005). Como resultados, o CBI juntamente com o OLBI surgiram como instrumentos com qualidade de evidência e validade de conteúdo suficiente para serem aplicados na avaliação da SB, corroborando com o entendimento da necessidade de avaliação do *Burnout* com instrumentos com maior qualidade metodológica e validade (SHOMAN; MARCA; BIANCHI; GODDERIS *et al.*, 2021).

Até a década de 80 os estudos sobre a SB concentravam-se nos sinais e sintomas, e a partir daí, estes começaram a focar na construção de instrumentos capazes de medir o fenômeno. Dentre os instrumentos elaborados naquela década nos Estados Unidos, está o *Maslach Burnout Inventory* que atualmente denominado é Inventário de *Burnout* de Maslach- versão serviços humanos, em inglês *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* – MBI-HSS (COIMBRA, 2017; PEREIRA, 2017). Adaptado e traduzido para a língua portuguesa por Lautert (1995), tratando-se de um instrumento amplamente utilizado para avaliar a síndrome de *Burnout* em trabalhadores que atuam diretamente com as pessoas (CARLOTTO; CÂMARA, 2005; BIANCHI; SCHONFELD; LAURENT, 2015; COIMBRA, 2017; PEREIRA, 2017; DALL'ORA; BALL; REINIUS; GRIFFITHS, 2020).

O MBI-HSS é um instrumento que possui 22 itens autoaplicável, com questões que refletem três dimensões da SB segundo o conceito do autor, a Exaustão Emocional (EE) com nove itens, Despersonalização (DE) com cinco itens e Realização Pessoal (RP) com oito itens. Os respondentes indicam a frequência com que o sentimento em relação ao trabalho varia, por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, onde 1 corresponde a nunca até 5 que corresponde a sempre. O escore dos sujeitos em cada uma das dimensões (EE, DE e RP) é computado por um somatório de pontos relativo a cada uma delas. A síndrome é considerada uma variável contínua, e os níveis variam entre baixo e alto. Considera-se um nível baixo de *Burnout* com escores baixos nas subescalas de EE e DP e escores elevados na

dimensão RP. Um nível alto de Burnout traduz-se em altos escores nas subescalas EE e DP, e escores baixos na dimensão RP (MASLACH; JACKSON, 1981).

Por anos a conceituação de Maslach e Jackson foi aceita, porém houveram as novas propostas de definições sugeridas por outros autores, e juntamente a essas propostas vieram questionamentos em relação aos conceitos teóricos e metodológicos da SB e o MBI (DEMEROUTI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001; KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Outros instrumentos de avaliação da SB foram desenvolvidos como alternativa ao MBI, e que possuem qualidade de evidência e validade de conteúdo suficiente para serem aplicados na avaliação da SB como citado anteriormente, que são o OLBI e o CBI (SHOMAN; MARCA; BIANCHI; GODDERIS *et al.*, 2021).

O *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) produzido por pesquisadores alemães, traz questionamentos quanto a um ponto fundamental do conceito da SB. O fato de a centralidade da síndrome desenvolver-se somente entre trabalhadores de serviços que atendem pessoas, por isso estes autores consideram tal conceituação um viés de seleção. Assim, consideraram que a SB poderia ocorrer com outros tipos de ocupações, já que os estressores apontados como presentes no trabalho e que são necessários para o desenvolvimento da SB podem ocorrer em outros contextos, como no setor de serviços (DEMEROUTI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001).

O modelo proposto por Demerouti e colaboradores (2001), sugere dois aspectos principais para o desenvolvimento da SB. Primeiramente ocorre um processo relacionado a aspectos que requerem demandas extremas no trabalho e assim levam a sobrecarga constante e por fim, exaustão do indivíduo. O segundo processo é a falta de recursos para o desenvolvimento do trabalho, o que dificulta o atendimento às demandas, e assim, desencadeia o desengajamento e o comportamento de aversão ao trabalho, fundamentais no constructo da SB (DEMEROUTI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001).

Dessa forma, o instrumento OLBI possui duas dimensões, sendo a primeira é a Exaustão, como efeito da exposição à tensão física, cognitiva e afetiva de forma crônica. E a segunda, a dimensão Desengajamento do trabalho, que é relativa a adoção de atitudes negativas e distanciamento frente as demandas do trabalho (DEMEROUTI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001).

O *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), tem como pressuposto teórico principal a definição da SB como uma combinação de fadiga física, exaustão

emocional e cansaço cognitivo. Foi desenvolvido à partir de um projeto de pesquisa que teve início 1997, com um estudo longitudinal de cinco anos, que objetivava estimar a prevalência e distribuição da SB, suas causas e consequências, para propor possíveis medidas de intervenção, conduzido por pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhague – Dinamarca (NIOH), denominado segundo o acrônimo dinamarquês *Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction* (PUMA) (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Estes pesquisadores, ao apresentarem o CBI, produziram críticas ao MBI, justificando, em primeiro lugar, o fato de o MBI medir o *Burnout*, considerando apenas os trabalhadores que atendem diretamente as pessoas, desta forma gerando um tipo de viés, assim como o sugerido pelos autores do OLBI. Como segunda crítica, apontam a ambiguidade dos autores Maslach e Jackson ao construírem um conceito, pois tratam a síndrome levando em consideração que a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal tem ocorrência simultâneas. Porém, no manual de uso do instrumento MBI, é indicado que essas três dimensões podem ser avaliadas de forma separada, sendo que cada dimensão gera um nível de *Burnout* que pode ser interpretado separadamente (DEMEROUTI; BAKKER; NACHREINER; SCHAUFELI, 2001; KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Tecem críticas pertinentes quanto a construção do conceito, visto que a dimensão despersonalização é considerada uma estratégia de enfrentamento ao *Burnout*, e a baixa realização pessoal é uma consequência do constante estado de estresse do indivíduo. Outra questão apresentada foi, que o projeto PUMA aplicou o MBI em trabalhadores como parte de um teste piloto, e algumas questões relacionadas a dimensão despersonalização e baixa realização no trabalho, foram vistas de forma negativa e foram consideradas muito relacionadas ao contexto norte americano sendo de difícil aplicação em contextos diversos (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Criticaram ainda que apesar de terem sido realizados ajustes no MBI em 1990, com a produção de mais dois instrumentos, o *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey* (MBI-SS) para profissionais da área da educação, e o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) aplicável a trabalhadores em geral, foi readequado o conceito da SB, e essa foi considerada uma condição mental, que é contrária a primeira definição de Maslach e Jackson. A última questão é que os instrumentos não são mais de domínio público, logo, não podem ser amplamente

avaliados no meio científico, o que difere do CBI que é livre para ser utilizado por quem tiver interesse em pesquisar a SB sem restrições (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

A centralidade chave dos conceitos utilizados na construção do CBI estão nas definições, primeiramente de Pines e Aronson (1988, p. 9) onde o *Burnout* representa "um estado de exaustão física e emocional causado pelo envolvimento em longo prazo em situações emocionalmente exigentes". Posteriormente, Shirom (1989) definiu o *Burnout* como uma combinação de fadiga física, de exaustão emocional e de cansaço cognitivo, que é bem próxima da definição de Schaufeli e Greenglass (2001, p.501) no qual a SB é "um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento de longo prazo em situações de trabalho emocionalmente exigentes". Assim, deixa claro a centralidade do cansaço e da exaustão como pontos chaves na compreensão do conceito da SB para estes autores, e que esses são atribuídos a domínios ou esferas específicas na vida da pessoa (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

O instrumento CBI possui três dimensões, que tratam do *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado ao trabalho e *Burnout* relacionado ao cliente/paciente, e foi aplicado em trabalhadores de serviços de atendimento direto às pessoas de diferentes profissões, apresentando validade e confiabilidade robustas, e ainda flexibilidade ao possibilitar a utilização em várias profissões da saúde. No CBI a fadiga e exaustão são exploradas no trabalho, no trabalho relacionado ao cliente, e também é avaliada em uma parte chamada pessoal ou genérica do instrumento (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

A dimensão *Burnout* Pessoal (BP) relaciona a fadiga e/ou exaustão física ou psicológica à dimensão pessoal, sem necessariamente estar vinculada ao trabalho (não ocupacional), por isso esse domínio é genérico, podendo abranger jovens, trabalhadores, desempregados, aposentados, etc. O *Burnout* relacionado ao trabalho (BT) é a dimensão que trata da fadiga e/ou exaustão física ou psicológica que é percebido no trabalho, verifica-se como o indivíduo consegue estabelecer conexões entre os sintomas e sua atividade laboral. Na dimensão *Burnout* relacionado ao Cliente (BC), trata de como o indivíduo percebe a fadiga e/ou exaustão física ou psicológica no desenvolvimento de suas atividades de trabalho com clientes, como ele estabelece a relação desses sinais de exaustão diretamente aplicado ao seu objeto de trabalho. Assim pode ser modificado o termo cliente para pacientes,

crianças, professores, estudantes, como melhor se aplicar a atividade realizada (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Para a elaboração do CBI, os autores basearam-se em teorias sobre atribuições causais e aspectos situacionais que as pessoas dão a seus sintomas psicológicos e somáticos de saúde, e a forma como interpretam os mesmos, construindo assim as dimensões BT e BC. Para exemplificar, quando as pessoas experimentam sintomas como cefaleias, náuseas, dores musculares, ou fadiga prolongada, tendem usualmente a não prestarem atenção a isso, a menos que esses sinais e sintomas tornem-se intensos, ou não controlados. Torna-se necessário pensar nos fatores causais, sejam eles internos ou externos. Logo essa atribuição de causalidade foi considerada um aspecto importante para a construção do CBI, para entender como são atribuídas as causas da SB, e assim fosse possível para os pesquisadores elaborarem estratégias de enfrentamento (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

O modelo situacional de doença foi outro item importante para construção do CBI, pois este modelo descreve como as pessoas tentam interpretar, avaliar e lidar com os sintomas em suas vidas diárias. Assim foi possível compreender como as pessoas convivem com os diferentes níveis de *Burnout* durante sua rotina diária, seja por uso de medicações, por meio da troca de experiência com outras pessoas, adquirindo atitudes de proteção ou defesa diante de uma situação cronicidade, da mesma forma como uma pessoa conviveria com sinais e sintomas de doenças como diabetes, alergias e etc (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

O instrumento CBI é composto por 19 itens que avaliam três dimensões: *Burnout* pessoal (BP), composta por seis itens (item 1 a 6); *Burnout* relacionado ao trabalho (BT), composta por sete itens (item 7 a 13); e *Burnout* relacionado ao cliente (BC), composta por seis itens (item 14 a 19). Sua validação foi realizada em trabalhadores adultos de diversos serviços que tratam com pessoas, como escritórios, setores hospitalares (psiquiatria, enfermarias), profissionais do sistema prisional, *homecare* e setores de cuidados a pacientes com deficiências graves. As respostas para os itens são verificadas pela frequência e pela intensidade variando de nunca ou 0% das vezes até sempre ou 100% das vezes. As questões possuem enunciados com padrão negativo de respostas, que visam identificar o quanto à exaustão física ou mental interfere no trabalho do indivíduo (exemplo: O seu trabalho é emocionalmente

exaustivo?). Porém, o item 10 do instrumento tem enunciado positivo (Tem tempo e energia para a família e amigos durante os tempos de lazer?). Conforme recomendação dos autores da versão original recomendam, a escala de resposta deste item deve ser invertida durante a análise do instrumento, ainda que os autores sugeriram que não seja utilizado um ponto de corte, pois todos os níveis da SB são importantes e podem ter variações com o passar do tempo (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

O CBI foi adaptado e validado no Brasil para uma amostra de estudantes universitários por Campos e colaboradores (2011), sendo denominado *Copenhagen Burnout Inventory – Students Survey* (CBI-SS), e a versão mais recente e que foi utilizada para esse estudo trata-se da versão de Rocha (2019), que avaliou as propriedades psicométricas da versão adaptada para o contexto brasileiro, em uma amostra de docentes e trabalhadores técnico-administrativos de instituições de ensino superior, denominada *Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version* (CBI-Br).

O CBI-Br foi adaptado a partir da versão original de autoria de Kristensen e colaboradores (2005), e da versão validada de Campos e colaboradores (2011), exigindo adaptação cultural para amostra de docentes e trabalhadores técnico-administrativos. Foram mantidas as três dimensões do CBI, o *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado ao trabalho (BT) e o *Burnout* relacionado aos Colegas (BC), o termo “clientes” foi substituída por “colegas”, o índice de validade de conteúdo do instrumento foi considerado ótimo. Posteriormente, realizou-se a análise da sensibilidade psicométrica dos itens do CBI-Br, que foi considerada adequada. A análise de validade do constructo foi realizada por meio da Análise Fatorial Confirmatória e análise de confiabilidade com Alpha de *Cronbach* padronizado para as dimensões: [α (BP)=0.94; α (BT)=0.91; α (BC)=0.94], consistência interna adequada do instrumento para a amostra (ROCHA; DE JESUS; MARZIALE; HENRIQUES *et al.*, 2020).

2.2.2 Uso do CBI na avaliação da Síndrome de *Burnout*.

Desde o seu desenvolvimento, o CBI tem demonstrado propriedades psicométricas robustas, sendo considerado um instrumento válido e confiável para a avaliação do *burnout* em diferentes países, dentre os quais estão China, Nova Zelândia, Portugal, Espanha, Tailândia, Irã e Malásia e tem sido usado para avaliar a

SB em trabalhadores que atendem diretamente às pessoas (YEH et al., 2007; MILFONT et al., 2007; FONTES, 2011; CAMPOS; CARLOTTO; MARÔCO, 2013; MOLINERO; BASART; MONCADA, 2013; PHUEKPHAN et al., 2016; MAHMOUDI et al., 2017; ANDREW CHIN et al., 2018).

Quando observamos os estudos relacionados a força de trabalho da enfermagem, esses identificam a SB como sendo um “resultado” da ocupação profissional. Os fatores que constituem a SB, contribuintes para seu desenvolvimento e as consequências para os trabalhadores, instituições e pacientes são os pontos mais explorados, porém não necessariamente são bem explicitados.

Para trazer dados abrangentes de resultados de pesquisa sobre o *Burnout* e outras variáveis, determinando o que é conhecido hoje na literatura e o que ainda é necessário conhecer, foi conduzido uma pesquisa de revisão a respeito das teorias sobre o tema. De um montante de 91 artigos primários, verificou-se que 89% deles utilizou o MBI como instrumento de medida da SB, e o CBI foi utilizado em alguns achados. As variáveis preditoras para a síndrome mais encontradas na literatura foram a alta carga de trabalho, o baixo controle sobre o trabalho, o clima organizacional com pouco apoio, baixas recompensas salariais, o staff de pessoal de enfermagem inadequado, turnos de trabalho longos (superiores a 12 horas), pouca flexibilidade de horários, alta pressão por tempo de atendimento, além de fatores preditores psicológicos como inflexibilidade de tarefas, conflito de papéis, pouca autonomia, relações colegiais entre médicos e enfermeiros ruins, pouco suporte do líder/supervisor, relacionamento negativo da equipe de trabalho e insegurança no trabalho (DALL'ORA; BALL; REINIUS; GRIFFITHS, 2020).

Ainda neste estudo os resultados da SB para os profissionais apontaram redução no desempenho no trabalho, qualidade de atendimento ruim, baixa segurança para o paciente, ocorrência de eventos adversos, percepção negativa da qualidade de assistência pelo paciente, ocorrência de infecções, erros de medicação, quedas de pacientes e intensão de deixar o emprego. As deficiências das pesquisas sobre a SB encontram-se na associação dela com a retenção e rotatividade dos profissionais, porém fica evidente o quanto ela tem consequências graves tanto para a equipe quanto para os pacientes, e que as características adversas no ambiente de trabalho são consistentes com o desenvolvimento do *burnout* (DALL'ORA; BALL; REINIUS; GRIFFITHS, 2020).

A carga de trabalho tem sido estudada em associação a SB, e o instrumento CBI tem demonstrado ser confiável para predizer a síndrome. Em um estudo conduzido no Japão, em um hospital universitário com 707 enfermeiros, os autores puderam concluir que a carga de trabalho, seja em relação ao quantitativo de pacientes e ao tipo de pacientes, torna esses profissionais susceptíveis ao aparecimento do *Burnout* relacionado ao paciente, e que medidas que visem avaliar o volume e natureza do trabalho destes profissionais pode contribuir para a redução do *Burnout* (SHIMIZUTANI; ODAGIRI; OHYA; SHIMOMITSU et al., 2008).

O CBI foi validado para outros profissionais da saúde, como na Nova Zelândia em uma amostra de 277 médicos recém-formados. Nessa categoria profissional, o estudo encontrou níveis altos da SB, sendo o *Burnout* Pessoal alto em 26,7%, dos participantes, seguidos por 20,2% relacionado ao trabalho e 6,1% relacionado ao paciente. Verificou-se que quando esse médicos eram mais jovens tinham mais chances de desenvolver a SB, bem como quando trabalhavam mais de 60 horas semanais (BENSON; SAMMOUR; NEUHAUS; FINDLAY et al., 2009).

A validação do CBI na China foi realizada com diversas categorias profissionais, e obteve escores elevados nas dimensões do *Burnout* pessoal e relacionado ao trabalho. Os autores consideraram o instrumento confiável e com boas características psicométricas, além de robusto para a aplicação a diversos contextos laborais (YEH; CHENG; CHEN; HU et al., 2007).

Buscando avaliar os riscos ocupacionais para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre trabalhadores da saúde (médicos e enfermeiros) de um Serviço de Emergência na Europa, foi conduzido um estudo transversal que utilizou o instrumento CBI. Como principais resultados, ambas categorias profissionais foram afetadas pela SB, com altos níveis relacionados ao *Burnout* pessoal e relacionado ao paciente, e os médicos foram os mais afetados com altos níveis de *Burnout* relacionado ao trabalho. O *Burnout* relacionado ao trabalho neste estudo foi associado negativamente às formas de enfrentamento de problemas, grau de liberdade no trabalho e apoio social (ILIĆ; ARANDJELOVIĆ; JOVANOVIĆ; NEŠIĆ, 2017).

O esgotamento resultante de demandas em setores específicos da saúde como nos serviços de urgência, gera grande responsabilidade a esses profissionais, além de senso de comprometimento, sendo esse grupo profissional seletivamente mais propenso a altas demandas pessoais e de enfrentamento em seu trabalho cotidiano, ou seja, mais propenso a desenvolver a SB, visto que essa se desenvolve quando

existe a exposição crônica a situações de estresse laboral, como abordado anteriormente.

Um recente estudo conduzido no Brasil, avaliou a prevalência da SB entre enfermeiros (n=80) de um hospital da região nordeste, utilizando o instrumento CBI, no segundo semestre de 2019. Como resultados observou-se a prevalência de níveis altos de *burnout* pessoal (47,5%), e níveis intermediários de *burnout* relacionado ao trabalho (56,2%) e *burnout* relacionado ao cliente (50%). Verificou-se ainda a correlação positiva entre o aumento na carga horária semanal (superior a 30 horas semanais) e o *burnout* pessoal ($r=0,25$; $p = 0,03$). Tal achado indica a necessidade premente de mais estudos conduzidos na realidade brasileira, que utilizem essa ferramenta confiável e robusta (FREITAS; FREIRE, 2020).

2.3 Ambiente de prática profissional e a Síndrome de *Burnout* no contexto pandêmico do COVID-19

Ocorreram muitos desafios advindos da pandemia de COVID-19 para a enfermagem mundial, e para o setor da saúde. O ambiente de prática de enfermagem como componente essencial para o desenvolvimento do cuidado de forma segura e de qualidade merece a devida atenção neste contexto, e da mesma forma a atenção dispensada aos profissionais quanto a sua saúde psicológica.

Nesse processo atípico de contexto para o cuidado, os enfermeiros relataram trabalhar em más condições de prática, como é o caso da falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) principalmente nas fases iniciais da pandemia, o alto risco pessoal para aquisição da infecção pelo vírus, as altas cargas de trabalho, a falta de exames para o diagnóstico da doença tanto para os profissionais quanto para os pacientes além da participação limitada destes profissionais nas decisões nas organizações de saúde (KHAJURIA; TOMASZEWSKI; LIU; CHEN *et al.*, 2021; KNIFFIN; NARAYANAN; ANSEEL; ANTONAKIS *et al.*, 2021; SANTOS; BALSANELLI; FREITAS; MENEGON *et al.*, 2021).

A produção científica mundial procurou descrever o ambiente de prática profissional e sua relação com os resultados para pacientes (GURKOVÁ; MIKŠOVÁ; ŠÁTEKOVÁ, 2021; PIMENTA LOPES RIBEIRO; TRINDADE; SILVA FASSARELLA; ABREU PEREIRA *et al.*, 2022; PIMENTA; TRINDADE; FASSARELLA; PEREIRA *et al.*, 2022), instituições (ALMEIDA VENTURA-SILVA; PIMENTA LOPES RIBEIRO;

REIS SANTOS; ALVES FARIA *et al.*, 2020; SANTOS; BALSANELLI; FREITAS; MENEGON *et al.*, 2021; WONG; OLUSANYA; PARULEKAR; HIGHFIELD, 2021) e profissionais (GREENBERG; WESTON; HALL; CAULFIELD *et al.*, 2021; KAKEMAM; CHEGINI; ROUHI; AHMADI *et al.*, 2021; KHAJURIA; TOMASZEWSKI; LIU; CHEN *et al.*, 2021), no contexto pandêmico.

Um estudo transversal conduzido em sete hospitais da China avaliou o ambiente de prática profissional da enfermagem utilizando o PES-NWI validado para aquela realidade, comparando com escores de 2010. Observou-se que de forma global houve aumento no escore do PES-NWI comparado ao dos anos anteriores, e que as subescalas obtiveram mudanças positivas nos fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do atendimento, participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, relações colegiais entre médicos e enfermeiros, adequação de pessoal e recursos. Algumas mudanças foram identificadas como a adoção de um modelo de prática profissional, e melhoria na capacidade de lidar com eventos de emergência (JINGXIA; LONGLING; QIANTAO; WEIXUE *et al.*, 2022).

A comunidade acadêmica na área da saúde obrigou-se a realizar uma transição rápida das pesquisas no período pandêmico, e houve a preocupação sobre a qualidade e capacidade de reprodutibilidade dos achados sobre o COVID-19, sendo que as revisões de pesquisa ocuparam um papel de verificação e informação sobre as publicações em relação as melhores evidências disponíveis.

Alguns autores debruçaram-se sobre esse método de estudo, como é o caso de uma revisão guarda-chuva conduzida com o objetivo de examinar evidências sobre o impacto no trabalho e na saúde, dos profissionais que atuaram em ambientes epidêmicos/pandêmicos, sendo avaliada a produção científica entre os anos 2000 e 2020 sobre o tema. Como parte dos resultados encontrados, uma proporção significativa de pesquisas se concentrou em estudar o aparecimento de doenças mentais, resultados sobre o bem estar, a ansiedade e o estresse pós-traumático como desfechos relacionados a pandemias/epidemias, além do risco de infecção pelo COVID-19 e outras doenças respiratórias. Um dos fatores associados a esses resultados na saúde do trabalhador, foi o fator organizacional, como o acesso a EPIs e seu adequado uso, papel que o trabalhador tinha no ambiente de risco, percepção de segurança e preparação para epidemia/pandemia nas questões relativas ao controle de infecções (FAN; SENTHANAR; MACPHERSON; SHARPE *et al.*, 2021).

Ainda sobre a avaliação do impacto do COVID-19 no ambiente de prática de enfermagem, os estudos buscaram associações com algumas questões relacionadas a segurança do paciente, como é o caso do estudo transversal conduzido em um hospital de grande porte em Portugal com 403 enfermeiros, que tinha como objetivo analisar o impacto do COVID-19 nos ambientes de prática de enfermagem e a cultura de segurança do paciente. Evidenciou-se fragilidades quanto a cultura de segurança do paciente, e as respostas positivas relacionadas a cultura de segurança do paciente foram associadas aos ambientes de prática profissional favorável (PIMENTA; TRINDADE; FASSARELLA; PEREIRA *et al.*, 2022).

Outros achados da literatura atual associado a pandemia e ao ambiente de trabalho da enfermagem é o fenômeno denominado cuidados de enfermagem omitidos (*Missed Nursing Care*) Este fenômeno tem sido objeto de estudos a cerca de duas décadas em diversos contextos hospitalares, e ocorre quando qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente é atrasado ou não realizado. Os estudos tem apontado que quando o ambiente de trabalho da enfermagem é favorável ocorre uma relação inversa significativa com a omissão de cuidados, ou seja quanto mais favorável o ambiente de prática de enfermagem menor é a ocorrência do fenômeno (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Quando observado o fenômeno no contexto pandêmico, um estudo conduzido na Europa Central buscou investigar quais os domínios do ambiente de trabalho foram preditores da omissão de cuidados de enfermagem durante a pandemia. Avaliou-se uma amostra de 371 enfermeiros em quatro hospitais de cuidados a pacientes agudos. E como resultados principais houve aumento da omissão de cuidados de enfermagem em ambientes considerados desfavoráveis, as horas extras foram associadas aos motivos para a omissão do cuidado de enfermagem, e a subescala do PES-NWI com piores escores e que foi associada a omissão do cuidado de enfermagem foi a de “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (GURKOVÁ; MIKŠOVÁ; ŠÁTEKOVÁ, 2021).

Nacionalmente foi produzido um estudo que investigou o ambiente de trabalho da enfermagem em três hospitais universitários brasileiros durante a pandemia com uma amostra composta por 104 profissionais. Utilizou-se uma abordagem de métodos mistos, e os resultados qualitativos revelaram cinco temas emergentes, como o sentimento de insegurança, a falta de EPI, falta dos exames diagnósticos, mudanças no fluxo dos atendimentos, além do medo do desconhecido, indicando a necessidade

de atenção psíquica aos profissionais de saúde diante de situações desconhecidas como o caso da pandemia (SANTOS; BALSANELLI; FREITAS; MENEGON *et al.*, 2021).

A pandemia exerceu pressão psicológica sobre os profissionais de enfermagem, gerando um risco significativo para o desenvolvimento de distúrbios como a ansiedade, depressão e alterações no sono, principalmente quando foram expostos de forma desprotegida a pacientes com COVID-19. Os profissionais que experienciaram a linha de frente de atendimento às vítimas do COVID-19, apresentaram consequências negativas e foram expostos a altas demandas de trabalho, e menor tempo de atividades relaxantes o que aumentou o estresse e esgotamento relacionado ao trabalho (MAGNAVITA; SOAVE; RICCIARDI; ANTONELLI, 2020; MAGNAVITA; TRIPEPI; DI PRINZIO, 2020).

Outros problemas elencados como decorrentes da pandemia foram insônia, fadiga e alterações no bem-estar psicológico (burnout, estresse pós-traumático e sofrimento psicológico), associados a características relacionadas ao trabalho no contexto norte americano, por meio de um estudo de corte transversal. A amostra de enfermeiros estudada apresentou fadiga crônica moderada a alta, insônia subliminar, e experienciou ainda exaustão emocional, sofrimento psicológico moderado, altos níveis de burnout quando comparado aos colegas que não estiveram na linha de frente do cuidado aos pacientes na pandemia. Houve a associação entre as horas semanais de trabalho (superior a 40 horas) e menores tempos de intervalo para descanso a os piores resultados em relação a insônia, fadiga e burnout (FERNANDEZ; LORD; HALCOMB; MOXHAM *et al.*, 2020).

O estudo de Zhu *et al.* (2022), que objetivou examinar as características demográficas e de trabalho de profissionais da saúde mental associadas ao *Burnout* durante a pandemia do COVID-19, e a relação entre o *burnout* e a capacidade de cuidado humanística, evidenciou que mais da metade desses profissionais relataram *burnout* e que a maioria (79,6%) experimentou um baixo nível de capacidade de cuidado humanístico. Questões como a pressão no trabalho, satisfação com o ambiente de prática, satisfação salarial, conflitos na relação trabalho-família, participação em atividades de formação psicológica e o impacto da COVID-19 na identidade profissional estiveram significativamente associados à Exaustão Emocional do *burnout*. As variáveis significativamente associadas à diminuição do *burnout* incluíram trabalhar como enfermeiro ($\beta = -0,094$, $p < 0,05$), ter maior

satisfação com o ambiente de prática profissional ($\beta = -0,104$, $p < 0,05$), bem como maior capacidade de cuidado humanístico ($\beta = -0,530$, $p < 0,001$).

Para além disso, o burnout causa impactos negativos na qualidade e segurança do paciente, o que pode resultar na ocorrência de eventos adversos. No estudo de Kakeman et al. (2021) que avaliou o burnout dos enfermeiros e sua associação com a qualidade percebida do atendimento ao paciente e a ocorrência de eventos adversos (EA) durante o COVID-19, identificou uma alta prevalência de Burnout entre os enfermeiros (31,5%) e o risco de ocorrência do EA variou entre 26,1% a 71,7%. Observou-se que a qualidade autorrelatada do cuidado ao paciente foi considerada ruim, confirmando a hipótese de que um maior grau de burnout está correlacionado com um maior número percebido de EA e redução da qualidade percebida do atendimento ao paciente.

A saúde mental dos profissionais da saúde ainda que com poucas evidências, tem sido demonstrada como problema premente durante a pandemia, e provavelmente haverá ainda mais repercussão no período pós-pandemia. As novas publicações a respeito do tema trarão conclusões mais assertivas e embasadas estatisticamente de forma mais robusta.

Prevenir este sofrimento psíquico nos profissionais de saúde é sempre uma necessidade premente durante uma pandemia, quando a qualidade dos serviços de saúde é fundamental, e essa experiência acumulada em epidemias anteriores, e com o COVID-19, permite inferir que a implementação de políticas e intervenções de prevenção é uma necessidade permanente.

3 JUSTIFICATIVA

Diante da realidade que as unidades hospitalares enfrentam na atualidade de fornecer uma assistência com qualidade, livre de danos e riscos para os pacientes, com racionalidade de custos, porém em um momento após emergência de saúde mundial, a avaliação do ambiente de prática profissional é relevante.

Portanto verificar o sistema organizacional, gerencial e operacional, incluindo de recursos humanos, para a execução de melhores práticas assistenciais da equipe de enfermagem contribui para manutenção do cuidado de qualidade ao paciente.

Avaliar o ambiente de prática profissional e o nível de burnout percebido pela equipe de enfermagem pode somar evidências para o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre o tema, e futuramente fornecer subsídios para identificar estratégias de melhoria, que favoreçam a atuação da equipe de enfermagem, além da satisfação com o trabalho e manutenção dos profissionais de saúde nessas unidades.

Adicionalmente, compreender melhor os fatores contribuintes e o grau de burnout percebido pela equipe de enfermagem, uma abordagem ainda recente na realidade brasileira, pode gerar impacto na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

O ambiente de prática profissional da enfermagem no Brasil foi avaliado previamente, bem como os níveis de burnout, entretanto o presente estudo permitiu acessar o grau de burnout e o ambiente profissional no contexto da pandemia, sendo relevante para conhecer aspectos para o bem estar psíquico dos profissionais de saúde na pandemia. Logo novos conhecimentos podem indicar onde são necessárias ações futuras nesse campo de estudo, visto relevância da enfermagem para as instituições de saúde, dessa forma o presente estudo pretende oferecer tais evidências.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o ambiente da prática profissional, e os níveis de *Burnout* percebido pelos enfermeiros e explorar a associação entre o ambiente de prática profissional e a Síndrome de *Burnout* de instituições hospitalares.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- ✓ Identificar o ambiente de prática profissional dos enfermeiros por meio do *Practice Environment Scale – Versão Brasileira* (PES-Versão brasileira);
- ✓ Identificar níveis de *Burnout* percebido pelos profissionais da enfermagem por meio do Inventário de *Burnout* de Copenhague (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version - CBI-Br*);

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal, analítico e de abordagem quantitativa.

Na abordagem quantitativa ocorre a coleta sistemática de informações numéricas, que são resultado de uma mensuração, nessa abordagem utilizam-se procedimentos estatísticos para a análise dos dados. (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER; GRADY *et al.*, 2015; POLIT; BECK, 2018).

Os delineamentos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, pois suas medições são realizadas em um único momento, durante um curto período, sem necessidade de seguimento. Também podem examinar associações, porém as variáveis preditoras e de desfecho são definidas com base nas hipóteses de causa e efeito do investigador (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER; GRADY *et al.*, 2015).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) da Universidade de São Paulo - Unidade *Campus* (UC) e Unidade de Emergência (UE), referências terciárias de atendimento as demandas assistenciais hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade.

O HCFMRP-USP Unidade *Campus* e Unidade de Emergência (UE) como autarquia pública estadual encontra-se vinculado administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e associado à Universidade de São Paulo. O HCFMRP-USP - Unidade *Campus* e Unidade de Emergência (UE) no final de 2020, possuíam um quadro de aproximadamente 5.021 funcionários, além de contar com profissionais em situação de aprimoramento profissional como médicos residentes, aprimorandos, estagiários e alunos de residência multiprofissional. Sua infraestrutura conta com 564 leitos gerais e 160 leitos de Terapia Intensiva, ambulatório de especialidades com cerca de 292 consultórios, o que possibilita a realização de aproximadamente 496 mil consultas, 25 mil internações e quase 14 mil cirurgias por ano (USP, 2023).

Os recursos humanos de enfermagem podem ter contratos de trabalho com vínculo com o Estado, selecionados por concurso público para a função-atividade e com regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), contrato de trabalho de 30 horas semanais; e/ou com vínculo com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), selecionados por processo seletivo, sob o mesmo regime de trabalho, porém com contrato de 36 horas.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que atuavam nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas de pacientes adultos do HCFMRP-USP, UC e UE. Foram critérios de elegibilidade: ser enfermeiro envolvido diretamente no cuidado ao paciente, com tempo de experiência igual ou superior a três meses, e que não estavam de férias ou licença no período da coleta de dados.

No HCFMRP-UC, os setores que participaram do estudo foram a unidade de tratamento de doenças infectocontagiosas, dermatologia, clínica médica, transplante de medula óssea, oncologia clínica, cirúrgica e hematológica, ginecologia clínica e oncológica, neurocirurgia, unidade de transplante renal, unidade de transplante de fígado, ortopedia e traumatologia, unidade coronariana, unidade de terapia intensiva adulto (UTI) e UTI pós operatória.

Haviam 219 enfermeiros das unidades hospitalares que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo, 206 profissionais que receberam os envelopes com os instrumentos de resposta, assim haviam 183 enfermeiros alocados nas unidades pesquisadas no HCFMRP-UC, no período estudado. Desses 18 encontravam-se em afastamento, licença (maternidade ou saúde) ou em férias, 06 enfermeiros possuíam menos de 3 meses de experiência e 11 não aceitaram participar do estudo, dessa forma 148 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa, porém após a entrega dos instrumentos de coleta de dados, 03 pediram para retirarem-se do estudo e 06 não devolveram com os instrumentos de pesquisa, totalizando 139 enfermeiros no HCFMRP-UC.

No HCFMRP-UE, os setores que participaram do estudo foram a clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de diálise, unidade de tratamento de acidente vascular cerebral e neurocirurgia, unidade de tratamento de queimados, unidade

coronariana e centro de tratamento intensivo adulto (CTI). Havia 68 enfermeiros alocados nas unidades pesquisadas, desses 08 encontravam-se em afastamento, licença (maternidade e saúde) e em férias e 02 não aceitaram participar do estudo, dessa forma 58 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa, porém após a entrega dos instrumentos de coleta de dados 03 pediram para retirarem-se do estudo e 07 não devolveram os envelopes com os instrumentos, totalizando 48 enfermeiros na UE.

Um total de 187 enfermeiros participaram da pesquisa.

5.4 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Foram utilizados questionários autoaplicáveis entregues aos participantes nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). A abordagem dos participantes foi realizada pessoalmente pela pesquisadora de forma individualizada e em local reservado. Havendo a concordância na participação, os enfermeiros receberam os esclarecimentos quanto a natureza da pesquisa, objetivos, procedimentos de orientações quanto ao preenchimento dos instrumentos e garantias éticas.

Um envelope lacrado foi entregue ao participante, nele encontravam-se o Instrumento de Caracterização Pessoal e Profissional (ANEXO A), o instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhague - *Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian Version* (CBI-Br) (ANEXO B) e o instrumento *Practice Environment Scale – Versão Brasileira* (PES-Versão brasileira) (ANEXO C).

Uma nova data e horário para recolhimento do envelope foi acordada. Os participantes foram orientados quanto ao tempo previsto para o preenchimento dos instrumentos, de aproximadamente 30 minutos.

5.5 INSTRUMENTOS E MEDIDAS

5.5.1 Instrumento de Caracterização Pessoal e Profissional

Este instrumento foi construído a partir dos instrumentos de caracterização desenvolvidos por Gasparino (2015) e Siqueira (2016), contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, nível de formação) e ocupacionais (período e turno

de trabalho, tempo na função e no setor, carga horária) e experiências dos participantes.

5.5.2 *Practice Environment Scale* – Versão Brasileira (PES-Versão brasileira)

O *Practice Environment Scale* (PES), traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira por Gasparino em 2015, é aplicado com a finalidade de avaliar o ambiente de prática profissional de enfermagem.

O PES – Versão brasileira, possui 24 itens distribuídos em cinco subescalas denominadas: participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (itens 5,13,17,19,22); fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (itens 4,14,15,18,21,23,24); habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem (itens 3,6,9,11,16); adequação da equipe e de recursos (itens 1,7,8,10) e relações colegiais entre enfermeiros e médicos (itens 2, 12 e 20) (GASPARINO, 2015).

A subescala “a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” demonstra o papel e o valor do enfermeiro no amplo contexto hospitalar. A segunda, “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” enfatiza uma filosofia de enfermagem voltada para altos padrões de qualidade do cuidado. A terceira, “habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” foca o papel do gerente de enfermagem na instituição, englobando qualidades-chaves que um enfermeiro neste cargo deve ter. A quarta subescala, “adequação da equipe e de recursos”, descreve a necessidade de uma equipe adequada (dimensionamento e habilidade) e suporte de recursos para se prover um cuidado com qualidade e a última subescala, “relações colegiais entre enfermeiros e médicos”, caracteriza as relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos (GASPARINO, 2015).

A escala de medida utilizada é a do tipo *Likert* que varia entre um e quatro pontos e o participante é solicitado a responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: discordo totalmente (um ponto), discordo (dois pontos), concordo (três pontos) e concordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto maior a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro naquele ambiente de trabalho (GASPARINO, 2015).

Os escores para as subescalas são obtidos pela média dos escores das respostas dos sujeitos para cada subescala, que pode variar entre um e quatro pontos. Pontuações com valores abaixo de 2,5 representam discordância de que os itens da subescalas estão presentes no ambiente de prática atual. Pontuações de 2,5 podem ser interpretadas como ponto neutro e acima deste ponto, considera-se o ambiente como favorável à prática profissional e representam concordância de que os itens de subescalas estão presentes no ambiente de prática atual (GASPARINO, 2015).

Instituições com pontuações acima de 2,5 em nenhuma ou em uma subescala, podem ser consideradas como locais com ambientes desfavoráveis à prática profissional da enfermagem. Hospitais com pontuações acima de 2,5 em duas ou três subescalas podem ser considerados como detentores de ambientes mistos e instituições com pontuações acima de 2,5 em quatro ou cinco subescalas, podem ser consideradas como ambientes favoráveis à prática profissional da enfermagem (GASPARINO, 2015).

5.5.3 Instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian Version - CBI-Br*)

O instrumento de avaliação do *burnout* que foi utilizado neste estudo, denominado *Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version (CBI-Br)*, foi adaptado por Rocha (2019), com propriedades psicométricas adequadas com valor de α Cronbach padronizado [α (BP)=0.94; α (BT)=0.91; α (BC)=0.94]. A versão original do CBI foi produzida por Kristensen e colaboradores em 2005 e a versão validada para o contexto brasileiro do instrumento para estudantes denominada, *Copenhagen Burnout Inventory – Students Survey (CBI-SS)*, foi validada por Campos e colaboradores em 2013.

O CBI demonstrou propriedades psicométricas robustas, sendo considerado um instrumento válido e confiável para a avaliação do *burnout* em diferentes países e tem sido usada para avaliar a SB em trabalhadores de serviços humanos (YEH et al., 2007; MILFONT et al., 2007; FONTES, 2011; CAMPOS; CARLOTTO; MARÔCO, 2013; MOLINERO; BASART; MONCADA, 2013; (PHUEKPHAN et al., 2016; MAHMOUDI et al., 2017; ANDREW CHIN et al., 2018).

As dimensões que compõe o CBI-Br são:

- *Burnout* pessoal (BP) definido como o grau de fadiga física e psicológica e exaustão experimentada pelo indivíduo, não havendo distinção entre fadiga física ou psicológica ou exaustão. Dessa forma segundo Kristensen et al. (2005), essa questão pretende responder pura e simplesmente: quão cansado ou exausto você está?
- *Burnout* relacionado ao trabalho (BT) é definido como o grau de fadiga física e psicológica e exaustão que é percebido pelo indivíduo como relacionado ao seu trabalho. Assim pretende identificar as atribuições que o indivíduo dá a seus sintomas com relação ao seu trabalho, porém sem pretensão de avaliação da causalidade científica, para os autores um indivíduo pode atribuir sua fadiga ou exaustão a fatores não relacionados ao trabalho, como a família ou situações de saúde (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005; ROCHA, 2019).
- *Burnout* relacionado ao cliente (BC) é definido como o grau de fadiga e/ou exaustão física e emocional percebida pelo trabalhador nas relações com seus clientes. Ou seja, o grau de importância que as pessoas veem entre sua fadiga e seu "trabalho com pessoas". "Clientes", ainda para os autores, possui um conceito amplo que pode abranger termos como pacientes, internos, crianças, estudantes, etc. e pode ser substituído quando o CBI é utilizado na prática. No presente estudo, utilizou-se a terminologia colega (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005; ROCHA, 2019).

O CBI-Br é composto por 19 itens que avaliam três dimensões: *Burnout* Pessoal (BP), composta por seis itens (item 1 a 6); *Burnout* relacionado ao Trabalho (BT), composta por sete itens (item 7 a 13) e *Burnout* relacionado ao Cliente (BC), composta por seis itens (item 14 a 19). As respostas para os itens são verificadas em uma escala do tipo *Likert* com cinco opções, um a cinco (1 a 5), sendo que um (1) corresponde a zero (0%), dois (25%), três (50%), quatro (75%) e cinco (100%), com 0 indicando “nunca/muito baixo grau” à 100 para “sempre/num nível muito alto”. Conforme orientação do autor, se menos de três perguntas fossem respondidas nas subescalas de *Burnout* Pessoal e na subescala relacionada ao Colega, e/ou menos de quatro perguntas fossem respondidas na subescala de *Burnout* relacionada ao Trabalho, o respondente era classificado como não respondedor, porém não houve situação semelhante para essa amostra (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Avalia-se a frequência das respostas, sendo a resposta final de uma pessoa em cada subescala a sua pontuação total dividida, pelo número de itens da subescala. Cada subescala pode variar de 0 a 100, e as três subescalas recebem pontuações separadas, e devem ser usadas independentemente (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

Em cada subescala do CBI, as pontuações mais altas correspondem a uma maior percepção de *Burnout*. Para os idealizadores do CBI não existe a definição de um ponto de corte para a identificação da SB, apenas consideram que ela pode ocorrer num nível muito baixo até um nível muito alto. Entretanto, apontaram que os pesquisadores têm considerado que, uma pontuação igual ou superior a 50 nas subescalas, o indivíduo está experienciando o *Burnout*, (KHASNE; DHAKULKAR; MAHAJAN; KULKARNI, 2020; KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005; SERRÃO; DUARTE; CASTRO; TEIXEIRA, 2021; TEMBHURNE; SHARMA; RATHOD; UKEY, 2021).

As questões possuem enunciados com padrão negativo de respostas, que visam identificar o quanto à exaustão física ou mental interfere no trabalho do indivíduo (por exemplo: O seu trabalho é emocionalmente exaustivo?). Porém, o item 10 do instrumento tem enunciado positivo (Tem tempo e energia para a família e amigos durante os tempos de lazer?). Assim, conforme os autores da versão original recomendam, a escala de resposta deste item deve ser invertida durante a análise do instrumento (KRISTENSEN; BORRITZ; VILLADSEN; CHRISTENSEN, 2005).

5.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A inserção dos dados para composição do banco de dados foi realizada no programa Microsoft® Excel® 2016. No processo de digitação, optou-se por uma validação via dupla digitação. Dessa forma, todos os instrumentos da pesquisa foram digitados e redigitados.

As variáveis contínuas foram apresentadas como média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas como números (porcentagens).

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para verificar a normalidade da distribuição das variáveis e testes não paramétricos foram usados quando pelo menos uma das variáveis não seguiram uma distribuição normal.

As análises bivariadas entre as características demográficas e as dimensões do PES e dimensões do CBI-Br incluíram testes de associação (Qui-quadrado) das variáveis categóricas das subescalas PES e CBI em relação ao Sexo, teste de comparações tempo de experiência profissional(anos), tempo de experiência na unidade (anos) e tempo de experiência na instituição (anos) entre os grupos das subescalas de PES e CBI com o Teste *Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis*

Assim na análise comparação dos escores das dimensões da escala CBI entre os grupos das 5 subescalas de PES, os testes não paramétricos *Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis* mostraram diferença significativa entre os escores das 3 dimensões da CBI nos grupos das cinco subescalas de PES. Por se tratar de teste não paramétrico, utilizou-se o valor da mediana e o intervalo obtido (mínimo/máximo).

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* para verificar a correlação entre duas variáveis numéricas (subescalas do PES e subescalas do CBI-Br), e essas análises foram processadas nos programas IBM® SPSS® *Statistics* versão 25 e Ri386 versão 3.4.0, adotando-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi encaminhado inicialmente à Diretoria Médica e de Enfermagem dos Hospitais investigados para autorização de sua realização e, posteriormente submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo aprovado com Protocolo C.A.A.E. número 19248619.2.0000.5393 (ANEXO D). Foi também analisado pelo CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, como instituição coparticipante e obteve aprovação com o Protocolo C.A.A.E. número 19248619.2.3001.5440 (ANEXO E).

Aos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foi assim garantido aos participantes a confidencialidade, privacidade e proteção de sua imagem por meio do anonimato e codificação dos dados, cumprindo assim os preceitos da Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS

Apresentamos inicialmente os dados de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros das instituições participantes da pesquisa.

Haviam 219 enfermeiros das unidades hospitalares que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo, sendo que todos foram abordados, mas houveram 13 recusas de participação. Dos 206 profissionais que receberam os envelopes com os instrumentos de resposta, 06 solicitaram a saída do estudo durante a coleta dos dados e 13 participantes não foram encontrados para devolução final dos instrumentos, totalizando 187 (85,4%) profissionais.

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino 150 (80,6%), com idade média de 37,9 anos, e o estado civil predominante foi de profissionais casados 84 (45,4%). A formação profissional mais elevada da maioria dos enfermeiros era a pós-graduação do tipo *latu sensu* (especialização) 83 (44,4%), e haviam enfermeiros com formação *strictu sensu* (mestrado/doutorado) em 35 (18,7%) casos.

Os enfermeiros em sua maioria ocupavam cargos assistenciais (79,6%) e 38 profissionais (20,4%), exerciam também atividades administrativas eventuais dentro das instituições, como por exemplo em substituição de férias e licenças. Os profissionais atuavam em turnos de 6 horas (matutino ou vespertino) em 32,7% das vezes, e houve a distribuição idêntica entre os profissionais que faziam 12 horas noturnas ou rodiziavam nos três turnos de trabalho (noturno, matutino e vespertino) (28,8%). As demais características demográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, idade em anos, estado civil, formação profissional, função no trabalho e turno de trabalho dos enfermeiros nas instituições estudadas. Ribeirão Preto – SP, 2021 (n=187). continua

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	150 (80,6)
Masculino	36 (19,4)
Idade (anos)	
Média (DP ^a)	37,9 (8,5)
Mínima	24
Máxima	68

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, idade em anos, estado civil, formação profissional, função no trabalho e turno de trabalho dos enfermeiros nas instituições estudadas. Ribeirão Preto – SP, 2021 (n=187).

Variáveis	conclusão n (%)
Estado Civil	
Solteiro	80 (43,2)
Casado	84 (45,4)
Divorciado	21 (11,4)
Formação profissional	
Graduação	67 (35,8)
Aprimoramento	1 (0,5)
Residência	1 (0,5)
Especialização	83 (44,4)
Mestrado	29 (15,5)
Doutorado	6 (3,2)
Função no Trabalho	
Enfermeiro	149 (79,6)
Enfermeiro com função administrativa	38 (20,4)
Turno de trabalho	
6 horas (M ou T)	61 (32,7)
12 horas diurnas	11 (5,8)
12 horas noturnas	54 (28,8)
Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas	54 (28,8)
Outro	7 (3,9)

^a DP, desvio padrão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os enfermeiros apresentaram em média 12 anos de formação, sendo o maior tempo de experiência encontrado de 43 anos e o tempo mínimo de 5 meses, quanto ao tempo de trabalho na instituição a média foi de 8,7 anos, e o tempo de trabalho na mesma unidade de internação variou de 3 meses a 37 anos, com média de 5,5 anos. A carga horária de trabalho semanal encontrada apresentou variação do mínimo de 30 horas semanais a 96hs, dada a situação de até três vínculos empregatícios relatadas por alguns profissionais. Em média, verificou-se que as horas semanais totalizaram 46 horas. Os demais dados apresentam-se detalhados na Tabela 2.

Tabela 2 -Perfil dos enfermeiros segundo, anos de conclusão da graduação em enfermagem, tempo de experiência como enfermeiro, tempo de trabalho na unidade, tempo de trabalho na instituição, segundo os profissionais das instituições estudadas. Ribeirão Preto – SP, 2021 ($n=187$).

Variáveis	Média ^a (DP) ^b	Mínimo (meses)	Máximo (anos)
Tempo de conclusão da graduação de enfermagem	12,0 (7,4)	12	43
Tempo de experiência como enfermeiro	10,0 (8,2)	5	43
Tempo de trabalho na unidade	5,5 (5,9)	3	37
Tempo de trabalho na instituição	8,7 (8,6)	4	43

^a Média em anos.; ^b Desvio Padrão em anos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os dados relativos ao quantitativo de pacientes atendidos pelos profissionais participantes da pesquisa bem como número de profissionais que se encontram sob sua responsabilidade em cada turno de trabalho indicaram a média de 14,1 (DP= 8,9 pacientes) pacientes por enfermeiro, e o número de funcionários sob sua responsabilidade com uma média de 6,0 (DP=8,5 profissionais).

Os dados quanto ao vínculo de trabalho do enfermeiro, planos em relação ao cargo/função são apresentados na Tabela 4.

Verificou-se que 130 (69,5%) enfermeiros das instituições estudadas não possuem outro vínculo empregatício. Constatou-se também que existem profissionais que possuem a intenção de deixar o cargo ou função 83 (44,2%), e que esse planejamento pode ocorrer dentro de um ano 26 (13,8%), ou ainda que não possuam tempo definido em 57 (30,4%) dos casos.

Tabela 3 - Percentual dos enfermeiros que possuem ou não outro vínculo de emprego e planejamento ou não de deixar o cargo/função atual nos próximos 6 meses, no próximo ano ou sem tempo definido. Ribeirão Preto - SP, 2021 ($n=187$).

Variáveis	n (%)
Mais de um vínculo empregatício	
Sim	57 (30,4)
Não	130 (69,5)
Não respondeu	1(0,1)
Plano de deixar o cargo/função	
Planeja deixar no próximo ano	9 (4,8)
Planeja deixar nos próximos 6 meses	17 (9,0)
Não possui tempo definido	57 (30,4)
Não respondeu	123 (55,8)

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A Tabela 4 traz os dados relativos à percepção da qualidade de assistência prestada ao paciente nas unidades estudadas, cabendo destacar que é positiva, visto que a maioria dos profissionais destacou como boa ou muito boa a qualidade do cuidado prestado 175 (93,1%).

Tabela 4 - Qualidade da assistência prestada ao paciente no seu local de trabalho segundo a percepção dos enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2021 ($n=187$).

	<i>n</i>	%
Qualidade do cuidado prestado ao paciente		
Muito Ruim	1	0,7
Ruim	11	5,8
Boa	117	62,5
Muito boa	58	31,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A respeito da satisfação dos profissionais das unidades estudadas, constatou-se que 115 (61,4%) avaliaram-se como satisfeitos ou muito satisfeitos com o cargo atual, embora deve-se registrar que 40 (21,3%) manifestaram neutralidade sobre esse item e que 32 (17,3%) estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o cargo.

Observou-se uma grande concentração de profissionais satisfeitos e muito satisfeitos em relação a profissão 126 (67,2%), embora 36 (19,2%) dos profissionais tenham declarado estarem nem satisfeitos nem insatisfeitos profissionalmente.

O trabalho em equipe também foi verificado quanto a satisfação dos enfermeiros, os percentuais maiores estão concentrados nos itens satisfeitos com 83 (44,3%) e nem satisfeitos ou insatisfeitos com 55 (29,4%), mais detalhes encontram-se abaixo na Tabela 5.

Tabela 5- Percentual da satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade estudada segundo os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2021 ($n=187$).
continua

Variáveis	<i>n</i>	%
Satisfação com o cargo		
Muito satisfeito	28	14,9
Satisfeito	87	46,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	40	21,3
Insatisfeito	25	13,3
Muito insatisfeito	7	4,0

Tabela 5 - Percentual da satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade estudada segundo os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2021 ($n=187$).

Variáveis	<i>n</i>	%
Satisfação com a profissão		
Muito satisfeito	34	18,1
Satisfeito	92	49,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	36	19,2
Insatisfeito	19	10,1
Muito insatisfeito	6	3,5
Satisfação com o trabalho em equipe		
Muito satisfeito	18	9,6
Satisfeito	83	44,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	55	29,4
Insatisfeito	24	12,8
Muito insatisfeito	7	3,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Sequencialmente, na Tabela 6, é apresentada a distribuição da frequência de respostas para cada item do instrumento PES – Versão Brasileira nas instituições estudadas.

Podemos observar que os itens “equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho”; “uma equipe de gerente/coordenador/supervisor na unidade que dá suporte à enfermagem”; “o responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder”; “trabalho com enfermeiros clinicamente competentes” e “o gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico”, foram os que apresentaram a maior média de respostas (3,0), podendo então ser considerados como presentes no ambiente de prática de trabalho segundo a percepção dos enfermeiros nas instituições estudadas.

Os itens “oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional” e “a administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores”, foram os que receberam a menor média de resposta (2,0), podendo ser considerado os itens menos presentes no ambiente de trabalho.

Tabela 6 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES -Versão Brasileira pelos enfermeiros participantes (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

Item	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Média	DP ^a
	n	%	n	%	N	%	n	%		
1 Serviços de apoio adequado que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	33	16	45	21,8	84	40,8	25	21,1	2,5	0,9
2 Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	9	4,4	34	16,5	100	48,5	44	21,4	3,0	0,8
3 Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor na unidade que dá suporte à enfermagem.	13	7,0	30	16,6	88	47,1	56	29,9	3,0	0,9
4 Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	56	29,9	62	33,2	58	31,0	11	5,9	2,1	0,9
5 Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	75	40,1	54	28,9	41	21,9	17	9,1	2,0	1,0
6 Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	25	13,4	41	21,9	79	42,2	42	22,5	2,7	1,0
7 Tempo e oportunidade suficientes para discutir com os outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	34	18,2	56	29,9	68	36,4	29	15,5	2,5	1,0
8 Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	54	28,9	45	24,1	59	31,6	29	15,5	2,3	1,1
9 O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	16	8,6	23	12,3	85	45,5	63	33,7	3,0	0,9
10 Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	45	24,1	50	26,7	64	34,2	28	15,0	2,4	1,0
11 Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	48	25,7	57	30,5	55	29,4	27	14,4	2,3	1,0
12 A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	19	10,2	37	19,8	96	51,3	35	18,7	2,8	0,9
13 Oportunidades de aperfeiçoamento.	47	25,1	62	33,2	67	35,8	11	5,9	2,2	0,9
14 Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	21	11,2	54	28,9	85	45,5	27	14,4	2,6	0,9

Tabela 6 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES -Versão Brasileira pelos enfermeiros participantes (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021. conclusão

Item	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Média	DP ^a
	n	%	n	%	N	%	n	%		
15 Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	12	6,4	34	18,2	84	44,9	57	30,5	3,0	0,9
16 O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	17	9,1	30	16,0	85	45,5	55	29,4	3,0	0,9
17 A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	63	33,7	73	39,0	38	20,3	13	7,0	2,0	0,9
18 Programa ativo de garantia da qualidade.	38	20,3	76	40,6	56	29,9	17	9,1	2,3	0,9
19 Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	40	21,4	54	28,9	73	39,0	20	10,7	2,4	0,9
20 Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	20	10,7	49	26,2	90	48,1	28	15,0	2,7	0,9
21 Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	30	16,0	65	34,8	72	38,5	20	10,7	2,4	0,9
22 O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	30	16,0	36	19,3	77	41,2	44	23,5	2,7	1,0
23 Planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	35	18,7	48	25,7	66	35,3	38	20,3	2,6	1,0
24 A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	66	35,3	51	27,3	55	29,4	15	8,0	2,1	1,0

^a DP, desvio padrão.

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

A análise descritiva e comparativa feita para as subescalas do PES - Versão Brasileira, tem os resultados apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Análise descritiva das subescalas do PES-Versão Brasileira segundo unidades investigadas. Ribeirão Preto -SP, 2021.

	Número de itens	TOTAL		UNIDADE CAMPUS		UNIDADE DE EMERGÊNCIA	
		Média	DP ^a	Média	DP ^a	Média	DP ^a
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares.	5	2,3	0,7	2,2	0,7	2,3	0,6
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado.	7	2,4	0,6	2,4	0,6	2,5	0,5
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem.	5	2,8	0,8	2,8	0,8	2,9	0,6
Adequação da Equipe e de Recursos	4	2,5	0,8	2,5	0,8	2,4	0,8
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos.	3	2,8	0,7	2,8	0,7	2,8	0,8
Total de itens	24						

^a DP, desvio padrão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Nota-se que a instituição de saúde estudada como um todo foi considerada um ambiente misto de trabalho, na qual os enfermeiros pontuaram como favorável as subescalas “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,8); “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (2,8), e pontuaram como desfavorável as subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (2,4), “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (2,4), a subescala “Adequação da equipe e de recursos” recebeu a pontuação (2,5), considerada neutra.

As unidades, quando analisadas separadamente, também pontuaram como ambientes mistos de trabalho, porém diferiram nas subescalas que receberam os maiores escores. Na Unidade Campus as subescalas melhores pontuadas foram “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,8), e “Relações colegiais entre enfermeiros e

médicos” (2,8), coincidentemente com a Unidade de Emergência onde as mesmas subescalar foram (2,9) e (2,8) respectivamente.

Sequencialmente, para alcance dos objetivos desta investigação, buscou-se identificar as percepções dos profissionais quanto ao *Burnout*, a partir do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhague (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version - CBI-Br*).

Verificou-se a distribuição das frequências das respostas de cada item e a média em cada dimensão do CBI, sendo que para a dimensão do *Burnout* Pessoal (BP), a média obtida foi (55,2). O item 1 desta dimensão, obteve frequência média mais alta (66,0%), este reflete com que frequência esse profissional sente-se cansado e as respostas concentraram-se entre 50% e 75% das vezes com 69% dos profissionais respondendo nessa faixa.

A dimensão *Burnout* relacionado ao Trabalho (BT) alcançou média de 51,5, sendo o item 11, que reflete o quanto o trabalho deixa o profissional emocionalmente exausto, recebeu média mais alta (67,6%), 58,5% dos profissionais de enfermagem experienciam a exaustão frequentemente (75% das vezes) a algumas vezes (50% das vezes).

O *Burnout* relacionado aos Colegas (BC) foi a dimensão que obteve a menor média entre as três dimensões do CBI, com 36,8. O item 17 foi responsável pela maior média de resposta (44,7%) e os profissionais indicaram que, com alguma frequência (cerca de 50% das vezes), avaliam que dão mais do que recebem, quando trabalham com seus colegas. Os dados relativos a estas informações estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das frequências de respostas de cada item, escores de respostas média por item e por subescala do *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado ao trabalho e *Burnout* relacionado aos colegas do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*, (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021. continua

Item	Sempre ^a ou num nível muito alto ^b 100%		Frequentemente ^a ou num nível alto ^b 75%		Algumas vezes ^a ou um pouco ^b 50%		Raramente ^a ou num nível baixo ^b 25%		Nunca/quase nunca ^a ou num nível muito baixo ^b 0%		Média (DP) ^c	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<i>Burnout Pessoal</i>												
1	Com que frequência se sente cansado? ^a	38	20,3	66	35,3	63	33,7	18	9,6	02	1,1	66,0 (24,0)
2	Com que frequência se sente fisicamente exausto? ^a	25	13,4	55	29,4	69	36,9	35	18,7	03	1,6	58,6 (25,0)
3	Com que frequência se sente emocionalmente exausto? ^a	31	16,6	64	34,2	67	35,8	23	12,3	02	1,1	63,2 (24,0)
4	Com que frequência pensa “Não aguento mais”? ^a	26	13,9	38	20,3	42	22,5	58	29,9	25	13,4	47,9 (32,0)
5	Com que frequência se sente esgotado? ^a	26	13,9	39	20,9	56	29,9	56	29,9	10	5,3	52,0 (28,0)
6	Com que frequência se sente fraco e susceptível de adoecer? ^a	18	9,6	29	15,5	54	28,9	60	32,1	26	13,9	43,7 (29,0)
Média											55,2 (26,0)	
<i>Burnout relacionado ao trabalho</i>												
7	Sente-se esgotado no final de um dia de trabalho? ^a	38	20,3	52	27,8	60	32,1	34	18,2	03	1,6	61,8 (26,0)
8	Sente-se exausto logo pela manhã quando pensa em mais um dia de trabalho? ^a	19	10,2	36	19,3	55	29,4	54	28,9	23	12,3	46,5 (29,0)
9	Sente que cada hora de trabalho é cansativa para você? ^a	14	7,5	25	13,4	48	25,7	71	38,0	29	15,5	39,8 (28,0)

Tabela 8 - Distribuição das frequências de respostas de cada item, escores de respostas média por item e por subescala do *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado ao trabalho e *Burnout* relacionado aos colegas do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*, (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021. conclusão

Item	Sempre ^a ou num nível muito alto ^b 100%		Frequentemente ^a ou num nível alto ^b 75%		Algumas vezes ^a ou um pouco ^b 50%		Raramente ^a ou num nível baixo ^b 25%		Nunca/quase nunca ^a ou num nível muito baixo ^b 0%		Média (DP) ^c
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
10	Tem tempo e energia para a família e os amigos durante os momentos de lazer? ^b										
	09	4,8	62	33,2	58	31,0	44	23,5	14	7,5	51,1 (26,0)
11	O seu trabalho é emocionalmente exaustivo? ^b										
	54	25,9	52	27,8	57	30,5	20	10,7	04	2,1	67,6 (27,0)
12	Sente-se frustrado com o seu trabalho? ^b										
	18	9,6	41	21,9	54	28,9	47	25,1	27	14,4	46,8 (30,0)
13	Sente-se exausto de forma prolongada com o seu trabalho? ^b										
	19	10,2	38	20,3	53	28,3	57	30,5	20	10,7	47,2 (29,0)
Média											51,5 (27,0)
<i>Burnout relacionado aos colegas</i>											
14	Você acha difícil trabalhar com seus colegas? ^b										
	07	3,7	24	12,8	76	40,6	64	34,2	16	8,6	42,2 (23,0)
15	Sente que esgota sua energia quando trabalha com colegas? ^b										
	07	3,7	17	9,1	68	36,4	77	41,2	18	9,6	39,0 (23,0)
16	Acha frustrante trabalhar com colegas? ^b										
	06	3,2	09	4,8	49	26,2	80	42,8	43	23,0	30,6 (24,0)
17	Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com colegas? ^b										
	17	9,1	30	16,0	59	31,6	58	31,0	23	12,3	44,7 (28,0)
18	Está cansado de aturar os colegas? ^a										
	09	4,8	19	10,2	42	22,5	65	34,8	52	27,8	32,4 (28,0)
19	Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá trabalhar com os colegas? ^a										
	15	8,0	16	8,6	33	17,6	65	34,8	58	31,0	32,0 (30,0)
Média											36,8 (25,0)

Escores da escala de resposta de 0 a 100; ^a. categoria resposta para itens com ^a; ^b. categoria resposta para itens com ^b; ^c. Desvio Padrão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A Tabela 9 descreve o *Burnout* de acordo com as dimensões e as frequências quanto ao indivíduo estar ou não experienciando o *Burnout* nas dimensões do CBI-Br.

Na dimensão *Burnout* Pessoal (BP), verificou-se que a maior parte dos enfermeiros experienciam essa condição 107 (57,2%), e de forma próxima os enfermeiros também experienciam na sua maioria 102 (54,5%) o *Burnout* Relacionado ao Trabalho (BT). O *Burnout* Relacionado ao Colega (BC), se diferencia das outras duas dimensões, tendo em vista a predominância da ausência dessa condição na maioria da amostra analisada 128 (68,4%).

Tabela 9 - Dimensões de *Burnout* entre os enfermeiros do segundo o instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

Dimensão	Nível	n (%)
<i>Burnout</i> Pessoal (BP)	Não (<50) ^a	80(42,8)
	Sim (≥ 50) ^b	107(57,2)
<i>Burnout</i> relacionado ao Trabalho (BT)	Não (<50) ^a	85(45,5)
	Sim (≥ 50) ^b	102(54,5)
<i>Burnout</i> relacionado aos Colegas (BC)	Não (<50) ^a	128(68,4)
	Sim (≥ 50) ^b	59(31,6)

^a Não está experienciando o *Burnout*; ^b Sim, está experienciando o *Burnout*.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A estatística descritiva para a PES – Versão brasileira, e o CBI-Br são apresentados na Tabela 10. Os valores médios para as escalas PES – Versão brasileira, variaram de 2,3 a 2,8, e a instituição hospitalar estudada foi considerada um local de trabalho misto, pois pontuou acima de 2,5 em duas subescalas quando considerada a PES – Versão brasileira de forma geral.

O valor médio da composição total das dimensões do CBI-Br foi ligeiramente inferior ao ponto médio (50) se calculado como média geral, indicando assim que os enfermeiros não experienciam o *Burnout*, entretanto encontra-se limítrofe (47,9).

Tabela 10 - Estatística descritiva para os instrumentos PES -Versão Brasileira e Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021

Escola	Média	DP	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
<i>Practice Environment Scale (PES)</i>					
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	2,3	0,7	2,2	1,0	4,0
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	2,4	0,6	2,4	1,0	4,0
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	2,8	0,8	2,8	1,0	4,0
Adequação da equipe e de recursos	2,5	0,8	2,5	1,0	4,0
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	2,8	0,7	3,0	1,0	4,0
Composição total da escala	2,5	0,6	2,5	1,0	4,0
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>					
<i>Burnout</i> Pessoal	55,2	26,0	58,0	0	100
<i>Burnout</i> relacionado ao Trabalho	51,5	27,0	50,0	0	100
<i>Burnout</i> relacionado a Colegas	36,8	25,0	33,0	0	100
Composição total da escala	47,9	26,0	47,0	0	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A seguir, está apresentado na Tabela 11 a análise bivariada entre os dados demográficos e as características do instrumento *Practice Environment Scale* (PES) - Versão Brasileira.

Houve associação significativa entre o sexo e as subescalas do PES, sendo na subescala participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares ($p=0,017$), verificou-se a predominância do sexo feminino ao avaliar os ambientes como não favoráveis comparado ao sexo masculino, 99 (86,1%). No caso da subescala fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado ($p=0,008$), ocorre também essa predominância com 91 (87,5%).

Para a subescala adequação da equipe e de recursos ($p=0,035$), é possível também observar a predominância em relação ao sexo feminino, avaliando os ambientes de prática profissional como não favoráveis comparado ao sexo masculino, 77 (88,5%). Diferindo dos anteriores a subescala habilidade, liderança e suporte dos coordenadores ($p=0,022$), os ambientes foram considerados favoráveis pela maioria do sexo feminino 100 (76,3%).

Porém não houve associação significativa na subescala relações colegiais entre enfermeiros e médicos ($p=0,584$), e não houve diferenças significantes nas subescalas do PES para as variáveis tempo de experiência na enfermagem, na unidade e na instituição, demais informações constam abaixo na Tabela 11.

Tabela 11 - Análise bivariada entre os dados demográficos, com teste de associação pelo χ^2 para o sexo, Teste *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis* para as variáveis anos de experiência na enfermagem, no setor e na instituição e as características do instrumento *Practice Environment Scale (PES)* -Versão Brasileira (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

	Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares.		Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado.		Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores		Adequação da equipe e de recursos			Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	
	Ambiente favorável	Ambiente não favorável	Ambiente favorável	Ambiente não favorável	Ambiente favorável	Ambiente não favorável	Ambiente favorável	Neutro	Ambiente não favorável	Ambiente favorável	Ambiente não favorável
Feminino n (%) (n=150)	51 (71,8)	99 (86,1)	59 (72,0)	91 (87,5)	100 (76,3)	50 (90,9)	56 (72,7)	17 (77,3)	77 (88,5)	110 (79,7)	40 (83,3)
Masculino n (%) (n=36)	20 (28,2)	16(13,9)	23 (28,0)	13 (12,5)	31 (23,7)	5 (9,1)	21 (27,3)	5 (22,7)	10 (11,5)	28 (20,3)	8 (16,7)
	0,017^a		0,008^a		0,022^a		0,035^a			0,584 ^a	
	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.	Min. Mx.
	0 38	0 43	0 38	0 43	0 38	0 43	0 38	0 23	0 43	0 38	0 43
Anos de Experiência na Enfermagem	6,5 ^b	9,0 ^b	8,0 ^b	9,0 ^b	8,0 ^b	9,0 ^b	8,0 ^b	7,0 ^b	10,0 ^b	8,5 ^b	9,5 ^b
	0,265 ^a		0,278 ^a		0,315 ^a		0,140 ^a			0,722 ^a	
Anos de Experiência no Setor	3,0 ^b	3,5 ^b	3,0 ^b	3,0 ^b	3,0 ^b	4,0 ^b	3,0 ^b	4,0 ^b	3,0 ^b	4,0 ^b	2,0 ^b
	0,265 ^a		0,420 ^a		0,832 ^a		0,857 ^a			0,246 ^a	
Anos de Experiência na Instituição	5,5 ^b	7,0 ^b	7,0 ^b	6,0 ^b	7,0 ^b	6,0 ^b	7,0 ^b	6,0 ^b	6,0 ^b	7,0 ^b	6,0 ^b
	0,322 ^a		0,523 ^a		0,740 ^a		0,677 ^a			0,958 ^a	

^a. p <0,05; ^b. Mediana (anos); Min. (Valor mínimo em anos); Mx. (Valor máximo em anos). Nota: Valores em negrito denotam valor de p <0,05.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Na Tabela 12 é apresentada a análise bivariada entre as subescalas do instrumento CBI-Br, e os dados demográficos. Quando verificada a associação entre o sexo e as subescalas do CBI-Br, todas apresentaram diferença significativa, sendo os seguintes: subescala *Burnout* Pessoal ($p < 0,001$), *Burnout* relacionado ao Trabalho ($p = 0,001$), *Burnout* relacionado ao Cliente ($p = 0,031$).

Percebe-se ainda que nos domínios BP e BT houve predominância de profissionais do sexo feminino que experienciavam o *burnout* (Sim ≥ 50) 97 (97,5%) e 90 (89,1%), respectivamente. No domínio BC a maioria dos profissionais pontuaram como não experienciando o *burnout* (Não < 50), sendo 97 (76,4%) do sexo feminino.

Para as variáveis tempo de experiência na enfermagem, no setor e na instituição, houve somente diferença significativa na subescala *Burnout* relacionado ao Colega quando relacionado ao tempo de experiência na instituição ($p = 0,031$).

Os demais dados estão apresentados na tabela abaixo, a mediana, valores mínimos e máximos.

Tabela 12 - Análise bivariada entre os dados demográficos, com teste de associação pelo χ^2 para o sexo, Teste *Mann-Whitney* para as variáveis anos de experiência na enfermagem, no setor e na instituição e as características do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhaga (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

	<i>Burnout</i> Pessoal (BP)				<i>Burnout</i> relacionado ao Trabalho (BT)				<i>Burnout</i> relacionado a Colegas (BC)			
	Não ^a		Sim ^b		Não ^a		Sim ^b		Não ^a		Sim ^b	
Feminino n (%) (n=150)	53 (66,3)		97 (97,5)		60 (70,6)		90 (89,1)		97 (76,4)		53 (89,8)	
Masculino n (%) (n=36)	27 (33,8)		9 (8,5)		25 (29,4)		11 (10,9)		30 (23,6)		6 (10,2)	
	<0,001^c				0,001^c				0,031^c			
Anos de Experiência na Enfermagem	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.
	0	43	0	33	0	38	0	43	0	43	0	32
	8,0 ^d		9,0 ^d		7,0 ^d		10,0 ^d		9,0 ^d		9,0 ^d	
	0,208 ^c				0,151 ^c				0,419 ^c			
Anos de Experiência no Setor	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.
	0	37	0	33	0	36	0	37	0	37	0	23
	3,0 ^d		4,0 ^d		3,0 ^d		4,0 ^d		3,0 ^d		5,0 ^d	
	0,276 ^c				0,241 ^c				0,203 ^c			
Anos de Experiência na Instituição	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.	Min.	Mx.
	0	43	0	33	0	36	0	43	0	43	0	30
	5,0 ^d		7,0 ^d		6,0 ^d		7,0 ^d		5,0 ^d		8,0 ^d	
	0,182 ^c				0,327 ^c				0,031^c			

^a. Não está experienciando o *Burnout*; ^b. Sim, está experienciando o *Burnout*. ^c. $p < 0,05$; ^d. Mediana (anos); Min. (Valor mínimo em anos); Mx. (Valor máximo em anos).

Nota: Valores em negrito denotam valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A Tabela 13 apresenta a análise de comparação dos escores das escalas de *Burnout* pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente, do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version - CBI-Br*), e as subescalas do *Practice Environment Scale* (PES) -Versão Brasileira como variáveis independentes.

Na subescala do PES denominada, participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares, observou-se que nos ambientes considerados não favoráveis para a prática profissional, a dimensão do *burnout* pessoal e *burnout* relacionado ao trabalho tem o maior o número de profissionais que experienciaram o *Burnout*, sendo 43 (59,7%) e 80 (69,6%) respectivamente, em relação aos ambientes favoráveis, apresentando diferença significativa ($p=0,000$) nas duas dimensões.

Para a dimensão *burnout* relacionado ao colega ($p=0,005$), tanto no ambiente não favorável como no ambiente favorável, há predominância de profissionais que não experienciam o *burnout*, sendo 128 (68,4%) do total de indivíduos.

Na subescala, fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado, houve predominância de profissionais que experienciaram o *burnout* nas dimensões pessoal (57,2%) e relacionado ao trabalho (54,5%), desses 72 (69,2%) indicaram o ambiente como não favorável na dimensão do BP, e 74 (71,2%) na dimensão do BT. Para a dimensão BC, a maioria dos profissionais 128 (68,4%) indicaram não experienciar o *Burnout*, e as três dimensões apresentaram associação com as subescalas do PES, sendo BP ($p=0,000$), BT ($p=0,000$) e BC ($p=0,004$).

Quanto a subescala habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem, nos ambientes considerados favoráveis para a prática da enfermagem associados ao BP e BT, o número de profissionais que não experienciaram o *burnout* foi de 68 (51,5%) e 74 (56,1%) respectivamente, no BC o número de profissionais que consideraram o ambiente favorável e que não experienciaram o *burnout* foi de 97 (73,5%), houve associação entre as subescalas do PES e do BP ($p=0,000$), BT ($p=0,000$) e BC ($p=0,022$).

Os profissionais que consideraram o ambiente de prática profissional como não favorável em relação a adequação da equipe e de recursos, em sua maioria experienciavam o *burnout* nas dimensões, BP 63 (72,4%) e BT 67 (77,0%), na dimensão BC houve predominância de profissionais que não experienciavam o *burnout*, 61 (78,2%), nos ambientes considerados favoráveis para a prática

profissional, novamente houve associação entre as subescalas do PES e do BP ($p=0,000$), BT ($p=0,000$) e BC ($p<0,001$).

A subescala do PES denominada relações colegiais entre enfermeiros e médicos, apresentou associação às três dimensões do CBI, sendo BP ($p=0,001$), BT ($p=0,000$) e BC ($p=0,014$). Ainda foi possível verificar que nos ambientes considerados favoráveis houve a presença de menor número de profissionais que experienciaram o *burnout* nas dimensões BC 102 (73,4%), entretanto nas dimensões BP e BT, ainda que em ambientes favoráveis houve maior número de profissionais que experienciaram o *burnout*, mesmo em ambientes considerados favoráveis para a prática profissional, com 70 (50,4%) e 64 (46,0%) respectivamente.

Demais informações encontram-se descritas na Tabela 13 a seguir.

Tabela 13 - Análise de comparação com teste de associação pelo χ^2 , dos escores das escalas de Burnout pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente, do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (Copenhagen *Burnout Inventory* – *Brazilian version* - CBI-Br), e as subescalas do *Practice Environment Scale* (PES) -Versão Brasileira (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

		<i>Burnout</i> Pessoal (BP)		<i>Burnout</i> relacionado ao Trabalho (BT)		<i>Burnout</i> relacionado aos Colegas (BC)	
		Não ^a	Sim ^b	Não ^a	Sim ^b	Não ^a	Sim ^b
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares.	Ambiente não favorável	37 (32,2)	43 (59,7)	35 (30,4)	80 (69,6)	70 (60,9)	45 (39,1)
	Ambiente favorável	78 (67,8)	29 (40,3)	50 (69,4)	22 (30,6)	58 (80,6)	14 (19,4)
	TOTAL (n=187)	80 (42,8)	107 (57,2)	85 (45,5)	102 (54,5)	128 (68,4)	59 (31,6)
		0,000^c		0,000^c		0,005^c	
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado.	Ambiente não favorável	32 (30,8)	72 (69,2)	30 (28,8)	74 (71,2)	62 (59,6)	42 (40,4)
	Ambiente favorável	48 (57,8)	35 (42,2)	55 (66,3)	28 (33,7)	66 (79,5)	17 (20,5)
	TOTAL (n=187)	80 (42,8)	107 (57,2)	85 (45,5)	102 (54,5)	128 (68,4)	59 (31,6)
		0,000^c		0,000^c		0,004^c	
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores	Ambiente não favorável	12 (21,8)	43 (78,2)	11 (20,0)	44 (80,0)	31 (56,4)	24 (43,6)
	Ambiente favorável	68 (51,5)	64 (48,5)	74 (56,1)	58 (43,9)	97 (73,5)	35 (26,5)
	TOTAL (n=187)	80 (42,8)	107 (57,2)	85 (45,5)	102 (54,5)	128 (68,4)	59 (31,6)
		0,000^c		0,000^c		0,022^c	
Adequação da equipe e de recursos	Ambiente não favorável	24 (27,6)	63 (72,4)	20 (23,0)	67 (77,0)	46 (52,9)	41 (47,1)
	Ambiente neutro	13 (59,1)	9 (40,9)	15 (68,2)	7 (31,8)	21 (95,5)	1 (4,5)
	Ambiente favorável	43 (55,1)	35 (44,9)	50 (64,1)	28 (35,9)	61 (78,2)	17 (21,8)
	TOTAL (n=187)	80 (42,8)	107 (57,2)	85 (45,5)	102 (54,5)	128 (68,4)	59 (31,6)
		0,000^c		0,000^c		<0,001^c	

Tabela 13 - Análise de comparação com teste de associação pelo χ^2 , dos escores das escalas de Burnout pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente, do instrumento Inventário de *Burnout* de Copenhagen (Copenhagen *Burnout Inventory* – *Brazilian version* - CBI-Br), e as subescalas do *Practice Environment Scale* (PES) -Versão Brasileira (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

		<i>Burnout</i> Pessoal (BP)		<i>Burnout</i> relacionado ao Trabalho (BT)		<i>Burnout</i> relacionado aos Colegas (BC)	
		Não ^a	Sim ^b	Não ^a	Sim ^b	Não ^a	Sim ^b
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	Ambiente não favorável	11 (22,9)	37 (77,1)	10 (20,8)	38 (79,2)	26 (54,2)	22 (45,8)
	Ambiente favorável	69 (49,6)	70 (50,4)	75 (54,0)	64 (46,0)	102 (73,4)	37 (26,6)
TOTAL (n=187)		80 (42,8)	107 (57,2)	85 (45,5)	102 (54,5)	128 (68,4)	59 (31,6)
		0,001^c		0,000^c		0,014^c	

^a. Não está experienciando o Burnout; ^b. Sim, está experienciando o Burnout. ^c. $p < 0,05$.

Nota: Valores em negrito denotam valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A Tabela 14 apresenta a análise bivariada entre as subescalas do instrumento PES -Versão Brasileira e as dimensões do Inventário de Burnout de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version - CBI-Br*), onde verificou-se correlação significativa e negativa, as escalas são inversamente correlacionadas, ou seja quanto maior a participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, maior o uso de fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento, melhor a capacidade dos gerentes de enfermagem, liderar e apoiar os enfermeiros e equipe, quanto mais adequado forem os recursos e melhores as relações entre enfermeiros e médicos, ocorre redução dos níveis de *Burnout* em relação ao trabalho, colegas e pessoal ($p < 0,001$ em todos os casos).

Observou-se que força da correlação para o *Burnout* relacionado ao Trabalho (BT) é moderada (MUKAKA, 2012), nas subescalas do PES, participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (-0,521); fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (-0,515); habilidade, liderança e suporte aos enfermeiros/equipe de enfermagem (-0,519) e adequação da equipe e de recursos (-0,506). Para as outras subescalas do PES, e domínios do CBI, as correlações apresentaram-se fracas como demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 14 - Análise bivariada entre os instrumentos PES -Versão Brasileira e Inventário de *Burnout* de Copenhague (*Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br*) (n=187). Ribeirão Preto -SP, 2021.

	Burnout Pessoal		Burnout Relacionado ao Trabalho		Burnout Relacionado ao Colega	
	Coeficiente de Correlação de Spearman.	valor de p	Coeficiente de Correlação de Spearman.	valor de p	Coeficiente de Correlação de Spearman.	valor de p
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares. (n=187)	-0,457	<0,001	-0,521	<0,001	-0,384	<0,001
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado. (n=187)	-0,399	<0,001	-0,515	<0,001	-0,412	<0,001
Habilidade, liderança e suporte aos enfermeiros/equipe de enfermagem. (n=187)	-0,413	<0,001	-0,519	<0,001	-0,343	<0,001
Adequação da equipe e de recursos. (n=187)	-0,416	<0,001	-0,506	<0,001	-0,337	<0,001
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos. (n=187)	-0,393	<0,001	-0,461	<0,001	-0,371	<0,001

Nota: Valores em negrito denotam valor de p <0,05.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

7 DISCUSSÃO

Os enfermeiros participantes desta pesquisa são majoritariamente do sexo feminino (80,6%), com idade média de 37,9 anos, confirmando os dados do mais recente relatório que caracteriza a enfermagem no Brasil, lançado em julho de 2020. Neste, identificou-se a predominância de mulheres com cerca de 87% dos profissionais de enfermagem, e faixa etária relativamente jovem, com cerca de 35% dos profissionais com menos de 35 anos. No panorama internacional, outro relatório recente sobre o estado da enfermagem mundial confirmou que a composição da equipe de enfermagem é predominantemente feminina (90%) e relativamente jovem (menor de 35 anos), porém com disparidades entre as regiões, como é o caso da Europa, com profissionais mais velhos (acima de 55 anos) (OPAS, 2020; WHO, 2020).

A predominância feminina identificada é esperada, visto que a profissão tem esse caráter desde seus primórdios e questões salariais, condições de trabalho, proteção social associada a profissão, além da liderança exercida por mulheres suscita reflexões, pois é díspar quando comparada ao gênero masculino, sendo essa uma questão salutar (PADILHA; BOREINSTEIN; SANTOS, 2011).

No que se refere a formação educacional mais elevada, foi constatado neste trabalho que a maioria (44,4%) dos enfermeiros possui pós-graduação do tipo *latu sensu* (especialização), e que haviam enfermeiros com formação *strictu sensu* (mestrado/doutorado) em 18,7% dos casos. Em que pese é necessário dar destaque que as unidades estudadas pertencem a uma instituição de ensino e pesquisa, que é referência regional e nacional, o que pode explicar o nível de escolaridade verificado, e que pode diferir entre as regiões do Brasil.

Entretanto sabe-se que a qualificação profissional é essencial para o trabalho em saúde, e a necessidade de pessoal qualificado para assistência tem sido demonstrada por meio de estudos que evidenciam a forte relação entre a educação profissional em ambientes hospitalares e a menor mortalidade de pacientes, como demonstrado em estudos que associaram a mortalidade de pacientes cirúrgicos em hospitais com ambientes desfavoráveis e os enfermeiros com nível educacional mais baixo. As taxas de mortalidade são 60% superiores nessas situações, quando comparada a hospitais que possuíam enfermeiros com melhores níveis educacionais (AIKEN, 2003).

Adicionalmente associaram menor a mortalidade dos pacientes quando os enfermeiros possuíam mais instrução, indicando que o aumento em 10% do número de enfermeiros com bacharelado diminuía em 5% as chances de morte dentro de 30 dias de internação, além de reduzir as chances de falha no tratamento (morte em pacientes cirúrgicos por complicações) (AIKEN, 2003; AIKEN; CLARKE; SLOANE; LAKE *et al.*, 2008).

De forma a contribuir com a qualidade da assistência, a expertise profissional é considerada essencial e o tempo decorrido de formação permite a aquisição de qualidades importantes como o desenvolvimento de habilidades e competência no manejo dos pacientes, com especial destaque para o cuidado em áreas consideradas críticas. Em nosso estudo verificou-se que a experiência profissional foi em média de 12 anos de formação, variando entre 5 meses a 43 anos de experiência, com média de 8,7 anos de trabalho na instituição e 5,5 anos de trabalho na mesma unidade. O tempo de experiência de trabalho tem demonstrado associação com a satisfação no trabalho, o menor tempo de experiência gera pior satisfação no trabalho ($p < 0,05$, $n = 146$) (ALENAZY; DETTRICK; KEOGH, 2021).

A *International Council of Nursing* (ICN) desde 2006 tem informado que a prática segura em enfermagem se dá através de variáveis como dimensionamento adequado de pessoal de saúde, ambiente de trabalho, complexidade dos pacientes além da carga de trabalho, e essa prática pode ser comprometida por vezes quando ocorre a falta de investimento e de políticas de trabalho adequadas, impelindo o enfermeiro a exposição a uma carga de trabalho excessiva, tendo um impacto negativo na produtividade e na segurança do paciente.

Identificamos nesse estudo que carga horária semanal de trabalho máxima, dos enfermeiros foi de 96 horas, considerando outro vínculo empregatício, pois houveram profissionais que relataram três vínculos empregatícios, tendo como média 46 horas semanais. E ainda que essa carga horária reflita o tempo de trabalho e não necessariamente a carga do trabalho executada conceitualmente, tal carga horária semanal é alta, e o prejuízo advindo de extensas cargas horárias são questões que merecem um olhar cauteloso por parte dos gestores da saúde e de gerentes de enfermagem.

A carga de trabalho e o ambiente de prática profissional na literatura tem sido apontados como fatores que contribuem para as deficiências na execução dos planos

de cuidados de enfermagem e podem constituir fator preditivo para a omissão de cuidados de enfermagem (SILVA; MENEGUETI; SIQUEIRA; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Para além disso as cargas horárias semanais maiores podem ser reflexo da falta pessoal e da precarização sofrida pela profissão, pois a reestruturação do capitalismo no final do século e início deste forçou os serviços de saúde, a tornarem-se competitivos e acumularem capital, fazendo isso por meio da complexidade tecnológica, redução da força de trabalho, e venda desta força de trabalho, assim obrigando os profissionais a submeterem-se as mais diversas formas de precarização do trabalho (KUENZER, 2004)

A precarização do trabalho está registrada na literatura como formas diversas de relações contratuais e esse processo vem ocorrendo de forma intensa em setores da indústria, e na saúde de forma mais particular. No Brasil esta forma de precarização na saúde, é demonstrada pelo aumento do número de contratos temporários, com horários especiais como os dos plantonistas em hospitais, e na saúde pública com contratação de agentes comunitários temporários, e na contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) para administração hospitalar (ANDRADE; CAETANO; MAIER, 2018; PIRES; LOPES; SILVA; LORENZETTI *et al.*, 2010).

Apesar da enfermagem constituir o maior contingente de trabalhadores na área da saúde e possuir atribuições constantes e ininterruptas nos diversos contextos de cuidado aos pacientes, essa ainda não possui amparo legal de sua jornada de trabalho, como ocorre em outras profissões (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.), e esse tema tem sido objeto de luta há cinquenta e cinco anos até aqui, a fim de defini-la em 30 horas semanais (OLIVEIRA; VENTURA; SILVA; ANGOTTI NETO *et al.*, 2020; PIRES; LOPES; SILVA; LORENZETTI *et al.*, 2010).

Como fatores de risco que podem influenciar a segurança do paciente além da sobrecarga de trabalho está jornada em regime de trabalho por plantões. A literatura tem apontado que enfermeiros que trabalham em turnos com mais de 12 horas estão sujeitos a apresentar baixa realização pessoal, e insatisfação com o trabalho, bem como maior intensão de deixar o emprego, quando comparado a enfermeiros com períodos de trabalho menor ou igual a oito horas, assim considerando que em nossa amostra os profissionais possuíam outros vínculos de emprego (30,5%), planejamento de deixar o emprego, cargo ou função em 44,3% dos casos, e que 32,7% realizavam plantões de 12 horas ou ainda rodiziavam nos três turnos de trabalho em 28,8% do tempo, pode-se inferir um risco premente à segurança dos pacientes relacionados a

erros e eventos adversos, bem como redução conforto no trabalho desses profissionais (DALL'ORA; GRIFFITHS; BALL; SIMON *et al.*, 2015; SILVA; MENEGUETI; SIQUEIRA; ARAÚJO *et al.*, 2020; VAN BOGAERT; TIMMERMANS; WEEKS; VAN HEUSDEN *et al.*, 2014).

Adicionalmente o dimensionamento adequado de profissionais influi de forma significativa tanto na segurança do paciente quanto na diminuição da sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem. Considerando os vários ambientes existentes nas unidades estudadas, percebe-se um dimensionamento compatível com as demandas assistenciais, o que de forma positiva demonstra a preocupação dos gestores com o cumprimento das normas vigentes, com as demandas assistenciais, o que amplia a segurança do paciente. Os estudos tem demonstrado que o aumento em 0,1% na razão paciente/enfermeiro incrementa as chances da ocorrência de eventos adversos em 28%, bem como que a cada 7% de pacientes adicionados por enfermeiro, aumenta em 7% as chances de mortalidade dentro dos 30 dias de admissão de pacientes, bem como falhas no resgate (morte por complicações cirúrgicas) (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002; AIKEN; CLARKE; SLOANE; LAKE *et al.*, 2008).

Outro ponto investigado diz respeito a satisfação dos profissionais nas unidades estudadas, cujas respostas indicaram ser satisfatória por mais da metade dos profissionais, seja com seu cargo atual (61,4%), com sua profissão (67,2%) e quanto a satisfação do trabalho em equipe (44,3%). A satisfação dos profissionais foi abordada em estudos recentes que a associaram a ambientes favoráveis de prática profissional. A participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares e a adequação do quantitativo de profissionais e recursos são os pontos que mais influenciam essa percepção de satisfação. A retenção de profissionais também tem sido demonstrada com forte associação negativa ou seja, profissionais mais satisfeitos tem menor intenção de deixar o emprego (ALENAZY; DETTRICK; KEOGH, 2021).

Os dados apresentados por um estudo conduzido na Jordânia apontou que, existe a associação positiva entre a satisfação profissional e o ambiente de trabalho, que ocorre na proporção em que o aumento em um ponto na escala total do PES-NWI, aumenta em média 1,3 pontos a satisfação dos enfermeiros com o trabalho, e a intenção de permanecer no emprego aumenta em 3,6 pontos a cada aumento em uma unidade da pontuação total do PES-NWI (AL-HAMDAN; MANOJLOVICH; TANIMA, 2017).

Evidentemente a atenção dispensada com a satisfação dos profissionais e os ambientes de trabalhos favoráveis pode contribuir com os resultados para as instituições de saúde, principalmente tratando-se da retenção desses profissionais. Contrariamente ao gerar insatisfação por conta de demandas de trabalho, das inadequações de pessoal, existe a tendência em piores resultados para os profissionais como é o caso dos altos níveis de *Burnout* percebidos pelos enfermeiros (AIKEN, 2002; AIKEN; CLARKE; SLOANE; LAKE *et al.*, 2008).

Sugere-se que as instituições de saúde invistam em melhorar o quali-quantitativo de profissionais de enfermagem e os ambientes de prática já que, estes são fatores que influenciam positivamente a satisfação com o trabalho. Medidas que auxiliem na garantia de um papel de liderança eficiente para os gerentes de enfermagem e o apoio à melhores relações laborais entre médicos e enfermeiros pode também beneficiar os resultados para instituição.

Sequencialmente ao proceder a avaliação do ambiente de trabalho com uso do PES-versão brasileira, houveram itens que se destacaram na percepção dos enfermeiros sobre seu ambiente de prática nas unidades estudadas, estes obtiveram maior média de respostas (3,0), inferindo assim que foram considerados presentes no ambiente de prática profissional estudado (equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho; uma equipe de gerente/coordenador/supervisor na unidade que dá suporte à enfermagem; o responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder; trabalho com enfermeiros clinicamente competentes e o gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico).

A instituição de saúde estudada foi considerada um ambiente misto de trabalho, e quando verificadas de forma separada as unidades pontuaram também como ambientes mistos, coincidindo nas subescalas que receberam os maiores escores.

Verificou-se que, as subescalas favoráveis foram: “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem”; “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos”, e pontuaram como desfavorável as subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (2,4), “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (2,4), na instituição como um todo.

De forma parcialmente congruente com estudos internacionais, as subescalas: “habilidade, liderança e suporte de coordenadores, supervisores de enfermagem aos

enfermeiros/equipe de enfermagem” e “relações colegiais entre médicos e enfermeiros”, foram negativamente associados à resultados para enfermagem como é o caso do *Burnout* relacionado ao trabalho, além da subescala “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (FALGUERA; DE LOS SANTOS; GALABAY; FIRMO *et al.*, 2021; PATRICIAN; OLDS; BRECKENRIDGE-SPROAT; TAYLOR-CLARK *et al.*, 2022).

Em um estudo de revisão de escopo, que objetivou identificar e mapear a produção literária latino-americana sobre o ambiente de trabalho da enfermagem no contexto hospitalar com base no NWI-R e PES, a subescala “relações colegiadas entre médicos e enfermeiro” foi a mais associada a ambientes de prática profissional favoráveis (RIBOLDI; GASPARINO; KRELING; OLIVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2021).

Nacionalmente um estudo apontou que no contexto do cuidado ao paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as subescalas do PES-versão brasileira, que foram apontadas como favoráveis confirmam os nossos achados sendo elas “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”; “habilidade, liderança e suporte de coordenadores, supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” e “relações colegiais entre médicos e enfermeiros” com escores médios mais altos (SILVA; MENEGUETI; SIQUEIRA; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Para Lake (2002) as duas primeiras subescalas (participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares e fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado) do PES refletem o ambiente de prática profissional como um todo e as três subescalas restantes (habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem; adequação da equipe e de recursos e relações colegiais entre enfermeiros e médicos) dizem respeito a singularidades das unidades de trabalho.

Nesse estudo as subescalas que se referem a aspectos mais específicos das unidades trabalho, foram percebidas como as mais favoráveis, esses aspectos considerados gerais pois tratam das subescalas “Adequação da equipe e de recursos” e “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” respectivamente.

Quando se verifica as duas primeiras subescalas do PES, o papel da instituição hospitalar que reflete no ambiente como um todo, ou seja garantir a participação e envolvimento dos profissionais na tomada de decisão, pela inclusão em comissões,

comitês e oportunidades de crescimento, afim de valorizar o trabalho do enfermeiro. Junto a isso quando os hospitais permitem que os enfermeiros executem o cuidado com segurança e qualidade, por meio de processos bem definidos e apoiados por recursos e avanços tecnológicos contínuos, asseguram assim a continuidade do cuidado, cumprindo o papel de favorecer os ambientes de prática no que diz respeito as subescalas do PES, “participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” e “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”.

A subescala “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” têm foco na gerencia de enfermagem, pressupondo que esta deve apoiar as equipes de enfermagem, seja por meio de enaltecimento ao bom trabalho executado, na mediação de conflitos com outras categorias profissionais, e até mesmo nas tratativas de ocorrências, como erros cometidos por exemplo.

Para permitir que ocorra um cuidado de qualidade aos pacientes, as instituições necessitam prover o quantitativo de recursos e pessoal de forma adequada, visto que o tempo despendido pelo enfermeiro em discutir problemas relativos ao planejamento do processo de cuidado com outros enfermeiros, e a atenção dispensada aos pacientes é fundamental, e a subescala do PES “Adequação da equipe e de recursos” tem o intuito de apontar essa necessidade.

No estudo transversal conduzido na Inglaterra utilizou os dados de 66.348 pacientes cirúrgicos e 2.963 enfermeiros, e que teve como objetivo verificar as percepções dos pacientes quanto a satisfação com os cuidados hospitalares associando a confiança do paciente em médicos e enfermeiros, a omissão de cuidados de enfermagem e o ambiente de prática hospitalar. Os resultados indicaram que piores resultados na satisfação do paciente ocorriam quando havia menor confiança no médico e nos enfermeiros, sendo maior a omissão de cuidados de enfermagem, e pior a percepção dos pacientes sobre seus cuidados. Nesse estudo, as variáveis que mediam o tempo despendido pelos enfermeiros na explicação dos medicamentos para o paciente e a proporção entre enfermeiro-paciente demonstrou associação positiva com a percepção do cuidado de qualidade pelo paciente (AIKEN; SLOANE; BALL; BRUYNEEL *et al.*, 2018).

A subescala, que caracteriza as relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros, procura descrever o trabalho de forma coletiva e integrada, fundamental a qualquer unidade que presta cuidado ao paciente.

As subescalas que abrangem habilidades, liderança, suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem, fundamentos de enfermagem e participação dos enfermeiros em discussões hospitalares são essenciais para um ambiente de prática profissional de enfermagem adequado, conforme Gasparino e colaboradores (2021). A capacidade de gestão, liderança, apoio entre enfermeiros, adequação de pessoal e recursos, e relações colaborativas entre enfermeiros e médicos são fatores-chave que contribuem para melhores resultados no ambiente de prática profissional de enfermagem, assegurando a qualidade dos cuidados e a eficácia geral do local de trabalho.

As associações entre o ambiente de trabalho e os resultados para o paciente também foram demonstradas por meio de uma revisão de escopo sobre o ambiente de trabalho da enfermagem e as lacunas presentes na literatura no período de 2002 a 2018. As evidências apontaram que ambientes de prática mais favoráveis estavam associados significativamente com a melhor qualidade do cuidado reportada pelos enfermeiros, acarretando em 16% menos chances de reinternação de pacientes após 30 dias de procedimentos cirúrgicos eletivos (OR, 0,84; IC 95%, 0,74-0,95), e que esses ambientes possuíam uma cultura de segurança do paciente mais forte. As dimensões no PES-NWI foram avaliadas separadamente e revelaram que enfermeiros que participavam mais dos assuntos hospitalares estavam 44% menos propensos a avaliações ruins sobre a qualidade do cuidado (OR, 0,56; IC 95%, 0,54-0,58). Na dimensão “Habilidade do gerente de enfermagem, liderança e suporte aos enfermeiros” ficou evidenciado que, a qualidade do cuidado percebido pelo enfermeiro está associada a percepção positiva dessa dimensão (OR,0,56; IC 95%, 0,54-0,58), reforçando os benefícios do ambiente de prática sobre a percepção da qualidade do cuidado prestado (NASCIMENTO; JESUS, 2020).

Assim verifica-se que as instituições devem adotar medidas de melhoria do ambiente de trabalho ao utilizar instrumentos que possam mensurar questões como a capacitação, implementação efetiva de programas de educação dentro das instituições que garantam a liderança eficiente, o acompanhamento diário do processo do cuidado aos pacientes, a resolução de conflitos, e o envolvimento dos enfermeiros nas decisões locais e globais das instituições de saúde.

Neste estudo ainda observamos a partir do questionário CBI-Br os níveis de *burnout* em nossa amostra, segundo as dimensões reportadas do *Burnout* Pessoal (BP), *Burnout* Relacionado ao Trabalho (BT) e o *Burnout* Relacionado ao Colega (BC),

apresentando o valor médio total limítrofe ao ponto médio (47,9), indicando que esses profissionais experienciam o *Burnout*, ainda que de intensidades diferentes nos diferentes domínios. Nossos achados são consistentes com outros estudos nacionais semelhantes, onde enfermeiros de cuidados a pacientes em instituições hospitalares experienciam em diversos contextos a presença do *Burnout* (FREITAS; FREIRE, 2020; MELANI, 2015; ROCHA; DE JESUS; MARZIALE; HENRIQUES *et al.*, 2020).

As consequências adversas do *Burnout* ocorrem tanto para indivíduos, quanto para as organizações, e podem ser de natureza psicológica inicialmente, porém ao longo do tempo traduzem-se em efeitos sobre a saúde física e comportamental dos trabalhadores.

Vem crescendo o corpo de evidências que tem atribuído os fatores ocupacionais a presença do *Burnout*, e o tema tem se tornado ainda mais relevante no contexto da pandemia da COVID-19. Uma revisão sistemática atual foi conduzida sobre a síndrome de burnout, suas dimensões, fatores desencadeantes (pessoais ou ocupacionais), os resultados em vários níveis para o trabalhador, instituições e pacientes, e ações mitigadoras a fim de compreender a teoria e a prática relativa a essa síndrome. Identificou-se como fatores desencadeantes fatores organizacionais e fatores individuais, sendo os organizacionais as relações de trabalho com colegas, líderes, chefes e clientes são fatores de risco para o *Burnout* (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022).

De acordo com nossos achados a maior participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, nos fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento, na capacidade dos gerentes de enfermagem, liderar e apoiar os enfermeiros e equipe, e na adequação dos recursos, e nas relações colegiais entre enfermeiros e médicos, ocorre uma associação à redução dos níveis de *Burnout* em relação ao trabalho, colegas e a nível pessoal.

Adicionalmente verificou-se que o sexo feminino está associado a maiores escores de *Burnout* nas três subescalas. O tempo de experiência dos enfermeiros na profissão foi associado a redução do nível de *Burnout* relacionado aos colegas, e profissionais com mais anos de experiência na instituição possuem menores níveis de *Burnout* relacionado a colegas e pessoal, adicionalmente ter mais tempo de experiência no setor de trabalho contribui com a redução dos níveis de *Burnout* nas subescalas pessoal e relacionado aos colegas, corroborando com outros estudos

(ALENAZY; DETTRICK; KEOGH, 2021; MOISOGLOU; YFANTIS; TSIOUMA; GALANIS, 2021).

Os fatores relacionados ao ambiente de trabalho que mais contribuem para a redução dos níveis de *Burnout* percebido são a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares e as relações colegiais entre enfermeiros e médicos.

Tais achados identificam como um fator importante a participação nos assuntos hospitalares, que confere reconhecimento ao seu papel de provedor do cuidado, seja pela qualidade da assistência, seja por sua formação científica. O envolvimento do enfermeiro na gestão hospitalar e sua participação na tomada de decisão na organização de saúde identifica um empoderamento estrutural, e pode tornar esses profissionais mais engajados, e melhorar os resultados para as instituições (BAKKER; SCHAUFELI, 2008).

Cabe destacar que as características do local de trabalho, como as que estão presentes nos hospitais com certificação magnética são pré-requisitos fundamentais para um ambiente de trabalho saudável para os enfermeiros e a liderança é um fator organizacional que auxilia as equipes de enfermagem terem menores probabilidade de desenvolver o *Burnout* (MA; PARK, 2015; MOISOGLOU; YFANTIS; TSIOUMA; GALANIS, 2021).

Em nosso estudo houve a associação da redução do escore geral do *Burnout* onde as relações colegiais entre médicos e enfermeiros eram mais favoráveis, esses profissionais em conjunto nos serviços de saúde realizam a maior parte do cuidado, e o trabalho congruente entre eles é fundamental, desde a documentação até as informações que devem ser compartilhadas e avaliadas conjuntamente.

As evidências fornecidas pela literatura demonstram que a comunicação entre esses profissionais tem efeito nos resultados ao paciente, e à medida que a colaboração entre eles aumenta os resultados para os pacientes são alcançados. Além disso as relações colegiais entre médico e enfermeiros tem um papel até mesmo sobre o bem estar dos outros profissionais (ANZAI; DOUGLAS; BONNER, 2014; BREWER; KOVNER; OBEIDAT; BUDIN, 2013; BUDIN; BREWER; CHAO; KOVNER, 2013).

Estudos nacionais que tratam das relações entre o ambiente de trabalho e o *Burnout* tem confirmado o que foi observado em nosso estudo, que o ambiente de trabalho do enfermeiro está associado a presença do *Burnout*, e que os fatores

relacionados a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado, habilidade, liderança e suporte aos enfermeiros/equipe de enfermagem, a adequação da equipe e dos recursos além das relações colegiais entre enfermeiros e médicos são fundamentais para reduzir esses níveis.

No modelo teórico proposto por Dorigan e Guirardello (2018), o ambiente da prática foi capaz de explicar em 82% das vezes os resultados relacionados ao trabalho, como é caso da satisfação dos enfermeiros no emprego, intenção de permanecer no emprego e na profissão, no clima de segurança (42%) e no *Burnout* (36%). Foi verificado adicionalmente que ambientes de prática profissional com mais autonomia do enfermeiro, no controle sobre seu trabalho e nas boas relações de trabalho, resulta em maior percepção do clima de segurança e satisfação com o trabalho (65%), maior intensão em permanecer no emprego e na enfermagem (47% e 41%), e redução dos níveis de *Burnout* em 60%.

É necessário destacar que em nosso estudo, a instituição pesquisada é caracterizada como um hospital de nível terciário ligado a uma universidade e tem como premissa o ensino e a pesquisa, e que portanto, para o ensino, é essencial a comunicação efetiva, e o cuidado mais centrado no paciente, o que torna propício o clima interprofissional e interdisciplinar, que pode explicar as melhores relações colegiais percebidas pelos enfermeiros.

O contexto em que este estudo se realizou também deve ser considerado na interpretação dos resultados, pois é uma pequena parcela de uma realidade complexa tanto para ser interpretada como para ser mensurada. Ainda é necessário dar destaque que a coleta de dados ocorreu coincidentemente com os estágios finais da pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo, e a emergência desta situação atípica da pandemia mudou significativamente a conformidade das instituições de saúde, como por exemplo nas medidas mais rigorosas no controle das infecções, que resultou em um aumento nas demandas de trabalho, e no estresse desses profissionais. Adicionalmente, foi esta mesma condição emergencial que possibilitou e promoveu maior colaboração interprofissional e interdisciplinar, além de aumentar o senso de responsabilidade sobre o paciente. (ALRABAE; ABOSHAIQAH; TUMALA, 2021; GREENBERG; WESTON; HALL; CAULFIELD *et al.*, 2021; WONG; OLUSANYA; PARULEKAR; HIGHFIELD, 2021).

Os enfermeiros demonstraram um senso de dever e o desejo de realizar seu trabalho devido a obrigação moral de sua profissão em servir nesses tempos de pandemia, o que pode ter resultado em diferenças no ambiente de trabalho e na percepção do *Burnout* nesse contexto.

Porém fica evidente pelos estudos realizados anteriormente e com os achados deste estudo que, ambientes de prática profissional favoráveis, principalmente em relação a maior participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares, fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado, habilidade, liderança e suporte aos enfermeiros/equipe de enfermagem, a adequação da equipe e dos recursos além das relações colegiais entre enfermeiros e médicos promove uma redução na percepção do *Burnout* pelos enfermeiros, e conseqüentemente gera satisfação com o trabalho e melhores resultados para o paciente e instituições.

8 CONCLUSÃO

Com base na análise dos dados de uma amostra de 187 enfermeiros, de unidades de internação médico-cirúrgica, foi possível caracterizar o perfil desses profissionais, sendo a maioria do sexo feminino (80,6%), com idade média de 37,9 anos, casados em sua maioria (45,4%), com formação acadêmica mais relatada do tipo *latu sensu* (especialização) (44,4%).

Ainda a maioria ocupava cargos assistências (79,6%), 37,7% dos casos os profissionais trabalhavam em turnos de 6 horas, e em 28,8% rodiziavam em turnos de 12 horas.

Em relação ao tempo de trabalho, a média foi de 12 anos de formação, 8,7 anos de trabalho na instituição e 5,5 anos de trabalho no mesmo setor. A carga horária de trabalho semanal média foi de 46 horas semanais considerando outro vínculo empregatício, e 69,5% dos enfermeiros das instituições estudadas não possuíam outro vínculo empregatício.

Constatou-se também que existem profissionais que possuem a intensão de deixar o emprego, cargo ou função (44,3%), e que esse planejamento pode ocorrer dentro de um ano (13,8%), ou ainda que não possuam tempo definido em 30,7% dos casos.

Em relação a percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente, 93,1% dos profissionais a qualificaram como boa ou muito boa. E quanto a satisfação desses profissionais, 61,4% consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o cargo atual, 67,2% satisfeitos ou muito satisfeitos com a profissão, e 44,3% consideraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho em equipe.

Os valores médios para as escalas PES – Versão brasileira, variaram de 2,4 a 2,8, e a PES – Versão brasileira da instituição hospitalar estudada indicou é um local de trabalho misto, pois pontuou acima de 2,5 em duas subescalas. Ainda identificou-se que os seguintes itens foram considerados como presentes no ambiente de prática de trabalho segundo a percepção dos enfermeiros, por apresentarem maior média de respostas (3,0), sendo eles: “equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho”; “uma equipe de gerente/coordenador/supervisor na unidade que dá suporte à enfermagem”; “o responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder”; “trabalho com enfermeiros clinicamente competentes” e “o

gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico”.

As subescalas pontuadas como favoráveis foram: “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,8) e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (2,8).

Na avaliação das unidades de forma separada as Unidades Campus e Emergência também se revelaram ambientes mistos de trabalho, e coincidiram nas subescalas que receberam os maiores escores. Sendo elas para a Unidade Campus “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,8), e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (2,8).

A Unidade de Emergência as pontuações nessas subescalas foram: “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,9) e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (2,8).

O valor médio do total das escalas CBI-Br foi limítrofe ao ponto médio (47,9), indicando assim que os profissionais não experienciam o *Burnout*, entretanto encontra-se limítrofe. Na análise das dimensões do *Burnout*, verificou que na dimensão *Burnout* Pessoal (BP) os profissionais pontuaram como experienciando o *burnout* (55,2), na dimensão *Burnout* Relacionado ao Trabalho (BT), de forma semelhante apresentaram também experienciam o *Burnout* (51,5), e na dimensão *Burnout* Relacionado ao Colega (BC), os profissionais não experienciaram o *burnout* (36,6).

Houve associação significativa entre o sexo feminino e as subescalas do PES, quanto a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares, fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado, adequação da equipe e de recursos e a avaliação dos ambientes de prática profissional como não favoráveis. Porém para as questões relacionadas a habilidade, liderança e suporte dos coordenadores os ambientes foram considerados favoráveis pelo sexo feminino.

Porém nas subescalas do PES as variáveis tempo de experiência na enfermagem, na unidade e na instituição não demonstrou associação, de forma semelhante.

Quando avaliadas as cinco subescalas do PES, e as três dimensões do CBI, foi observada associação significativa entre todos. Assim os ambientes não favoráveis

para a prática profissional, independente da subescala do PES, apresentaram quantitativo maior de profissionais que experienciavam o *Burnout* relacionado ao Trabalho e Pessoal, entretanto no domínio *Burnout* relacionado ao Colega, um menor número de profissionais experienciavam o *Burnout*, justamente nos ambientes considerados favoráveis para a prática profissional.

Assim esses achados corroboraram com a análise bivariada entre características demográficas dos instrumentos PES – Versão Brasileira e CBI-Br que evidenciou por meio da correlação negativa entre os instrumentos, que quanto maior a participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares, maior o uso de fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento, melhor a capacidade dos gerentes de enfermagem, liderar e apoiar os enfermeiros e equipe, quanto mais adequado forem os recursos e melhores as relações entre enfermeiros e médicos, ocorre uma associação à redução dos níveis de *Burnout* em relação ao trabalho, colegas e a nível pessoal.

As características do ambiente de trabalho do enfermeiro são reconhecidas pela literatura como variáveis fundamentais no esforço de prestar atendimento nos serviços de saúde com qualidade e garantia também do bem estar dos profissionais de enfermagem. Logo as medidas que aprimorem essas questões no contexto hospitalar, além do reforço na autonomia e participação dos enfermeiros e melhora nos relacionamentos interprofissionais no ambiente de trabalho das instituições podem suportar e garantir este bem-estar da enfermagem nas instituições de saúde e conseqüentemente a segurança do paciente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos que abordam o ambiente de prática profissional e a relação com a Síndrome de Burnout estão sendo produzidos com maior frequência na literatura mundial, particularmente considerando o impacto da pandemia da COVID-19. Entretanto os transtornos relacionados a ansiedade, depressão e burnout no contexto laboral vem sendo explorado a mais tempo de forma robusta na literatura nacional e internacional.

Chamamos a atenção para elementos apontados neste estudo pelos enfermeiros, como contribuintes para melhores condições do ambiente de trabalho e melhores resultados quanto ao conforto psíquico dos profissionais, que de certa maneira repetem-se aos anteriores a pandemia da COVID-19, estes são fatores ligados ao apoio dado pelas instituições de saúde ao profissional enfermeiro. Ou seja, possuem custo baixo quando comparado a aquisição de equipamentos ou contratação de pessoal, pois se dão por meio da participação do enfermeiro, seja com subsídios que apoiem uma liderança atuante, melhoria de processos de trabalho, e melhoria nas relações interprofissionais.

Ainda que este estudo apresente como limitação seu desenho transversal, e o contexto de uma instituição de ensino de referência nacional, o que pode limitar generalizações para outros contextos nacionais e internacionais, é oportuno mapear os ambientes de prática profissional, e assim obter informações sobre as características dos ambientes de prática que contribuem para o surgimento de síndromes como o *Burnout*.

Porém é importante destacar que este estudo tem como ponto forte o uso de instrumentos estabelecidos, confiáveis e válidos. As informações aqui coletadas podem oferecer subsídios para instituições de saúde formarem lideranças de enfermagem efetivas, atuantes de forma direcionada em questões como melhoria na qualificação dos profissionais, manejo de situações conflitantes, compartilhamento de decisões e fortalecimento da liderança de enfermagem.

Recomenda-se assim que estudos sejam realizados em mais locais, com ampliação do número de participantes para contribuir com resultados mais contundentes e de forma que a amostra possa ser mais representativa de todo o país.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. Nursing Priorities for the 1980's: Hospitals and Nursing Homes. **The American Journal of Nursing**, 81, n. 2, p. 324, 1981.

AIKEN, L. H. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. **JAMA**, 288, n. 16, p. 1987, 2002.

AIKEN, L. H. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, 290, n. 12, p. 1617-1623, 2003.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. **Nurs Outlook**, 50, n. 5, p. 187-194, Sep-Oct 2002.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; LAKE, E. T. *et al.* Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 38, n. 5, p. 223-229, 2008.

AIKEN, L. H.; HAVENS, D. S.; SLOANE, D. M. The Magnet Nursing Services Recognition Program. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 39, n. 7/8, p. S5-S14, 2009.

AIKEN, L. H.; PATRICIAN, P. A. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. **Nurs Res**, 49, n. 3, p. 146-153, May-Jun 2000.

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; BALL, J.; BRUYNEEL, L. *et al.* Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. **BMJ Open**, 8, n. 1, p. e019189, 2018.

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; BRUYNEEL, L.; VAN DEN HEEDE, K. *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, 383, n. 9931, p. 1824-1830, 2014.

AL-HAMDAN, Z.; MANOJLOVICH, M.; TANIMA, B. Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. **J Nurs Scholarsh**, 49, n. 1, p. 103-110, Jan 2017.

AL MA'MAR, Q.; SHAROOR, L. A.; AL OMARI, O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. **British Journal of Nursing**, 29, n. 1, p. 7, 2020.

ALENAZY, F. S.; DETTRICK, Z.; KEOGH, S. The relationship between practice environment, job satisfaction and intention to leave in critical care nurses. **Nursing in Critical Care**, 2021.

ALMEIDA VENTURA-SILVA, J. M.; PIMENTA LOPES RIBEIRO, O. M.; REIS SANTOS, M.; ALVES FARIA, A. D. C. *et al.* Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. **Journal Health NPEPS**, 5, n. 1, 2020.

ALRABAE, Y. M. A.; ABOSHAIQAH, A. E.; TUMALA, R. B. The association between self-reported workload and perceptions of patient safety culture: A study of intensive care unit nurses. **Journal of Clinical Nursing**, 30, n. 7-8, p. 1003-1017, 2021.

ANDRADE, L. M. S.; CAETANO, E.; MAIER, S. R. D. O. A enfermagem enquanto profissão: reflexões sobre as concepções de acadêmicos ingressantes quanto ao trabalho e sua precarização. **Scientific Electronic Archives**, v.11, n. 4, p. 69-77, DOI: <https://doi.org/10.36560/1142018530>.

ANZAI, E.; DOUGLAS, C.; BONNER, A. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. **Nursing & Health Sciences**, 16, n. 2, p. 171-178, 2014.

BAEK, J.; CHO, H.; HAN, K.; LEE, H. Association between nursing work environment and compassion satisfaction among clinical nurses. **Journal of Nursing Management**, 28, n. 2, p. 368-376, 2020.

BAKKER, A. B.; SCHAUFELI, W. B. Positive organizational behavior: engaged employees in flourishing organizations. **Journal of Organizational Behavior**, 29, n. 2, p. 147-154, 2008.

BENSON, S.; SAMMOUR, T.; NEUHAUS, S. J.; FINDLAY, B. *et al.* Burnout in Australasian Younger Fellows. **ANZ Journal of Surgery**, 79, n. 9, p. 590-597, 2009.

BRAGADÓTTIR, H.; KALISCH, B. J. Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 32, n. 3, p. 1227-1236, 2018.

BREWER, C. S.; KOVNER, C. T.; OBEIDAT, R. F.; BUDIN, W. C. Positive work environments of early-career registered nurses and the correlation with physician verbal abuse. **Nurs Outlook**, 61, n. 6, p. 408-416, Nov-Dec 2013.

BUDIN, W. C.; BREWER, C. S.; CHAO, Y.-Y.; KOVNER, C. Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, 45, n. 3, p. 308-316, 2013.

CHO, E.; CHOI, M.; KIM, E.-Y.; YOO, I. Y. *et al.* Construct Validity and Reliability of the Korean Version of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index for Korean Nurses. **Journal of Korean Academy of Nursing**, 41, n. 3, p. 325, 2011.

CHO, S.-H.; KETEFIAN, S.; BARKAUSKAS, V. H.; SMITH, D. G. The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. **Nursing Research**, 52, n. 2, p. 71-79, 2003.

COFEN, C. F. D. E. **Enfermagem em Números**. 2023. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 11/05/2023.

DALL'ORA, C.; GRIFFITHS, P.; BALL, J.; SIMON, M. *et al.* Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, 5, n. 9, p. e008331, 2015.

DALL'ORA, C.; BALL, J.; REINIUS, M.; GRIFFITHS, P. Burnout in nursing: a theoretical review. **Human Resources for Health**, 18, n. 1, 2020.

DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B.; NACHREINER, F.; SCHAUFELI, W. B. The job demands-resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, 86, n. 3, p. 499-512, 2001.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. D. B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, 30, n. 2, p. 129-135, 2017.

EDÚ-VALSANIA, S.; LAGUÍA, A.; MORIANO, J. A. Burnout: A Review of Theory and Measurement. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19, n. 3, p. 1780, 2022.

EFSTATHIOU, G.; ANDREOU, C.; TSANGARI, H.; DIMITRIADOU, M. *et al.* Adaptation and validation of the Cyprus version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: a methodological study. **BMC Research Notes**, 11, n. 1, 2018.

ELMI, S.; HASSANKHANI, H.; ABDOLLAHZADEH, F.; JAFAR ABADI, M. A. *et al.* Validity and Reliability of the Persian Practice Environment Scale of Nursing Work Index. **Iran J Nurs Midwifery Res**, 22, n. 2, p. 106-111, Mar-Apr 2017.

FAGERSTRÖM, L.; KINNUNEN, M.; SAARELA, J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. **BMJ Open**, 8, n. 4, p. e016367, 2018.

FALGUERA, C. C.; DE LOS SANTOS, J. A. A.; GALABAY, J. R.; FIRMO, C. N. *et al.* Relationship between nurse practice environment and work outcomes: A survey study in the Philippines. **International Journal of Nursing Practice**, 27, n. 1, 2021.

FAN, J.; SENTHANAR, S.; MACPHERSON, R. A.; SHARPE, K. *et al.* An Umbrella Review of the Work and Health Impacts of Working in an Epidemic/Pandemic Environment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18, n. 13, p. 6828, 2021.

FERNANDEZ, R.; LORD, H.; HALCOMB, E.; MOXHAM, L. *et al.* Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. **Int J Nurs Stud**, 111, p. 103637, Nov 2020.

FREITAS, C. C.; FREIRE, M. A. Síndrome de Burnout em enfermeiros trabalhadores de um hospital público de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, 10, n. 2, p. 5-12, 2020.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, 30, n. 1, p. 159-165, 1974/01/01 1974. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

FUENTELESZ-GALLEGO, C.; MORENO-CASBAS, M. T.; GONZALEZ-MARIA, E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. **Int J Nurs Stud**, 50, n. 2, p. 274-280, Feb 2013.

GASPARINO, R. C. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para a cultura brasileira**. 2015. 150 f. (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

GASPARINO, R. C. **Nursing practice environment and professionals, patients and organizations outcomes**. 2021. 96 f. Livre-Docência (Livre Docente) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

GASPARINO, R. C.; FERREIRA, T. D. M.; CARVALHO, K. M. A. D.; RODRIGUES, E. S. A. *et al.* Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 32, n. 4, p. 449-455, 2019.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. D. B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "Nursing Work Index - Revised". **Acta Paulista de Enfermagem**, 22, n. 3, p. 281-287, 2009.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. D. B. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. **Journal of Nursing Management**, 25, n. 5, p. 375-383, 2017.

GASPARINO, R. C.; THELEN, D. M. F.; OLIVEIRA, H. C.; ALVES, D. F. D. S. *et al.* Leadership, adequate staffing and material resources, and collegial nurse–physician relationships promote better patients, professionals and institutions outcomes. **Journal of Advanced Nursing**, 77, n. 6, p. 2739-2747, 2021.

GENSIMORE, M. M.; MADURO, R. S.; MORGAN, M. K.; MCGEE, G. W. *et al.* The Effect of Nurse Practice Environment on Retention and Quality of Care via Burnout, Work Characteristics, and Resilience: A Moderated Mediation Model. **J Nurs Adm**, 50, n. 10, p. 546-553, Oct 2020.

GRANADOS-PLAZA, M.; GEA-CABALLERO, V.; MARTÍ-EJARQUE, M. D. M.; FERRÉ-GRAU, C. Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, 30, n. 19-20, p. 2990-3000, 2021.

GREENBERG, N.; WESTON, D.; HALL, C.; CAULFIELD, T. *et al.* Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. **Occup Med (Lond)**, 71, n. 2, p. 62-67, Apr 9 2021.

GURKOVÁ, E.; MIKŠOVÁ, Z.; ŠÁTEKOVÁ, L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. **International Nursing Review**, 2021.

GUSEVA CANU, I.; MARCA, S. C.; DELL'ORO, F.; BALAZS, A. *et al.* Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. **Scand J Work Environ Health**, 47, n. 2, p. 95-107, Mar 1 2021.

HERNÁNDEZ-CRUZ, R.; MORENO-MONSIVÁIS, M. G.; CHEVERRÍA-RIVERA, S.; DÍAZ-OVIEDO, A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 25, n. 0, 2017.

HOFFART, N. Elements of a Nursing Professional Practice Model. **Journal of Professional Nursing**, 12, n. 6, p. 354-363, November-December 1996.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica**. Tradução DUNCAN, M. S. e ISLABÃO, A. G. 4ª ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2015. 386 p. 978-85-8271-189-7.

ILIĆ, I.; ARANDJELOVIĆ, M.; JOVANOVIĆ, J.; NEŠIĆ, M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. **Medycyna Pracy**, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE, I. O. M. **Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses**. Washington (DC): The National Academies Press., 2004. 485 p. 0309090679.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, I. **NURSES: A VOICE TO LEAD A VISION FOR FUTURE HEALTHCARE**. Geneva, Switzerland: 2021. 978-92-95099-88-3. 60 p.

JINGXIA, C.; LONGLING, Z.; QIANTAO, Z.; WEIXUE, P. *et al.* The changes in the nursing practice environment brought by COVID-19 and improvement recommendations from the nurses' perspective: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, 22, n. 1, 2022.

JONES, C. B. The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, 12, n. 3, September 30, 2007 2007.

KAKEMAM, E.; CHEGINI, Z.; ROUHI, A.; AHMADI, F. *et al.* Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. **Journal of Nursing Management**, 29, n. 7, p. 1974-1982, 2021.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G. L.; HINSHAW, A. S. Missed nursing care: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 65, n. 7, p. 1509-1517, 2009.

KHAJURIA, A.; TOMASZEWSKI, W.; LIU, Z.; CHEN, J.-H. *et al.* Workplace factors associated with mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an international cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, 21, n. 1, 2021.

KHASNE, R. W.; DHAKULKAR, B. S.; MAHAJAN, H. C.; KULKARNI, A. P. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, 24 n. 8, p. 8, August 2020 2020.

KNIFFIN, K. M.; NARAYANAN, J.; ANSEEL, F.; ANTONAKIS, J. *et al.* COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. **American Psychologist**, 76, n. 1, p. 63-77, 2021.

- KRAMER, M.; HAFNER, L. P. Shared Values: Impact On Staff Nurse Job Satisfaction And Perceived Productivity. **Nursing Research**, 38, n. 3, p. 172-177, 1989.
- KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C. E. Magnet Hospital Nurses Describe Control Over Nursing Practice. **Western Journal of Nursing Research**, 25, n. 4, p. 19, 2003.
- KRISTENSEN, T. S.; BORRITZ, M.; VILLADSEN, E.; CHRISTENSEN, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. **Work & Stress**, 19, n. 3, p. 192-207, 2005.
- KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2, n. 1, p. 107-120, 2004.
- KUTNEY-LEE, A.; WU, E. S.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. **International Journal of Nursing Studies**, 50, n. 2, p. 195-201, 2013.
- LAKE, E. T. Development of the practice environment scale of the nursing work index. **Research in Nursing & Health**, 25, n. 3, p. 176-188, 2002.
- LAKE, E. T. The Nursing Practice Environment. **Medical Care Research and Review**, 64, n. 2_suppl, p. 104S-122S, 2007.
- LAKE, E. T.; SANDERS, J.; DUAN, R.; RIMAN, K. A. *et al.* A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. **Medical Care**, 57, n. 5, p. 353-361, 2019.
- LANCET. The status of nursing and midwifery in the world. **The Lancet**, 395, n. 10231, p. 1167, 2020.
- LI, B.; LI, Z.; WAN, Q. Effects of work practice environment, work engagement and work pressure on turnover intention among community health nurses: Mediated moderation model. **Journal of Advanced Nursing**, 75, n. 12, p. 3485-3494, 2019.
- LIU, S.; YANG, L.; ZHANG, C.; XIANG, Y.-T. *et al.* Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, 7, n. 4, p. e17-e18, 2020.
- MA, C.; PARK, S. H. Hospital Magnet Status, Unit Work Environment, and Pressure Ulcers. **Journal of Nursing Scholarship**, 47, n. 6, p. 565-573, 2015.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A.; DE LACERDA, W. F.; DE OLIVEIRA, E. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, 7, n. ESP, p. 9, 2016.

MAGNAVITA, N.; SOAVE, P. M.; RICCIARDI, W.; ANTONELLI, M. Occupational Stress and Mental Health among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17, n. 21, p. 8245, 2020.

MAGNAVITA, N.; TRIPEPI, G.; DI PRINZIO, R. R. Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17, n. 14, p. 5218, 2020.

MALLIDOU, A. A.; CUMMINGS, G. G.; ESTABROOKS, C. A.; GIOVANNETTI, P. B. Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. **Int J Nurs Stud**, 48, n. 1, p. 81-93, Jan 2011.

MASLACH, C. Burned-Out. **Human Relations**, 5, n. 9, p. 6, 1976/09 1976.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MCCLURE, M. L.; POULIN, M. A.; SOVIE, M. D.; WANDELT, M. A. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. **American Academy of Nursing. Task Force on Nursing Practice in Hospitals**, 1983.

MELANI, A. C. F. **Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia**. 2015. 143 f. (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), São Paulo - Brasil. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/t.23.2016.tde-24052016-171013>.

MOISOGLOU, I.; YFANTIS, A.; TSIOUMA, E.; GALANIS, P. The work environment of haemodialysis nurses and its mediating role in burnout. **Journal of Renal Care**, 47, n. 2, p. 133-140, 2021.

MOSER, C. M.; TIETBOHL-SANTOS, B.; ARENAS, D. L.; XAVIER, A. *et al.* Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in healthcare professionals. **Trends Psychiatry Psychother**, Oct 27 2021.

NASCIMENTO, A.; JESUS, E. Nursing Work Environment and Patient Outcomes in a Hospital Context: A Scoping Review. **J Nurs Adm**, 50, n. 5, p. 261-266, May 2020.

NEEDLEMAN, J.; BUERHAUS, P.; MATTKE, S.; STEWART, M. *et al.* Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. **New England Journal of Medicine**, 346, n. 22, p. 1715-1722, 2002.

OGATA, Y.; SASAKI, M.; YUMOTO, Y.; YONEKURA, Y. *et al.* Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. **Nursing Open**, 5, n. 3, p. 362-369, 2018.

OLIVEIRA, A. P. C. D.; VENTURA, C. A. A.; SILVA, F. V. D.; ANGOTTI NETO, H. *et al.* State of Nursing in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 28, 2020.

OLIVEIRA, P. B. D.; COCA, L. N.; SPIRI, W. C. Associação entre absenteísmo e ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, 25, n. 2, 2021.

OULTON, J. A. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. **Policy Polit Nurs Pract**, 7, n. 3 Suppl, p. 34S-39S, Aug 2006.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. D. B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 21, n. 3, p. 765-772, 2013.

PARKER, D.; TUCKETT, A.; ELEY, R.; HEGNEY, D. Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. **International Journal of Nursing Practice**, 16, n. 4, p. 352-358, 2010.

PATRICIAN, P. A.; OLDS, D. M.; BRECKENRIDGE-SPROAT, S.; TAYLOR-CLARK, T. *et al.* Comparing the Nurse Work Environment, Job Satisfaction, and Intent to Leave Among Military, Magnet(R), Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Civilian Hospitals. **J Nurs Adm**, 52, n. 6, p. 365-370, Jun 1 2022.

PIMENTA LOPES RIBEIRO, O. M.; TRINDADE, L.; SILVA FASSARELLA, C.; ABREU PEREIRA, S. C. *et al.* Impact of COVID-19 on professional nursing practice environments and patient safety culture. **Journal of Nursing Management**, 2022.

PIMENTA, O. M. L. R.; TRINDADE, L. D. L.; FASSARELLA, C. S.; PEREIRA, S. C. D. A. *et al.* Impact of COVID-19 on professional nursing practice environments and patient safety culture. **Journal of Nursing Management**, 2022.

PIRES, D.; LOPES, M. G. D.; SILVA, M. C. N. D.; LORENZETTI, J. *et al.* Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, 1, n. 3, p. 5, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para Prática da Enfermagem**. Tradução SALES, D. R. D. 9ª edição ed. 27/10/2018 2018. 428 p. 978-85-363-2545-3.

RIBOLDI, C. D. O.; GASPARINO, R. C.; KRELING, A.; OLIVEIRA JÚNIOR, N. J. D. *et al.* Ambiente da prática profissional de enfermagem em países latino-americanos: scoping review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 20, 2021.

ROCHA, F. L. R. **Validade psicométrica de instrumentos de avaliação do presenteísmo e da Síndrome de Burnout em professores e trabalhadores técnico-administrativos de instituições de ensino superior**. 2019. 132 f. (Doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto - SP.

ROCHA, F. L. R.; DE JESUS, L. C.; MARZIALE, M. H. P.; HENRIQUES, S. H. *et al.* Burnout syndrome in university professors and academic staff members: psychometric properties of the Copenhagen Burnout Inventory—Brazilian version. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 33, n. 1, 2020.

ROSSI, R.; SOCCI, V.; TALEVI, D.; MENSI, S. *et al.* COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. **Front Psychiatry**, 11, p. 790, 2020.

SANTOS, J. L. G. D.; BALSANELLI, A. P.; FREITAS, E. D. O.; MENEGON, F. H. A. *et al.* Work environment of hospital nurses during the COVID-19 pandemic in Brazil. **International Nursing Review**, 68, n. 2, p. 228-237, 2021.

SERMEUS, W.; AIKEN, L. H.; VAN DEN HEEDE, K.; RAFFERTY, A. M. *et al.* Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. **BMC Nursing**, 10, n. 1, p. 6, 2011.

SERRÃO, C.; DUARTE, I.; CASTRO, L.; TEIXEIRA, A. Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of Psychological Resilience. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18, n. 2, p. 636, 2021.

SHAUFELI, W. B.; GREENGLASS, E. R. Introduction to special issue on Burnout and Health. **Psychology and Health**, 16, n. 1, p. 10, 2001.

SHIMIZUTANI, M.; ODAGIRI, Y.; OHYA, Y.; SHIMOMITSU, T. *et al.* Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors. **Industrial Health**, 46, n. 4, p. 326-335, 2008.

SHOMAN, Y.; MARCA, S. C.; BIANCHI, R.; GODDERIS, L. *et al.* Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 30, 2021.

SILVA, R. P. L.; MENEGUETI, M. G.; SIQUEIRA, L. D. C.; ARAÚJO, T. R. *et al.* Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. **Journal of Nursing Management**, 28, n. 8, p. 1986-1996, 2020.

SIMONETTI, M.; AQUEVEQUE, A. M. V.; ALEJANDRA GALIANO, M. Environment, workload, and nurse burnout in public hospitals in Chile. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 55, 2021.

SLATER, P.; MCCORMACK, B. An Exploration of the Factor Structure of the Nursing Work Index. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 4, n. 1, p. 30-39, 2007.

SWIGER, P. A.; PATRICIAN, P. A.; MILTNER, R. S. S.; RAJU, D. *et al.* The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. **Int J Nurs Stud**, 74, p. 76-84, Sep 2017.

TARIS, T. W.; LE BLANC, P. M.; SCHAUFELI, W. B.; SCHREURS, P. J. G. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. **Work & Stress**, 19, n. 3, p. 238-255, 2005.

TEI-TOMINAGA, M.; SATO, F. Effect of nurses' work environment on patient satisfaction: A cross-sectional study of four hospitals in Japan. **Japan Journal of Nursing Science**, 13, n. 1, p. 105-113, 2016.

TEMBHURNE, K.; SHARMA, S.; RATHOD, P.; UKEY, U. OCCUPATIONAL BURNOUT AMONG NURSES IN TERTIARY CARE CENTRE OF CENTRAL INDIA— A CROSS SECTIONAL STUDY. 10, n. 6, p. 3, 2022/06 2021.

TENG, C. I.; CHANG, H. Y.; LU, J. F.; CHOU, C. Y. Professional Practice Environment Scale-Chinese Version: Development and Psychometric Testing. **J Nurs Res**, 24, n. 1, p. 21-30, Mar 2016.

UPENIEKS, V. V. What's the attraction to Magnet hospitals? **Nursing Management**, 34, n. 2, p. 43-44, 2003.

USP, H. D. C. D. F. D. M. D. R. P. **HCFMRP-USP EM NÚMEROS**. Ribeirão Preto-SP, 2023. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/hcfmrp-em-numeros/>. Acesso em: 24/08/2022.

VAN BOGAERT, P.; PEREMANS, L.; VAN HEUSDEN, D.; VERSPUY, M. *et al.* Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. **BMC Nursing**, 16, n. 1, 2017.

VAN BOGAERT, P.; TIMMERMANS, O.; WEEKS, S. M.; VAN HEUSDEN, D. *et al.* Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events--a cross-sectional survey. **Int J Nurs Stud**, 51, n. 8, p. 1123-1134, Aug 2014.

VON VOGELSANG, A. C.; GORANSSON, K. E.; FALK, A. C.; NYMARK, C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. **J Nurs Manag**, 29, n. 8, p. 2343-2352, Nov 2021.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J.; RUSSELL, D.; GUTHRIDGE, S. *et al.* Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? **Human Resources for Health**, 17, n. 1, 2019.

WARSHAWSKY, N. E.; HAVENS, D. S. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. **Nursing Research**, 60, n. 1, p. 17-31, 2011.

WONG, A.; OLUSANYA, O.; PARULEKAR, P.; HIGHFIELD, J. Staff wellbeing in times of COVID-19. **J Intensive Care Soc**, 22, n. 4, p. 328-334, Nov 2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION, W. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: 144 p. 2020.

YEH, W.-Y.; CHENG, Y.; CHEN, C.-J.; HU, P.-Y. *et al.* Psychometric properties of the chinese version of copenhagen burnout inventory among employees in two companies in Taiwan. **International Journal of Behavioral Medicine**, 14, n. 3, p. 126-133, 2007.

YOKOYAMA, M.; SUZUKI, M.; TAKAI, Y.; IGARASHI, A. *et al.* Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. **Journal of Clinical Nursing**, 25, n. 17-18, p. 2478-2488, 2016.

ZANGARO, G. A.; JONES, K. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. **Western Journal of Nursing Research**, 41, n. 11, p. 1658-1684, 2019.

ZHU, H.; XIE, S.; LIU, X.; YANG, X. *et al.* Influencing factors of burnout and its dimensions among mental health workers during the COVID-19 pandemic. **Nursing Open**, 2022.

APENDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Avenida Bandeirantes 3900, Ribeirão Preto- SP- Brasil- CEP 14040-902.**

**Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde Para
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA
PARTICIPANTES**

Eu, Luciene Mantovani Silva Andrade, enfermeira, doutoranda do programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa.

Após o (a) senhor (a) ser esclarecido (a) sobre as informações descritas na frente e no verso deste documento, solicito que se o (a) senhor (a) aceitar participar deste estudo, por favor, assine este documento.

Esse documento possui duas vias com uma página cada (impressa em ambos os lados - frente e verso), sendo que a primeira página deverá ser rubricada por você e pelo pesquisador e a segunda página deverá constar a sua assinatura e da pela pesquisadora. Uma dessas vias é do (a) senhor (a) e a outra via é da pesquisadora.

O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar. Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) situado a Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP:14040-902; telefone (16) 3315-9197 ou (16) 3315-0518 (fax); e-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de atendimento: de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Título do Projeto: AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL, BURNOUT E OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.

Pesquisadores: Luciene Mantovani Silva Andrade: pesquisadora responsável, enfermeira, doutoranda em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no endereço Av. Alexandre Ferronato, 1200, Setor Industrial, Sinop-MT, CEP: 78.556-598, no telefone (66) 9 9995 4226 ou ainda, no e-mail: lumasil@usp.br

Profª Drª Ana Maria Laus: orientadora do projeto e docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no telefone (16) 3315-3433 ou, ainda, no e-mail: analaus@eerp.usp.br.

Esta pesquisa pretende analisar a presença de possível relação entre o ambiente da prática profissional, nível de Burnout dos profissionais com o fenômeno dos cuidados de enfermagem não realizados nas instituições hospitalares. Os

questionários a serem utilizados já foram aplicados em outros países e no Brasil, e visam identificar quais os motivos para não realização do cuidado de enfermagem, quais os cuidados que são ou não, realizados e a frequência que isso ocorre, e também quais as características que você percebe como adequadas ou não no seu ambiente de trabalho, e também como são os sentimentos do senhor(a) em relação ao seu trabalho.

Caso concorde em participar, poderá levar os questionários em envelopes lacrados e preenche-los quando em um local fora de seu ambiente de trabalho no momento em que for mais oportuno, posteriormente a pesquisadora marcará data e horário também conforme sua preferência para receber o envelope com os questionários respondidos. Estima-se que o (a) senhor (a) demore em torno de 20 minutos para responder todas as perguntas. Sua participação nesta não trará gastos financeiros e você não terá nenhum tipo de remuneração. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos contatos citados anteriormente.

Teremos o compromisso de que o (a) senhor (a) será devidamente orientado (a) com relação ao tema, se isso for do seu interesse. Acreditamos que com este estudo será possível que os profissionais e instituições de saúde possam usar os resultados para poder planejar melhor a assistência à saúde aos pacientes.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a perguntas de cunho pessoal contido nos questionários. Se o senhor (a) se sentir constrangido (a) ao responder as perguntas estaremos ao seu dispor para esclarecer e para te dar o apoio necessário.

Além do mais, garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Ainda, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado em suas atividades de trabalho e nem nenhuma outra forma de prejuízo ou julgamento.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, contudo, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade. Comprometemo-nos a prestar-lhe informações atualizadas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado (a) por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Obrigada.

Nome do participante

Assinatura do participante / data

Luciene Mantovani Silva Andrade/ data
Pesquisadora responsável

APENDICE B

Autorização (CBI) - Prof. Dr. Tage S. Kristensen



Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>

CBI - In Brazil

4 mensagens

Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>
Para: tsk@task-consult.dk

28 de outubro de 2021 08:57

Excellency Prof. Dr.
Tage S. Kristensen
Copenhagen O, Denmark

My name is Luciene Mantovani Silva Andrade, I am a doctoral student in Science from the University of São Paulo - Ribeirão Preto College of Nursing.

I'm contacting you to request your excellency for authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI), the Brazilian version adapted and translated by Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, R.N., Ph. D. Associate Professor of General and Specialized Nursing Department, from the University of São Paulo - Ribeirão Preto College of Nursing, called Copenhagen Burnout Inventory - Brazilian Version (CBI-Br).

The instrument will be used in my doctoral research entitled "Professional practice environment, Burnout and omission of nursing care in hospital institutions".

The target population for my research will be the nursing team who work in the General Hospital of the Medical School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo. The sample will consist of nurses, nursing technicians and nursing assistants who responded to the questionnaire CBI-Br.

It's my intention:

- Identify levels of Burnout perceived by nursing professionals through the Copenhagen Burnout Inventory (Copenhagen Burnout Inventory - Brazilian version- CBI-Br);
- Test the relationship between the variables of professional practice environment, Burnout and omission of nursing care in the post-pandemic context COVID-19.

If possible I would like to receive more information about the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability.

Luciene Mantovani Silva Andrade, R. N.
Professor of the Undergraduate Nursing Course at the Federal University of Mato Grosso/Sinop
Doctoral Student of the Fundamental Nursing Program at the School of Nursing of Ribeirão Preto - University of São Paulo
WHO Collaborating Center for Nursing Research, Brazil

Profª. Enfa. Me. Luciene Mantovani Silva Andrade
Docente do Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Mato Grosso - Campus Sinop
Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Telefone: (66) 9 9995 4226
e-mail: lumasil.ert@gmail.com

Tage Sandergaard Kristensen <tsk@task-consult.dk>
Para: Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>

28 de outubro de 2021 11:31

Dear colleague,

Thank you for your mail and for your interest in the CBI.
The questionnaire is in public domain and free to be used by all.
I enclose some material for your information.

Good luck with your work!

Best,

Tage S Kristensen
Task-Consult
Østre Alle 33E
3250 Gilleleje
Denmark
+45 29704012
tsk@task-consult.dk

APENDICE C

Autorização (PES) - Profa. Dra. Renata Gasparino



Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>

Solicitação de Autorização para uso do PRACTICE ENVIRONMENT SCALE - Versão Brasileira

2 mensagens

Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>
Para: grenata@unicamp.br

28 de outubro de 2021 10:22

Boa Tarde Profa. Dra. Renata Gasparino.

Sou a enfermeira Luciene Mantovani Silva Andrade, orientanda da Profa Dra Ana Maria Laus, junto ao Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Venho através deste solicitar a autorização para utilização do instrumento Practice Environment Scale - Versão Brasileira, em meu projeto de pesquisa de doutorado intitulado "Ambiente de prática profissional, Burnout e omissão de cuidados de enfermagem em instituições hospitalares". Assim desde já agradeço a atenção e estima, e coloco-me à disposição para esclarecimento caso considere necessário.

Atenciosamente.

Luciene M. S. Andrade

--

Profa. Enfa. Me. Luciene Mantovani Silva Andrade
Docente do Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Mato Grosso - Campus Sinop
Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Telefone: (66) 9 9995 4226
e-mail: lumasil.enf@gmail.com
lumasil@usp.br

Renata Gasparino <grenata@unicamp.br>
Para: Luciene Mantovani Silva Andrade <lumasil@usp.br>

28 de outubro de 2021 10:41

Prezada Luciene, bom dia.

É um prazer saber do seu interesse no instrumento. Pode utilizá-lo na sua pesquisa.

Fico à disposição para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Abraços,



Renata Cristina Gasparino
Professor Doutor
+55 (19) 3521-9089 - www.fenf.unicamp.br
Faculdade de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - 13083-887
Cidade Universitária - Campinas/SP

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO A

Instrumento de caracterização pessoal e profissional

		*CÓDIGO
1. Nome da unidade/setor onde você trabalha:		
DADOS PESSOAIS		
2. Idade em anos _____ anos		
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		
4. Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		
DADOS PROFISSIONAIS		
5. Ano de conclusão da graduação em enfermagem: _____		
6. Tempo de experiência como enfermeiro: _____ anos _____ meses		
7. Há quanto tempo trabalha na unidade? _____ anos _____ meses		
8. Há quanto tempo trabalha na instituição? _____ anos _____ meses		
9. Formação profissional: <input type="checkbox"/> 1. Graduação <input type="checkbox"/> 2. Aprimoramento; <input type="checkbox"/> 3. Residência; <input type="checkbox"/> 4. Especialização; <input type="checkbox"/> 5. Mestrado; <input type="checkbox"/> 6. Doutorado;		
10. Cargo/função no trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)_		
11. Em qual turno você trabalha com maior frequência? <input type="checkbox"/> 1. 6 horas (M ou T); <input type="checkbox"/> 2. 12 horas diurnas; <input type="checkbox"/> 3. 12 horas noturnas; <input type="checkbox"/> 4. Rodizio entre 6, 8 ou 12 horas; <input type="checkbox"/> 5. Outro (por favor, especifique): _____		
12. Qual o n.º médio de pacientes sob sua responsabilidade durante o seu turno de trabalho? _____		
13. Qual o n.º médio de técnicos ou auxiliares de enfermagem sob sua responsabilidade durante o seu turno de trabalho? _____		

14. Possui outro vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
15. Qual sua carga horária semanal de trabalho incluindo o outro vínculo empregatício: _____ horas/semanais						
16. Você planeja deixar seu cargo/função atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Se sim: <input type="checkbox"/> 1. nos próximos 6 meses; <input type="checkbox"/> 2. no próximo ano; <input type="checkbox"/> 3. não possui tempo definido.						
17. Como você avalia a qualidade do cuidado de enfermagem prestada ao paciente, na sua unidade? <input type="checkbox"/> 1. Muito ruim; <input type="checkbox"/> 2. Ruim; <input type="checkbox"/> 3. Boa; <input type="checkbox"/> 4. Muito boa;						
	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	*CÓDIGO
18. Quanto você está satisfeito em seu cargo/função atual?						
19. Independente de seu trabalho atual, o quanto você está satisfeito em ser um enfermeiro da sua unidade?						
20. O quanto você está satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade?						

FONTES: GASPARINO, R.C. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para a cultura brasileira.** 2015. Recurso online (150 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000953460>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SIQUEIRA, L. D. C. **Validação do MISSCARE-BRASIL – instrumento para avaliar a omissão de cuidados de enfermagem.** 2016. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2016.

ANEXO B

Inventário de Burnout de Copenhagen - Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian
Version (CBI-Br)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	SEMPRE
1	2	3	4	5
0% das vezes	25% das vezes	50% das vezes	75% das vezes	100% das vezes

* A COLUNA CÓDIGO NÃO DEVE SER PREENCHIDA

	Nunca				Sempre	CÓDIGO*
	1	2	3	4	5	
Burnout Pessoal						
1- Com que frequência se sente cansado?						CBI1
2- Com que frequência se sente fisicamente exausto?						CBI2
3- Com que frequência se sente emocionalmente exausto?						CBI3
4- Com que frequência pensa "Não aguento mais"?						CBI4
5- Com que frequência se sente esgotado?						CBI5
6- Com que frequência se sente fraco e susceptível de adoecer?						CBI6
Burnout relacionado ao trabalho						
7- Sente-se esgotado no final de um dia de trabalho?						CBI7
8- Sente-se exausto logo pela manhã quando pensa em mais um dia de trabalho?						CBI8
9- Sente que cada hora de trabalho é cansativa para você?						CBI9
10- Tem tempo e energia para a família e os amigos durante os momentos de lazer?						CBI10
11- O seu trabalho é emocionalmente exaustivo?						CBI11
12- Sente-se frustrado com o seu trabalho?						CBI12
13- Sente-se exausto de forma prolongada com o seu trabalho?						CBI13
Burnout relacionado aos colegas						
14- Você acha difícil trabalhar com seus colegas?						CBI14
15- Sente que esgota sua energia quando trabalha com colegas?						CBI15
16- Acha frustrante trabalhar com colegas?						CBI16
17- Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com colegas?						CBI17
18- Está cansado de aturar os colegas?						CBI18
19- Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá trabalhar com os colegas?						CBI19

Fonte: ROCHA, F. L. R. **Validade psicométrica de instrumentos de avaliação do presenteísmo e da Síndrome de Burnout em professores e trabalhadores técnico-administrativos de instituições de ensino superior.** 2019. 132 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

ANEXO C

PRACTICE ENVIRONMENT SCALE – VERSÃO BRASILEIRA

Por favor, indique para cada item nesta seção, até que ponto você concorda que o item está presente em seu trabalho atual. Indique o quanto você concorda, fazendo um círculo em volta do número.

*** A COLUNA CÓDIGO NÃO DEVE SER PREENCHIDA**

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	*CÓDIGO
1	Serviços de apoio adequado que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4	PES1
2	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4	PES2
3	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor na unidade que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4	PES3
4	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4	PES4
5	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4	PES5
6	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4	PES6
7	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com os outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4	PES7
8	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4	PES8
9	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4	PES9
10	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4	PES10
11	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4	PES11
12	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4	PES12
13	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4	PES13
14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	PES14
15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4	PES15
16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4	PES16
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4	PES17
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4	PES18
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4	PES19

20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4	PES20
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4	PES21
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4	PES22
23	Planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4	PES23
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4	PES24

Fonte: GASPARINO, R.C. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para a cultura brasileira**. 2015. Recurso online (150 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000953460>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

ANEXO D



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Ambiente de prática profissional, Burnout e omissão de cuidados de enfermagem em instituições hospitalares.

Pesquisador: LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19248619.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.795.391

Apresentação do Projeto:

Para a emenda apresentada pelas pesquisadoras, foi acrescentada à amostra a participação da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para a coleta, foi acrescentado o instrumento Inventário de Burnout de Copenhague (Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBI-Br). O forma de análise desse instrumento foi devidamente acrescentada ao método. A folha de rosto apresenta a informação de previsão de 600 participantes, haja vista que o cálculo amostra prevê de 400 a 800 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração do objetivo inicial, que continua sendo "relacionar o ambiente da prática profissional, nível de Burnout e o fenômeno da omissão de cuidados de enfermagem em instituições hospitalares".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios não sofreram alteração em relação ao projeto anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há recomendações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos entregues estão em consonância com as exigências do CEP-EERP-USP.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**



Continuação do Parecer: 3.795.391

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há recomendações adicionais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1475826_É1.pdf	05/12/2019 19:47:16		Aceito
Outros	OFICIO_EMENDA_LUCIENEMSANDRADE.pdf	05/12/2019 19:40:06	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EMENDA_PROJETO_CEP_LUCIENEMSANDRADE.pdf	05/12/2019 19:33:26	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EMENDA_LUCIENEMSANDRADE.pdf	05/12/2019 19:24:49	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO_EMENDA_ASSINADA_LUCIENE.pdf	05/12/2019 19:22:03	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_LUCIENE.pdf	19/08/2019 07:05:18	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HC_CAMPUS_LUCIENE.pdf	16/08/2019 09:26:21	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LUCIENEMSANDRADE.pdf	05/08/2019 11:27:58	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HC_UE_LUCIENE.pdf	05/08/2019 11:08:50	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.795.391

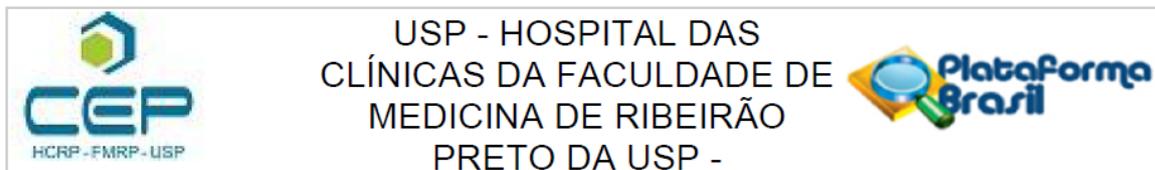
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))

ANEXO E


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ambiente de prática profissional, Burnout e omissão de cuidados de enfermagem em instituições hospitalares.

Pesquisador: LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19248619.2.3001.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.819.135

Apresentação do Projeto:

Trata-se de EMENDA de coparticipante da instituição proponente USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP.

Justificativa da EMENDA:

Para a emenda apresentada pelas pesquisadoras, foi acrescentada à amostra a participação da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para a coleta, foi acrescentado o instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (Copenhagen Burnout Inventory – Brazilian version- CBIBr). O forma de análise desse instrumento foi devidamente acrescentada ao método. A folha de rosto apresenta a informação de previsão de 600 participantes, haja vista que o cálculo amostra prevê de 400 a 800 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

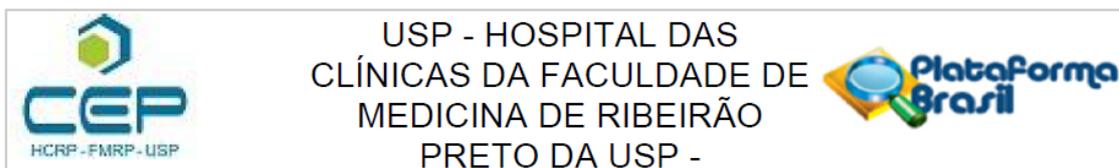
UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.819.135

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP analisou e concorda com o parecer de emenda da instituição proponente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	OFICIO_EMENDA_LUCIENEMSANDRA DE.pdf	05/12/2019 19:40:06	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EMENDA_PROJETO_CEP_LUCIENEM SANDRADE.pdf	05/12/2019 19:33:26	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LUCIENEMSANDRADE.pdf	05/08/2019 11:27:58	LUCIENE MANTOVANI SILVA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 03 de Fevereiro de 2020

**Assinado por:
Marcelo Riberto
(Coordenador(a))**