



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Larissa Santi Fernandes

**Associação entre Síndrome de *burnout*, uso
prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de
Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do
Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Mestra em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Ilda de Godoy
Co-orientadora: Maria José Trevizani Nitsche

**Botucatu
2015**

Larissa Santi Fernandes

Associação entre Síndrome de *burnout*, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ilda de Godoy
Co-orientadora: Maria José Trevizani Nitsche

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Fernandes, Larissa Santi.

Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de enfermagem nas unidades de terapia intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu-UNESP / Larissa Santi Fernandes. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ilda de Godoy

Coorientador: Maria José Trevizani Nitsche

Capes: 40406008

1. Burnout (Psicologia). 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Enfermeiros - Uso do álcool. 4. Fumo.

Palavras-chave: Alcoolismo; Burnout; Enfermagem; Tabagismo; Terapia Intensiva.

Epígrafe

".... Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem
o dinheiro para recuperar a saúde.

E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de
forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro.

E vivem como se nunca fossem morrer...

E morrem como se nunca tivessem vivido!" (Dalai Lama)

Dedicatória

Dedico essa dissertação de mestrado aos meus pais e meu irmão pelo apoio, incentivo, compreensão, amor, por sempre acreditarem na minha capacidade e por estarem ao meu lado em todas as minhas escolhas!

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pela vida!

... Pela maravilhosa família, amigos e oportunidade que me foi
concedida.

Agradeço a minha família,

... Por sempre estar ao meu lado, apoio, incentivo, carinho e por
sempre estar presente compartilhando minhas conquistas.

Agradeço a minhas avós e avô (*in memoriam*),

... Por sempre estarem presentes na minha vida e por acreditarem em
mim, até mesmo quando eu achava que não conseguiria.

Agradeço aos meus amigos,

... Que apesar da distância estavam ao meu lado em todos os
momentos, compartilhando minhas conquistas.

Agradecimentos

Agradeço ao meu namorado,

... Pelo amor, carinho, paciência e por estar presente na minha vida.

Agradeço a equipe das UTIs,

... Que dispuseram do seu tempo para participar desse trabalho.

Agradeço aos funcionários do Departamento de Enfermagem,

... Que estiveram presentes durante minha trajetória.

Agradeço a Professora Dra. Ilda,

... Pela orientação, paciência, dedicação, ensinamento, sabedoria,

compreensão, incentivo e amizade.

Agradeço a Professora Dra. Zeca,

... Pela paciência, dedicação, sabedoria, incentivo, compreensão e

amizade.

ÍNDICE**Lista de Abreviaturas****Lista de Figuras****Lista de Quadros****Lista de Tabelas****Resumo****Abstract**

Introdução.....	15
Síndrome de <i>burnout</i> e a Enfermagem.....	16
Uso prejudicial de álcool.....	18
Tabagismo.....	20
Objetivos.....	22
Objetivo Geral.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Metodologia.....	23
Tipo de Pesquisa.....	23
Local, período e população do estudo.....	23
Coleta de dados.....	24
Análise estatística.....	28
Aspectos éticos.....	28
Resultados.....	30
Discussão.....	50
Considerações Finais.....	53
Referências.....	54
Apêndice.....	58

Anexos.....	59
Anexo1.....	59
Anexo2.....	62
Anexo 3.....	63
Anexo 4.....	64

Lista de Abreviaturas

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COex: Monóxido de Carbono do ar expirado

DP: Desvio-padrão

EE: Exaustão Emocional

Famesp: Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

FMB: Faculdade de Medicina de Botucatu

HC: Hospital das Clínicas

MBI: Maslach *Burnout* Inventory

PPM: Partes por milhão

QDF: Questionário de Dependência de Fagerström

RP: Realização Profissional

SB: Síndrome de *burnout*

UNESP: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

UTIs: Unidades de Terapia Intensiva

Lista de Figura

Figura 1: Fluxograma de constituição da população. Botucatu-SP,
2014..... 24

Lista de Quadros

Quadro 1: Valores de referência para diagnóstico da Síndrome de <i>burnout</i>	25
Quadro 2: Classificação do risco dos indivíduos segundo o consumo de bebidas alcoólicas.....	26
Quadro 3: Conclusão quanto ao grau de dependência.....	27

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das variáveis qualitativas segundo a categoria profissional. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	33
Tabela 2: Distribuição das variáveis quantitativas de acordo com a categoria profissional e a unidade de trabalho. Botucatu, SP, Brasil, 2014.....	35
Tabela 3: Distribuição das categorias do MIB de acordo com a unidade de trabalho. Botucatu, SP, Brasil, 2014.....	36
Tabela 4: Variáveis categorizadas de acordo com o nível de exaustão emocional, despersonalização e SB. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	37
Tabela 5: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o AUDIT e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex). Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	39
Tabela 6: Distribuição das variáveis qualitativas segundo categoria profissional e UTI Adulto e UTI Coronariana. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	41
Tabela 7: Distribuição das variáveis qualitativas segundo categoria profissional e UTI Neonatal e UTI Pediátrica. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	43
Tabela 8: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o padrão de realização profissional, despersonalização, SB, AUDIT e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Adulto. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	45

Tabela 9: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o padrão de exaustão emocional, despersonalização, SB e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Neonatal. Botucatu, SP, Brasil. 2014.	47
Tabela 10: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o AUDIT na UTI Neonatal. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	48
Tabela 11: Distribuição das variáveis categorizadas segundo exaustão emocional e realização profissional na UTI Pediátrica. Botucatu, SP, Brasil. 2014.....	49

Resumo

Introdução: A Síndrome de *burnout* (SB) é a principal consequência do estresse profissional caracterizada pela exaustão emocional, redução da realização pessoal e despersonalização. Atinge com maior incidência os profissionais da saúde. **Objetivos:** Verificar a presença da Síndrome de *burnout* entre profissionais da área de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário e a existência de associação com o consumo de álcool e tabaco. **Metodologia:** Participaram 160 profissionais de Enfermagem de 04 Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, no período de Março de 2013 a Fevereiro de 2014. Utilizou-se um questionário estruturado, acrescido da história tabágica, Maslach *Burnout Inventory*, *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), Questionário de Dependência de Fagerström (QDF) e a mensuração do monóxido de carbono. Para as associações entre as variáveis categorizadas utilizou-se o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. **Resultados:** A SB foi diagnosticada em 34 profissionais (04 Auxiliares, 22 Técnicos e 08 Enfermeiros) sendo a maioria do sexo feminino, casados e adultos jovens. 18 profissionais se declararam fumantes (01 auxiliar de Enfermagem, 12 Técnicos de Enfermagem e 05 Enfermeiros). 6,4% dos Auxiliares de Enfermagem, 50% Técnico de Enfermagem e 71,4% Enfermeiros bebiam moderado; 5,4% Auxiliar de Enfermagem e 14,3% Enfermeiros apresentaram padrão de beber de risco e somente 01 Técnico de Enfermagem possuía possível dependência de álcool. A SB se associou positivamente com tabagismo na UTI Adulto ($p=0,0406$). **Considerações finais:** A prevalência da SB, a ocorrência das dimensões da síndrome isoladamente, o consumo de álcool e tabaco mostrado pelos resultados deste trabalho sugerem que os serviços de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu necessitam de intervenções dos gestores dos serviços com a finalidade de cuidar da saúde dos seus cuidadores.

Descritores: burnout, Esgotamento Profissional, Terapia Intensiva, Enfermagem, Alcoolismo, Tabagismo.

Abstract

Introduction: The burnout syndrome (BS) is the main result of professional stress characterized by emotional exhaustion, reduced personal accomplishment and depersonalization. It reaches with higher incidence healthcare professionals. **Objectives:** To determine the presence of burnout syndrome among professionals in the field of Nursing in the Intensive Care Unit in a university hospital and a possible association with consumption of alcohol and tobacco. **Methodology:** Participants were 160 nursing professionals from 04 intensive care unit of a university hospital in the period from March 2013 to February 2014. We used a structured questionnaire, plus the smoking history, Maslach Burnout Inventory, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Fagerström Dependence Questionnaire (QDF) and the measurement of carbon monoxide. For associations between categorical variables, we used Fisher's chi-square or Fisher exact test. **Results:** The SB was diagnosed in 34 workers (04 Auxiliary, 22 technicians and 08 nurses) most of them female, married and young adults. 18 professionals reported being smokers (01 Auxiliary Nursing, 12 nursing technicians and 05 nurses). 6.4% of Nursing Assistants, 50% Practical Nurses and Nurses 71.4% drank moderate; 5.4% Nursing Assistant and 14.3% Nurses scored default risk drinking and only 01 Practical Nurses had possible alcohol dependence. The SB was positively associated with smoking in adult ICU ($p = 0.0406$). **Final considerations:** The prevalence of SB, the occurrence of the dimensions of isolation syndrome, alcohol consumption and tobacco shown by the results of this study suggest that therapy services Botucatu Clinical Hospital intensive need interventions of managers of services for the purpose of caring for the health of their caregivers.

Keywords: burnout, Intensive Care Nursing, Alcoholism, Smoking.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *burnout* (SB) - ou Síndrome de Esgotamento Profissional - é uma das consequências do estresse profissional, considerada uma doença do trabalho⁽¹⁾ e um problema de Saúde Pública^(2,3).

Caracteriza-se pela resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal no trabalho e atinge, em maior número, os profissionais da área de saúde^(2,4-6). Esse fato ocorre como resultado das constantes interações humanas em serviços de saúde, as quais envolvem sentimentos de afetividade, insegurança, desmotivação, medo e angústia e estão além da capacidade de enfrentamento do indivíduo^(2,7-10).

A SB tem como fatores desencadeadores o nível de ruído, os turnos, a sobrecarga de trabalho, o conflito nas relações interpessoais, o contato direto com a dor e a morte, a falta de incentivo por parte dos superiores, a carência de uma rede social e de apoio, bem como de autonomia dos profissionais⁽⁷⁻⁹⁾.

Esse processo é individual, com variações sobre a percepção de tensão e manifestações psicopatológicas diversas, gerando uma diversidade de sintomas físicos, psíquicos, cognitivos, comportamentais, sociais, atitudinais e organizacionais, por requerer respostas adaptativas prolongadas aos agentes estressores, os quais podem comprometer o indivíduo e desencadear a Síndrome de *burnout*^(1,7).

Essa síndrome apresenta uma concepção multidimensional, sendo caracterizada por exaustão emocional (EE), redução da realização pessoal (RP) no trabalho e despersonalização do outro^(3,4). A exaustão emocional refere-se à falta de energia e de entusiasmo, fadiga e sensação de esgotamento de recursos emocionais, aos quais se somam os sentimentos de frustração e tensão, considerados fatores preditores dessa síndrome e os mais relevantes componentes do *burnout*^(3,8-11). A redução da realização pessoal no trabalho refere-se à percepção de deterioração da aptidão e insatisfação com as realizações e os sucessos de si

próprio no trabalho, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, com conseqüente declínio no seu sentimento de competência e êxito, bem como da sua capacidade de interagir com os demais^(3,8-11). A despersonalização é entendida como uma desordem dissociativa, caracterizada por atitudes negativas, cínicas, por insensibilidade e despreocupação em relação às outras pessoas, levando o profissional a tratar os pacientes, colegas e a organização de maneira desumanizada^(3,4,8,9,11).

Os profissionais acometidos com a doença apresentam alguns sintomas prevalentes, como: exaustão, sudorese, mãos e pés frios, ranger dos dentes, aperto da mandíbula, fadiga, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, insônia, taquicardia, dispneia, irritabilidade, esgotamento, preocupação excessiva, impotência, baixa autoestima, ansiedade, negativismo, mal estar generalizado, ceticismo, desinteresse e dificuldade de concentração^(3,12).

Cada indivíduo sente as emoções de um determinado modo no seu íntimo e exterioriza de diversas maneiras, a fim de ser mais comedido e aceito publicamente⁽¹³⁾. Para isso, faz uso de mecanismos psicológicos e fisiológicos, como o modo de se portar diante de uma situação trabalhando o corpo, manipulando gestos externos, induzindo sentimentos bons e trabalhando o cognitivo para mudar o pensamento, a expressão facial e corporal, desenvolvendo o trabalho emocional⁽¹³⁾.

As mulheres são mais propensas a trabalhos que exigem teor emocional elevado e sensibilidade⁽¹³⁾. Desse modo, os mecanismos de proteção são menos evoluídos, acarretando um envolvimento psicológico elevado, levando, muitas vezes, a conseqüências psicológicas graves, como o *burnout*⁽¹³⁾.

Síndrome de *burnout* e a Enfermagem

Segundo estudo⁽³⁾, a Síndrome de *burnout* tem sido relatada desde 1974 por Freudenberg, considerado o “pai fundador da síndrome de *burnout*”, a partir de observação do quadro clínico apresentado por jovens voluntários que trabalhavam em instituição para

tratamento de dependentes de drogas, na qual ele próprio também atuava como psiquiatra. Essa Síndrome foi relatada, nos profissionais de Enfermagem, a partir de 1987 e, na década de 1990, surgiram as primeiras publicações científicas⁽³⁾.

Em estudo realizado na América do Norte, Europa e Ásia, observou-se que a maioria dos Enfermeiros apresentava essa Síndrome⁽¹⁴⁾. Os resultados de outro estudo realizado nos Estados Unidos da América, Escócia, Canadá e Alemanha mostraram que 41% dos Enfermeiros que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) estavam insatisfeitos com seu trabalho e que 22% planejavam pedir demissão⁽¹⁵⁾. Quando comparados o Enfermeiro que atua em UTI com o Enfermeiro que atua na área clínica, observa-se uma maior prevalência dessa doença e estresse pós-traumático, o que leva a alta rotatividade de Enfermeiros em UTIs⁽¹⁵⁾. Nos últimos anos, um em cada três profissionais de UTI neonatal e pediátrica foram acometidos pelo *burnout*⁽¹⁶⁾.

A Síndrome torna-se mais evidente em profissionais de Enfermagem como consequência de diversos fatores, tais como: demanda, sobrecarga de trabalho, dupla jornada, número insuficiente de pessoal, riscos ocupacionais, precariedade de recursos materiais, pressão no trabalho, relações interpessoais conflituosas, contato direto com a dor e a morte, falta de pessoal qualificado, de reconhecimento, de suporte social, de *feedback*, de participação na tomada de decisões e de autonomia; contato direto e intenso com os pacientes e seus familiares, gravidade dos problemas desses pacientes, complexidade das atividades desenvolvidas, nível de responsabilidade e constante busca de especialização na área para melhorar a assistência^(2,11,17-20). Portanto, a exposição progressiva a esses fatores considerados estressores leva ao esgotamento físico e emocional, interferindo na qualidade de vida, prejudicando a interação com suas funções, diminuindo a qualidade dos cuidados, bem como aumento da rotatividade e do absenteísmo, prejudicando, assim, o ambiente de trabalho^(11,21).

Esses processos desencadeadores de estresse crônico desenvolvem mecanismos de defesa, ansiedade e problemas de humor que levam à Síndrome de *burnout*^(11,21).

A Enfermagem, por estar em constante interação com o paciente, o familiar e a equipe multiprofissional, bem como com os sentimentos destes, desenvolve um trabalho emocional momentaneamente, ou seja, é o trabalho que nós fazemos para não estarmos, em nossas faces nossas, verdadeiras emoções e sentimentos⁽¹³⁾.

O ambiente de UTI pediátrica e neonatal apresenta inúmeros desencadeadores da Síndrome, entre eles: a gravidade do paciente, o excesso de trabalho, o conflito interprofissional, a falta de preparo para lidar com os pais do recém-nascido, o incremento constante de novas tecnologias e o contato direto com a morte de neonatos e crianças, acarretando desgaste físico e mental⁽¹⁸⁾. A Síndrome afeta, em maior número, os profissionais de Enfermagem, principalmente do sexo feminino, por não terem um preparo acadêmico para essas situações de impotência e fracasso⁽¹⁸⁾.

Além disso, os pacientes internados na UTI pediátrica e neonatal cardíaca requerem mais cuidados e demandam mais trabalho emocional dos profissionais, devido ao fato de estarem em um lugar onde há controle dos horários das visitas familiares, de medicações e de procedimentos⁽¹⁸⁾. Muitas vezes, ficam desamparados emocionalmente, necessitando de todo aparato sentimental dos profissionais⁽¹⁸⁾.

No Brasil, existem poucos estudos relatando a Síndrome de *burnout* e os profissionais de Enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Foi no período de 2002 a 2005 que houve maior número de publicações, tanto nacionais quanto internacionais, de acordo com Braga⁽³⁾, Poghosyan⁽¹⁴⁾ e Tito⁽¹⁸⁾, não existindo, entretanto, artigos correlacionando a referida síndrome com o tabagismo e o alcoolismo.

Uso prejudicial de álcool

O uso prejudicial de álcool é considerado o terceiro motivo de ausência do trabalho e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social^(22,23). Ele afeta a saúde e a qualidade de vida, inclusive dos familiares; por ano, falecem 2,5 milhões de pessoas em razão das consequências do uso do álcool^(22,23).

O seu uso prejudicial está diretamente relacionado à violência, à negligência, ao prejuízo do trabalhador para com o seu trabalho, ao absenteísmo e ao aumento de acidentes no trabalho, devido, principalmente, às alterações de reação, percepção e reflexos^(22,23). Pode afetar, também, o bem-estar e a saúde das pessoas ao redor do usuário, bem como aumentar o risco de acidentes no trânsito, comportamento violento e afetar negativamente os colegas de trabalho⁽²²⁾. Muitos trabalhadores, para amenizar as tensões psíquicas decorrente do trabalho, bebem socialmente para relaxar em encontros esporádicos com os seus colegas, o conhecido “*happy hour*”⁽²²⁾.

O consumo nocivo, entendido como padrão de consumo de álcool por motivos não médicos e que gera consequência negativa à saúde, redução das competências sociais, psicológicas e profissionais, não é considerado dependência: é considerado fator determinante para os transtornos neuropsiquiátricos, doenças cardiovasculares e câncer⁽²⁴⁾. Dependência é a necessidade de doses repetidas de álcool para que a pessoa se sinta bem⁽²⁴⁾. Ela está associada às doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, em decorrência da promiscuidade do indivíduo⁽²³⁾.

O álcool produz uma ação euforizante e depressora, acarretando a desinibição comportamental, hilaridade, expressões afetivas aumentadas e diminuição da autocrítica⁽²⁵⁾.

Até o momento, não existe comprovação científica entre uso prejudicial de álcool e doença profissional^(22,25), intensificando a importância do presente trabalho. Existem fatores que contribuem para aumentar o risco da doença, como: disponibilidade do álcool em alguns locais de trabalho, pressão para beber em situações sociais, situações de solidão, ausência de

suporte familiar, posições de comando, questões/problemas de renda, trabalho exercido sob tensão e estresse, falta de habilidade para resolver conflitos, baixa tolerância ao fracasso e dor^(22,25).

Há casos, também, em que o exercício profissional a que se sujeitam, como por exemplo, atos repugnantes, sem possibilidade de qualificação e ascensão profissional, gera situações de sofrimento mental e acarreta o consumo excessivo de álcool⁽²²⁾.

O uso prejudicial de álcool, quando detectado em trabalhadores de baixa qualificação, gera demissão e, quando detectado em profissionais altamente qualificados, leva à proteção dos mesmos, para evitar repercussões negativas à instituição⁽²²⁾.

Segundo Raftopoulos et al., a Síndrome de *burnout* pode ser manifestada através do uso abusivo de álcool pelos profissionais de saúde, além de manifestações psicológicas e somáticas⁽²⁶⁾.

Tabagismo

O tabagismo, assim como o alcoolismo, é um grande problema de Saúde Pública. Além de interferir na saúde física e mental da população, interfere significativamente na economia do país e na qualidade do meio ambiente⁽²⁷⁾.

Estima-se que, em 2020, o tabagismo será responsável, no mundo, por 10 milhões de mortes decorrente dos efeitos dos componentes emitidos pela fumaça do cigarro, que gera altos índices de morbimortalidade⁽²⁷⁾.

O tabagismo é considerado fator de risco para câncer de pulmão e coração, doenças coronariana e respiratória, bem como gera dependência da nicotina e impotência sexual⁽²⁸⁾. Está diretamente relacionado à depressão, esquizofrenia, déficit de atenção e hiperatividade, abuso de drogas, diminuição do rendimento intelectual e aumento do consumo de álcool⁽²⁸⁾. Na revisão da literatura realizada, não foram encontrados estudos que relacionassem o consumo de tabaco e álcool com a SB.

Portanto, este trabalho visou responder as seguintes perguntas: Qual a prevalência da Síndrome de *burnout* nos profissionais de Enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário? Há uma associação entre a Síndrome de *burnout* e o consumo de álcool e o tabagismo? Como está distribuída a Síndrome, consumo de álcool e tabaco por categoria profissional e por UTI?.

A hipótese nula é de que não haja associação entre SB e o consumo de álcool e tabaco; já a hipótese alternativa é de que haja associação entre SB e o consumo de álcool e tabaco pelos profissionais.

Assim, o estudo teve como finalidade pesquisar a prevalência da Síndrome nos profissionais de Enfermagem e a sua associação com consumo de álcool e tabaco.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar a presença da Síndrome de *burnout* entre profissionais de Enfermagem nas UTIs de um Hospital Universitário e a existência de sua associação com o consumo de álcool e tabaco.

Objetivos Específicos

- 1.Descrever e verificar as associações das características sócio-demográficas, profissionais, informações referentes ao lazer e história tabágica.
- 2.Verificar se existe inter-relação da Síndrome de *burnout* com categoria profissional, consumo de álcool e consumo de tabaco.
- 3.Verificar a associação entre o consumo de álcool e de tabaco e a categoria profissional.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Estudo de abordagem quantitativa, observacional do tipo transversal e analítico.

Local, período e população de estudo

O presente estudo foi realizado com profissionais de Enfermagem que atuavam nas UTIs Adulto, Coronariana, Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP, no período de Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

A UTI Adulto possui 24 leitos, sendo 04 para pacientes em precaução, 10 para pós-cirúrgico e 10 para pacientes clínicos. A UTI Coronariana possui 6 leitos, a UTI Neonatal apresenta 16 leitos e a Pediátrica contém 09 leitos para crianças a partir de 29 dias até 15 anos de idade. Total de 55 leitos de UTI.

Do total de 184 profissionais de Enfermagem que foram convidados a participar do estudo, foram excluídos 24 indivíduos pelos seguintes motivos: 14 se recusaram a participar, 05 não devolveram o questionário e 05 estavam em licença médica. Portanto, participaram da pesquisa 160 indivíduos de três diferentes categorias profissionais, conforme a Figura 1.

Optou-se por utilizar a população total, decorrente do número reduzido de algumas categorias profissionais na UTI Coronariana e Pediátrica.

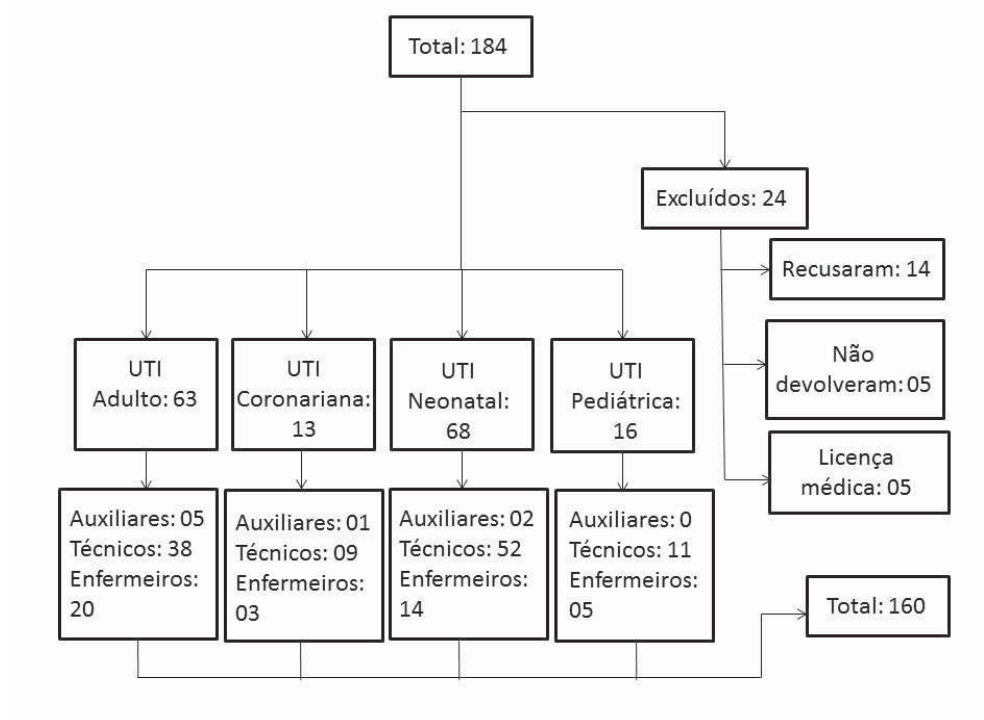


Figura 1: Fluxograma de constituição da população. Botucatu-SP, 2014.

Coleta de dados

Todos os profissionais de Enfermagem das UTIs Adulto, Coronariana, Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP foram previamente orientados sobre a pesquisa, seu objetivo e convidados a participarem da mesma. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra, com o profissional (Apêndice 1).

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicável, conforme modelo utilizado em um estudo realizado por Jodas, Haddad⁽²⁹⁾, que foi modificado, decorrente do acréscimo dos dados sobre história tabágica, para possibilitar avaliação da relação da Síndrome com o tabagismo. Esse questionário continha dados sociodemográficos, profissionais, informações a respeito de lazer, fatores preditores e sintomas somáticos relacionados à Síndrome de *burnout*.

Para complementações dessas informações, foram utilizados outros três questionários:

a) Maslach *burnout* Inventory (MBI)

Validado no Brasil em 2001, por Benevides-Pereira, conforme consta em estudo de Jodas, Haddad⁽²⁹⁾. Auxilia na identificação dos sintomas da Síndrome⁽²⁹⁾.

Composto por 22 questões separadas por categorias, a saber: as questões de 1 a 9 referem-se ao nível de exaustão emocional; questões de 10 a 17, à realização profissional; e as questões de 18 a 22, à despersonalização (Anexo 1)^(1,21). Para a pontuação do instrumento, foi adotada a escala de Linkert, conforme preconizada, que varia de zero a seis (0 a 6), sendo: zero (0) nunca; um (1) uma vez ao ano ou menos; dois (2) uma vez ao mês ou menos; três (3) algumas vezes no mês; quatro (4) uma vez por semana; cinco (5) algumas vezes por semana; e seis (6) todos os dias^(29,30).

As respostas obtidas foram somadas de acordo com cada categoria e comparadas com os valores de referência para o diagnóstico do Núcleo de Estudos Avançados sobre Síndrome de *burnout* (Quadro 1)⁽²⁹⁾.

Quadro 1: Valores de referência para diagnóstico da Síndrome de *burnout*.

Dimensões	Ponto de corte		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	0 – 15	16 – 25	26 - 54
Realização profissional	0 – 33	34 – 42	43 - 48
Despersonalização	0 – 02	03 – 08	09 - 30

Fonte: Jodas DA, Haddad MCL⁽²⁹⁾.

O questionário Maslach *burnout* Inventory classifica como Síndrome de *burnout* a obtenção de alto nível para exaustão emocional e despersonalização e de baixo nível para realização profissional. Contudo, para a manifestação da síndrome, é necessário que o profissional apresente esses três critérios estabelecidos⁽²⁹⁾.

b) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Proposta uma versão em português por Mendéz (1999)⁽³¹⁾ e validado por Lima et al. em 2005⁽³²⁾. Composto por 10 questões que avaliam problemas associados ao consumo de álcool, detectam o padrão de consumo de risco, identificam a quantidade, frequência e dependência

de álcool, enfatizando a identificação do consumo de risco em um passado recente em decorrência da dependência de longa duração e consequências do beber excessivo (Anexo 2)⁽³³⁾.

As três primeiras perguntas (1 a 3) estimam o uso de álcool, as questões de quatro a seis (4 a 6) avaliam a dependência de álcool e as restantes (7 a 10), os prejuízos com seu consumo abusivo. Cada questão possui um valor pré-estabelecidos de zero a quatro (0 a 4), sendo classificado em situação de risco quem obtiver oito ou mais o pontos (Quadro 2)⁽³³⁾.

Quadro 2: Classificação do risco dos indivíduos segundo o consumo de bebidas alcoólicas.

Risco	Pontos	Classificação
I	0 a 7	Beber moderado
II	8 a 15	Padrão de beber de risco
III	16 a 19	Padrão de beber de alto risco
IV	20 a 40	Possível dependência de álcool

Fonte: Rubiatti AMM⁽³³⁾.

c) Questionário de Dependência de Fagerström (QDF)

Validado no Brasil em 1991, por Carmo e Pueyo, conforme consta em estudo de Halty, Hünttner, Oliveira, Santos, Martins (2004)⁽³⁴⁾. Utilizado para avaliar o grau de dependência da nicotina, em todo o mundo, substituindo alguns outros testes mais caros, que são invasivos e consomem mais tempo (Anexo 3)⁽³⁴⁾.

Para a avaliação do grau de dependência, soma-se a pontuação das respostas e, quando o resultado obtido for maior que seis pontos, provavelmente, apresenta-se em um grau elevado de dependência e apresentaria síndrome de abstinência ao deixar de fumar (Quadro 3)⁽³⁴⁾.

Quadro 3: Classificação dos indivíduos quanto ao grau de dependência da nicotina.

Pontos	Classificação
0 a 2	Muito baixo
3 a 4	Baixo
5	Médio
6 a 7	Elevado
8 a 10	Muito elevado

Fonte: Halty LS, Hüttner MD, Oliveira N^oIC, Santos VA, Martins G⁽³⁴⁾.

Foi mensurado o Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) de todos os profissionais que atuavam nas UTIs, a fim de averiguar o tabagismo com maior fidedignidade. A mensuração foi realizada após o preenchimento dos questionários pelos profissionais.

Essa mensuração é considerada um indicador de fácil emprego, baixo custo, não invasivo, permitindo uma obtenção imediata do hábito⁽³⁵⁾. O valor de corte do COex, considerado foi acima de 6 ppm⁽³⁵⁾.

Solicitou-se ao profissional que fizesse uma pausa inspiratória de 20 segundos, a fim de que o monóxido de carbono no sangue se equilibrasse com o ar alveolar, permitindo ao aparelho uma estimativa acurada da concentração de monóxido de carbono no sangue a partir do COex⁽³⁶⁾. Após essa pausa, os profissionais foram orientados a exalar lenta e completamente no bocal do aparelho⁽³⁶⁾.

Para a realização da mensuração, foi utilizado o Monitor de Monóxido de Carbono Expirado Modelo Micro Co - descrição MC-02, bocal descartável de papelão tamanho 70 milímetros x 20 milímetros x 22 milímetros, da Alpharad Comércio Importação e Exportação de Produtos Hospitalares Ltda.

Considerou-se como ex-fumante aquele que fumou, no mínimo, cem cigarros na vida e não fuma atualmente; o fumante ativo foi o que fumou, no mínimo, cem cigarros na vida e, atualmente, fuma todos os dias ou ocasionalmente; o não fumante foi aquele que nunca fumou ou fumou menos que cem cigarros na vida e não fuma hoje em dia; e o tabagista passivo foi considerado o não fumante que inala a fumaça da queima de derivados do tabaco⁽³⁵⁾.

Os questionários respondidos foram digitados em planilhas do programa *Microsoft Excel*® 2010 pela autora da pesquisa.

Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva da população estudada através do cálculo de média, desvio padrão e mediana para as variáveis quantitativas (idade, tempo de profissão, carga horária de trabalho, faltas justificadas no mês, prática de atividade física, história tabágica, escores do MBI (questões de 1 a 9, 10 a 17 e 18 a 22), total de pontos no QDF e resultado do COex). Para as variáveis qualitativas (estado civil, filhos, vínculo trabalhista, período de trabalho, titulação, readaptação, faculdade e/ ou curso, outro emprego, atividade física, férias no último ano, exaustão emocional, realização profissional, despersonalização, SB, tabagismo, fuma, traga a fumaça, outras formas de tabaco, já tentou parar, AUDIT, QDF), foram calculadas frequências e percentuais e o valor de p.

Utilizou-se teste de *Tukey* para comparação entre as diferentes UTIs e as categorias profissionais nas questões referentes à exaustão emocional e realização profissional. Para despersonalização, utilizou-se a distribuição Gama.

As associações entre as variáveis categorizadas foram feitas através do teste qui-quadrado, ou exato de Fisher, considerando as variáveis: exaustão emocional, redução da realização profissional, despersonalização, desfecho de síndrome, alcoolismo e tabagismo.

Para todos os testes, foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram feitas utilizando o programa SAS for windows, v.9.2.

Aspectos éticos

Os profissionais identificados com Síndrome de *burnout* e/ ou tabagistas que expressaram vontade de cessar o tabagismo e/ ou consumo excessivo de álcool foram encaminhados para avaliação junto aos respectivos Serviços Técnicos de Saúde das entidades

contratantes (UNESP, Fapesp e Secretária de Saúde Estadual).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – UNESP em 18 de Abril de 2013, sob Protocolo CEP 4129-2012, e estando de acordo com a Resolução CNS – 196/96 (Anexo 4).

RESULTADOS

A média de idade dos profissionais era de 35,1 ($\pm 9,6$) anos, trabalhavam na unidade por período médio de 9 ($\pm 7,8$) anos e com carga horária média de 38,7 (± 10) horas semanais, 48% eram casados, 72,5% trabalhavam 12/36 horas, 68,1% tinham vínculo trabalhista celetista, 60% cursaram o ensino médio, 53,7% consumiam bebida alcoólica e 11,2% eram fumantes.

Todos os Auxiliares de Enfermagem, 94,5% dos Técnicos e 92,8% dos Enfermeiros eram do sexo feminino. Dentre os avaliados, 39,4% praticavam atividade física; desses, 37,5% eram Auxiliares de Enfermagem, 40% Técnicos e 38,1% Enfermeiros. A maioria dos profissionais (83,7%) tiveram férias no último ano.

A mediana do tempo de tabagismo dos fumantes foi de 10 anos, com consumo de 9 cigarros/dia e 2 maços/semana. A mediana do nível de dependência de nicotina dos tabagistas (QDF) foi de 1,5 pontos, sendo que 61,1% apresentaram muito baixa dependência, 27,8% baixa e 11,1% elevada. Dezenove profissionais foram avaliados como fumantes pelo teste da mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (02 Auxiliares, 14 Técnicos e 03 Enfermeiros). A mediana de COex foi 2 pontos. Dentre os profissionais estudados que referiram ser não fumantes, um deles foi classificado como fumante de acordo com a mensuração de Monóxido de Carbono no ar expirado.

Dentre os fumantes (11,2%), 14 profissionais fumavam diariamente (01 Auxiliar de Enfermagem, 09 Técnicos e 04 Enfermeiros); um profissional fumava aos finais de semana (Técnico de Enfermagem) e três, ocasionalmente (02 Técnicos e 01 Enfermeiro).

Treze (72,2%) profissionais relataram que já tentaram parar de fumar (01 Auxiliar, 08 Técnicos e 04 Enfermeiros).

Os ex-fumantes fizeram uso do cigarro com mediana de 10 anos, consumiram 15 cigarros/dia e 3 maços/semana. Pararam de fumar, com mediana, de 2 anos. Destaca-se que 17% dos participantes foram classificados como fumantes passivos.

Segundo o AUDIT, 46,3% dos profissionais não consumiam bebida alcoólica (58,2% Auxiliares de Enfermagem, 37,5% Técnicos de Enfermagem, e 14,3% Enfermeiros), 45,6% bebiam moderadamente (6,4% Auxiliares de Enfermagem, 50% Técnicos de Enfermagem e 71,4% Enfermeiros), 7,5% apresentaram padrão de beber de risco (5,4% Auxiliares de Enfermagem e 14,3% Enfermeiros) e somente um apresentou possível dependência de álcool (Técnico de Enfermagem).

A média de EE foi 23,4 (± 13) pontos e 74 indivíduos foram classificados com alto grau de exaustão (05 Auxiliares, 46 Técnicos e 23 Enfermeiros).

A média de RP foi 31,4 ($\pm 10,6$) pontos e 87 profissionais obtiveram baixo grau (07 Auxiliares, 56 Técnicos e 24 Enfermeiros).

A mediana de despersonalização foi de 4 pontos e 52 profissionais obtiveram alto grau (06 Auxiliares, 35 Técnicos e 11 Enfermeiros).

Portanto, considerando as classificações, a SB foi identificada em 34 profissionais. Na UTI Adulto, foram classificados com a SB 26 profissionais (03 Auxiliares de Enfermagem, 17 Técnicos de Enfermagem e 06 Enfermeiros); na UTI Coronariana, 01 Técnico de Enfermagem; na UTI Neonatal, 05 profissionais (01 Auxiliar de Enfermagem, 02 Técnicos de Enfermagem e 02 Enfermeiros); e na UTI Pediátrica, 02 Técnicos de Enfermagem.

Na Tabela 1, está apresentada a distribuição das variáveis qualitativas segundo a categoria profissional. Os resultados mostram que houve diferença entre as categorias profissionais e estado civil ($p=0,0007$), filhos ($p<0,0001$), vínculo trabalhista ($p<0,0001$), período de trabalho ($p=0,0047$), titulação ($p<0,0001$), faculdade e/ ou curso ($p=0,0040$), tabagismo ($p=0,0355$), nível de dependência de nicotina (QDF) ($p=0,0237$) e AUDIT ($p<0,0001$).

Técnicos de Enfermagem separados se diferenciaram de Auxiliares e Enfermeiros, assim como Técnicos e Enfermeiros solteiros se diferenciaram de Auxiliares de Enfermagem

($p=0,0007$).

Em relação aos filhos houve diferença entre Técnicos de Enfermagem e Auxiliares e Enfermeiros ($p<0,0001$).

Os profissionais com vínculo trabalhista CLT apresentaram diferença entre as três categorias profissionais ($p<0,0001$). Entre os estatutários, Auxiliares e Enfermeiros se diferenciaram de Técnicos ($p<0,0001$).

Em relação ao período de trabalho, Auxiliares que trabalhavam 6 horas se diferenciaram de Técnicos e Enfermeiros ($p=0,0047$). O turno 12/36 horas apresentou diferença entre as três categorias profissionais ($p=0,0047$). Os Técnicos que trabalhavam acima de 12 horas se diferenciaram dos Auxiliares e Enfermeiros ($p=0,0047$).

Houve diferença entre Auxiliares e Técnicos em relação ao ensino médio ($p<0,0001$). Auxiliares com graduação se diferenciaram de Técnicos e Enfermeiros ($p<0,0001$).

Auxiliares que cursaram faculdade e/ ou curso se diferenciaram de Técnicos e Enfermeiros ($p=0,0040$).

Técnicos de Enfermagem fumantes e ex-fumantes se diferenciaram de Auxiliares e Enfermeiros ($p=0,0355$). Os não fumantes se diferenciaram nas três categorias profissionais ($p=0,0355$).

Técnicos que não bebem se diferenciaram de Auxiliares e Enfermeiros ($p<0,0001$). Auxiliares que bebem moderadamente se diferenciaram de Técnicos e Enfermeiros ($p<0,0001$).

Tabela 1: Distribuição das variáveis qualitativas segundo a categoria profissional. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis qualitativas	Total		Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		p-valor
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil	0,0007**								
Casado	77	48	3 b	37,5	62 a	56,4	12 c	28,6	
Separado	19	12	2 b	25	16 a	14,5	1 b	2,4	
Solteiro	63	39,4	3 b	37,5	31 a	28,2	29 a	69	
Viúvo	1	0,6	-	-	1	0,9	-	-	
Filhos	<0,0001**								
Sim	87	54,4	6 b	75	74 a	67,3	7 b	16,7	
Vínculo trabalhista	<0,0001**								
Aprimoramento	2	1,2	-	-	-	-	2	4,7	
CLT	109	68,1	1 b	12,5	79 a	72	29 c	69	
Estatutário	41	25,7	7 b	87,5	28 a	25,3	6 b	14,3	
Temporário	8	5	-	-	3 a	2,7	5 a	12	
Período de trabalho	0,0047**								
6 horas	31	19,4	2 a	25	13 b	12	16 b	38,1	
12/36 horas	116	72,5	5 b	62,5	88 a	80	23 c	54,8	
> 12 horas	13	8,1	1 b	12,5	9 a	8	3 b	7,1	
Titulação	<0,0001**								
Ensino Médio	96	60	7 b	87,5	89 a	81	-	-	
Graduação	33	20,5	1 b	12,5	16 a	14,5	16 a	38,1	
Especialização	28	17,5	-	-	5	4,5	23	54,8	
Mestrado	3	2	-	-	-	-	3	7,1	
Faculdade/curso	0,0040**								
Sim	35	22	3 b	37,5	16 a	14,5	16 a	38,1	
Tabagismo	0,0355*								
Fumante	18	11,2	1 b	12,5	12 a	11	5 b	12	
Fumante passivo	17	10,6	-	-	7 a	6,3	10 a	23,8	
Ex-fumante	13	8,2	2 b	25	9 a	8,2	2 b	4,7	
Não fumante	112	70	5 b	62,5	82 a	74,5	25 c	59,5	
Nível de dependência de nicotina (QDF)	0,0237*								
Muito baixo	11	61,1	-	-	7 a	58,3	4 a	80	
Baixo	5	27,8	-	-	5	41,7	-	-	
Elevado	2	11,1	1 a	100	-	-	1 a	20	
AUDIT	<0,0001**								
Não bebe	74	46,3	3 b	37,5	64 a	58,2	6 b	14,3	
Beber moderado	73	45,6	4 b	50	40 a	36,4	30 a	71,4	
Padrão de beber de risco	12	7,5	-	-	6 a	5,4	6 a	14,3	
Possível dependência de álcool	1	0,6	1	12,5	-	-	-	-	

Legenda: *- Fisher ** - Qui-quadrado. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A Tabela 2 apresenta os resultados da distribuição das variáveis quantitativas de acordo com a categoria profissional e a unidade de trabalho. Observamos que, com relação aos Auxiliares de Enfermagem, houve diferença entre a média de consumo de maço por semana entre os profissionais das UTIs Adulto e Coronariana ($p=0,0245$).

Em relação aos Técnicos de Enfermagem, houve diferença na idade entre UTI Adulto e Neonatal ($p=0,019$). A carga horária diferenciou-se entre UTI Adulto e Neonatal de Pediátrica ($p=0,0024$). Com relação aos fumantes, houve diferença no número de cigarros/dia consumido na comparação da UTI Adulto e Neonatal com a Coronariana e Pediátrica ($p=0,0002$). Os ex-fumantes apresentaram diferença entre os Técnicos da UTI Neonatal de Adulto e Pediátrica ($p<0,0001$). A quantidade de anos há que parou de fumar apresentou diferença entre UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica ($p=0,0002$). Cigarros/dia apresentou diferença entre UTI Pediátrica de Neonatal e Adulto ($p=0,0244$), assim como maço/dia ($p=0,0016$). EE diferenciou-se entre UTI Adulto de Neonatal e Pediátrica ($p=0,0004$). Despersonalização, entre UTI Adulto e Pediátrica de Coronariana e Neonatal ($p<0,0001$).

Entre os Enfermeiros, houve diferença com relação ao tempo de exercício profissional entre UTI Adulto e Coronariana ($p=0,0327$) e realização profissional entre UTI Adulto e Pediátrica ($p=0,0207$).

Tabela 2: Distribuição das variáveis quantitativas de acordo com a categoria profissional e a unidade de trabalho. Botucatu, SP, Brasil, 2014.

Variável quantitativa	Auxiliar UTI Adulto		Auxiliar UTI Coronariana		Auxiliar UTI Neonatal		Auxiliar UTI Pediátrica		p-valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Maço por semana**	7 a	-	1 b	-	-	-	-	-	0,0245
	Técnicos UTI Adulto		Técnicos UTI Coronariana		Técnicos UTI Neonatal		Técnicos UTI Pediátrica		p-valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade (anos)*	34,1 a	7,1	33,2 ab	6	40 b	11,3	35,1 ab	9,1	0,019
Carga horária semanal**	39,4 a	4,7	40	-	37 a	5,6	48 b	33,4	0,0024
Fumante									
Cigarros/dia**	10 a	-	3 b	1,4	11,7 a	7,1	4,2 b	3,2	0,0002
Ex-fumante									
Quanto tempo fumou (anos) **	9,4 b	5,3	-	-	24,3 a	19,1	10 b	-	<0,0001
Quanto tempo parou (anos) **	5,4 a	7,2	-	-	1,7 b	1,4	13 c	-	0,0002
Cigarros/dia**	9,4 a	8,1	-	-	12,5 a	9	20 b	-	0,0244
Maço/semana**	3,7 a	3	-	-	2,3 a	2,3	12 b	-	0,0016
MBI**									
Exaustão emocional**	29,2 a	9,1	20,7 ab	11,3	19,5 b	12,8	16,2 b	13,4	0,0004
Despersonalização **	11,3 a	7	5 b	4,5	3 b	4,1	7,1 a	8,8	<0,0001
	Enfermeiros UTI Adulto		Enfermeiros UTI Coronariana		Enfermeiros UTI Neonatal		Enfermeiros UTI Pediátrica		p-valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Tempo de exercício profissional (anos) **	4,3 a	4	14 b	11	6,6 ab	7,4	2 ab	2	0,0327
Realização profissional**	28,6 a	9,4	38,3 ab	12,6	33,6 ab	6	40,6 b	5,6	0,0207

Legenda: *- Anova seguido de Tukey. **- Gama. Médias seguidas das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si. DP: Desvio-padrão.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das categorias do MBI de acordo com a unidade de trabalho. Nota-se que em todas as unidades estudadas ocorreu diferença. Com relação à exaustão emocional ($p < 0,0001$) e realização profissional ($p = 0,0011$), apresentou diferença entre UTI Adulto das demais. Com relação à despersonalização ($p = 0,0015$) houve diferença entre UTI Adulto de Coronariana e Neonatal; e entre UTI Coronariana e UTI Pediátrica.

Tabela 3: Distribuição das categorias do MBI de acordo com a unidade de trabalho. Botucatu, SP, Brasil, 2014.

Locais de trabalho/ questões do MIB	UTI Adulto	UTI Coronariana	UTI Neonatal	UTI Pediátrica	p-valor
Exaustão emocional*	29,08±8,83 a	19,31±10,73 b	20,94±14,24 b	14,75±14,69 b	<0,0001
Realização profissional*	27,68±10,63 a	35,85±8,56 b	33,04±10,65 b	36,06±7,55 b	0,0011
Despersonalização**	10,38±7,29 a	3,92±4,33 b	3,52±5,44 bc	5,63±7,74 ac	0,0015

Legenda: *- Anova seguido de Tukey. **- Gama. Médias seguidas das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A distribuição das variáveis categorizadas de acordo com EE, despersonalização e a SB, estão apresentados na Tabela 4. Não houve associação significativa entre as variáveis categorizadas e RP.

A associação entre EE e período de trabalho apresentou diferença significativa ($p=0,0139$). Entre os profissionais que trabalhavam 6 horas, houve diferença entre classificação de EE média e baixa; no turno 12/36 horas, houve diferença entre alta e as demais classificações; e, acima de 12 horas, entre alta e baixa.

O sexo feminino apresentou diferença entre a classificação baixa e as demais classificações em relação à despersonalização ($p=0,0030$), assim como a carga horária de 6 horas ($p=0,0163$). O sexo feminino também apresentou diferença em relação à aquisição da SB, entre desenvolver ou não a Síndrome ($p=0,0217$). Portanto, podemos afirmar que o sexo feminino apresentou chance maior de ter a Síndrome.

Tabela 4: Variáveis categorizadas de acordo com o nível de exaustão emocional, despersonalização e Síndrome de *burnout*. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	Exaustão emocional						p-valor
	Alto		Médio		Baixo		
	n	%	n	%	n	%	
Período de trabalho							0,0139*
6 horas	9 ac	29	6 a	19	16 bc	52	
12/36 horas	56 b	48,7	30 a	26,1	29 a	25,2	
> 12 horas	9 a	69,2	3 ab	23,1	1 b	7,7	
	Despersonalização						p - valor
	Alto		Médio		Baixo		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,0030*
Feminino	45 a	30	40 a	26,7	65 b	43,3	
Masculino	7 a	77,8	2 a	22,2	-	-	
Período de trabalho							0,0163*
6 horas	5 a	16,1	6 a	19,4	20 b	64,5	
12/36 horas	40 a	34,8	33 a	28,7	42 a	36,5	
> 12 horas	7 a	53,8	3 a	23,1	3 a	23,1	
	Síndrome de <i>burnout</i>						p - valor
	Presente		Ausente				
	n	%	n	%			
Sexo							0,0217*
Feminino	29 a	19,2	122 b	80,8			
Masculino	5 a	55,6	4 a	44,4			

Legenda: *-Fisher. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das variáveis categorizadas de acordo com AUDIT e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex).

Os resultados da classificação AUDIT mostraram que, com relação ao estado civil, houve diferença entre os casados, nas classificações “não bebe”, “beber moderado e “padrão de beber de risco” ($p=0,0002$). Os separados que não bebem apresentaram diferença daqueles que bebem moderado e “padrão de beber de risco” ($p=0,0002$). Já entre os solteiros, houve diferença entre “não bebe” e “padrão de beber de risco” das demais classificações ($p=0,0002$).

Com relação aos filhos, houve diferença entre as três classificações (não bebe, beber moderado e padrão de beber de risco) ($p=0,0318$). Os profissionais com vínculo trabalhista celetista apresentaram diferença entre “não bebe” e “beber moderado” das demais classificações ($p=0,0054$).

O ensino médio apresentou diferença entre as três classificações (não bebe, beber moderado e padrão de beber de risco); graduados e especialistas, entre “beber moderado” e as demais ($p=0,0011$).

Os fumantes passivos, ex-fumantes e não fumantes diferenciaram-se em relação à classificação de “não fumante” e “fumante de acordo com a mensuração de Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)” ($p<0,0001$). Dos profissionais que se autodeclararam ex-fumantes, um profissional, da UTI Neonatal, foi classificado como fumante pelo COex. Dentre os não fumantes, dois da UTI Adulto, um da UTI Coronariana e cinco da UTI Neonatal foram classificados como fumantes pelo Coex.

Tabela 5: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o AUDIT, nível de dependência de nicotina (QDF) e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex). Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	Não bebe		Beber moderado		AUDIT Padrão de beber de risco		Possível dependência de álcool		p - valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil	0,0002**								
Casado	46 a	59,7	30 b	39	1 c	1,3	-	-	
Separado	13 a	68,4	5 b	26,3	1 b	5,3	-	-	
Solteiro	13 a	20,6	39 b	62	10 a	15,9	1 c	1,6	
Viúvo	1	100	-	-	-	-	-	-	
Filhos	0,0318*								
Sim	48 a	55,1	33 b	38	6 c	6,9	-	-	
Vínculo trabalhista	0,0054*								
Aprimoramento	1 a	50	1 a	50	-	-	-	-	
CLT	46 a	42,2	54 a	49,5	8 b	7,3	1 c	1	
Estatutário	25 a	61	16 a	39	-	-	-	-	
Temporário	1 a	12,5	3 a	37,5	4 a	50	-	-	
Titulação	0,0011**								
Ensino Médio	57 a	59,4	35 b	36,5	4 c	4,1	-	-	
Graduação	10 a	30,3	20 b	60,6	2 a	6,1	1 a	3	
Especialização	6 a	21,4	17 b	60,7	5 a	17,9	-	-	
Mestrado	-	-	2 a	66,7	1 a	33,3	-	-	
Tabagismo	0,0259*								
Fumante	4 a	22,2	12 b	66,7	2 a	11,1	-	-	
Fumante passivo	6 a	35,3	10 b	58,8	1 a	5,9	-	-	
Ex-fumante	5 a	38,4	4 b	30,8	4 a	30,8	-	-	
Não fumante	58 a	51,8	48 a	42,8	5 b	4,4	1 b	1	
	Mensuração de Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)								
	Fumante				Não fumante				
Tabagismo	<0,0001**								
Fumante	9 a	50	9 a	50					
Fumante passivo	1 a	5,9	16 b	94,1					
Ex-fumante	1 a	7,7	12 b	92,3					
Não fumante	8 a	7,1	104 b	92,9					

Legenda: *-Fisher **-Qui-quadrado. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A Tabela 6 apresenta a distribuição entre as variáveis qualitativas segundo as categorias profissionais de acordo com UTI Adulto e UTI Coronariana.

Na UTI Adulto, houve diferença entre Técnicos de Enfermagem casados e Auxiliares e Enfermeiros casados ($p=0,0036$). Auxiliares de Enfermagem solteiros diferenciaram-se de Técnicos e Enfermeiros solteiros ($p=0,0036$).

Técnicos da UTI Adulto se diferenciaram das demais categorias (Auxiliares e Enfermeiros) em relação aos filhos ($p=0,0002$), assim como aqueles que trabalhavam 12/36 horas ($p=0,0032$). Técnicos de Enfermagem com vínculo trabalhista CLT se diferenciaram de Enfermeiros celetistas ($p=0,0002$).

Em relação ao ensino médio, Auxiliares se diferenciaram de Técnicos de Enfermagem ($p<0,0001$). Enfermeiros se diferenciaram de Técnicos em relação à especialização ($p<0,0001$). Técnicos diferenciaram-se das demais categorias profissionais (Auxiliares e Enfermeiros) em relação à classificação alta para despersonalização ($p=0,0248$).

Na UTI Coronariana, Auxiliares de Enfermagem se diferenciaram de Técnicos em relação ao ensino médio ($p=0,0140$).

Tabela 6: Distribuição das variáveis qualitativas segundo categoria profissional e UTI Adulto e UTI Coronariana. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis qualitativas	UTI Adulto						p-valor
	Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							0,0036*
Casado	2 a	40	22 b	57,9	4 a	20	
Separado	2 a	40	2 a	5,3	1 a	5	
Solteiro	1 a	20	14 b	36,8	15 b	75	
Filhos							0,0002**
Sim	5 a	100	24 b	63,2	3 a	15	
Não	-	-	14 a	36,8	17 a	85	
Vínculo trabalhista							0,0002**
Aprimoramento	-	-	-	-	1	5	
CLT	-	-	30 a	78,9	14 b	70	
Estatutário	5 a	100	6 a	15,8	2 a	10	
Temporário	-	-	2 a	5,3	3 a	15	
Período de trabalho							0,0032*
6 horas	-	-	3 a	7,9	7 a	35	
12/36 horas	4 a	80	34 b	89,5	12 a	60	
> 12 horas	1 a	20	1 a	2,6	1 a	5	
Titulação							<0,0001**
Ensino Médio	5 a	100	30 b	79	-	-	
Graduação	-	-	7 a	18,4	7 a	35	
Especialização	-	-	1 a	2,6	12 b	60	
Mestrado	-	-	-	-	1	5	
Despersonalização							0,0248*
Baixo	-	-	4 a	10,5	8 a	40	
Médio	-	-	9 a	23,7	5 a	25	
Alto	5 a	100	25 b	65,8	7 a	35	
	UTI Coronariana						p-valor
	Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		
	n	%	n	%	n	%	
Titulação							0,0140*
Ensino Médio	1 a	100	8 b	88,9	-	-	
Especialização	-	-	1 a	11,1	3 a	100	

Legenda: *-Fisher **-Qui-quadrado. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A Tabela 7 apresenta a diferença entre as variáveis qualitativas e as categorias profissionais na UTI Neonatal e UTI Pediátrica.

Na UTI Neonatal, Técnicos de Enfermagem casados se diferenciaram das demais categorias profissionais ($p=0,0062$). Em relação aos solteiros, Auxiliares de Enfermagem diferenciaram-se das demais categorias ($p=0,0062$).

Técnicos que tem filhos se diferenciaram das demais categorias, aqueles que não tem filhos diferenciaram-se de Auxiliares ($p=0,0049$). Com relação ao ensino médio, Auxiliares e Técnicos se diferenciaram entre si, assim como graduação ($p<0,0001$). Enfermeiros especialistas se diferenciaram de Técnicos com a mesma titulação ($p<0,0001$).

Enfermeiros que fizeram faculdade e/ ou curso diferenciaram-se de Auxiliares de Enfermagem ($p=0,0001$). Técnicos que não fizeram faculdade e/ou curso diferenciaram-se das demais categorias ($p=0,0001$).

Técnicos de Enfermagem diferenciaram-se das demais categorias profissionais em relação a “não bebe”, do questionário AUDIT ($p<0,0001$).

Não houve diferença entre as categorias profissionais e a SB, apesar do valor de p ser inferior a 5% ($p=0,0366$).

Na UTI Pediátrica, apesar do valor de p indicar diferença estatística, não foi encontrada diferença entre as categorias profissionais em relação aos filhos ($p=0,0256$), assim como entre titulação e categoria profissional ($p=0,0343$).

Tabela 7: Distribuição das variáveis qualitativas segundo categoria profissional e UTI Neonatal e UTI Pediátrica. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis qualitativas	UTI Neonatal						p - valor
	Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							0,0062*
Casado	1 a	50	29 b	55,8	5 a	35,7	
Separado	-	-	13	25	-	-	
Solteiro	1 a	50	9 b	17,3	9 b	64,3	
Viúvo	-	-	1	1,9	-	-	
Filhos							0,0049*
Sim	1 a	50	35 b	67,3	3 a	21,4	
Não	1 b	50	17 a	35,7	11 a	78,6	
Titulação							<0,0001*
Ensino Médio	1 a	50	44 b	84,6	-	-	
Graduação	1 b	50	7 a	13,5	5 ab	35,7	
Especialização	-	-	1 a	1,9	7 b	50	
Mestrado	-	-	-	-	2	14,3	
Faculdade/curso							0,0001*
Sim	1 a	50	6 ab	11,5	9 b	64,3	
Não	1 a	50	46 b	88,5	5 a	35,7	
Síndrome de burnout							0,0366*
Presente	1 a	50	2 a	3,8	2 a	14,3	
AUDIT							<0,0001*
Não bebe	1 a	50	42 b	80,8	2 a	14,3	
Beber moderado	-	-	9 a	17,3	11 a	78,6	
Padrão de beber de risco	-	-	1 a	1,9	1 a	7,1	
Possível dependência de álcool	1	50	-	-	-	-	
	UTI Pediátrica						p - valor
	Auxiliares de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		
	n	%	n	%	n	%	
Filhos							0,0256*
Sim	-	-	8	72,7	-	-	
Não	-	-	3 a	27,3	5 a	100	
Titulação							0,0343*
Ensino Médio	-	-	7	63,6	-	-	
Graduação	-	-	2 a	18,2	4 a	80	
Especialização	-	-	2 a	18,2	1 a	20	

Legenda: *-Fisher. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das variáveis categorizadas segundo RP, despersonalização, SB, AUDIT e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Adulto. Utilizou-se na análise estatística o exato de Fisher e os valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

Na UTI Adulto, ex-fumantes com baixa classificação de RP se diferenciaram daqueles nas demais classificações, assim como os não fumantes ($p=0,0154$).

Aqueles que trabalhavam 12/36 horas com alta classificação para despersonalização se diferenciaram das demais ($p=0,0150$), assim como os não fumantes com alta despersonalização ($p=0,0147$).

Os profissionais com vínculo trabalhista CLT se diferenciaram entre as três classificações do AUDIT (não bebe, beber moderado e padrão de beber de risco) ($p=0,0186$). Os estatutários diferenciaram-se entre “não bebe” e “beber moderado” ($p=0,0186$).

Os profissionais que cursaram o ensino médio e foram classificados com “padrão de beber de risco” diferenciaram-se entre as demais classificações, assim como os graduados que bebem moderado se diferenciaram das demais ($p=0,0055$).

Os não fumantes se diferenciaram entre as três classificações (não bebe, beber moderado e padrão de beber de risco) ($p=0,0215$).

Na mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex), os não fumantes se diferenciaram entre as classificações “fumante” e não “fumante” ($p=0,0011$).

Apesar de o valor de p indicar diferença estatística ($p=0,0406$), não foi encontrada diferença entre presença e ausência da SB e autoclassificação para tabagismo, na UTI Adulto.

Tabela 8: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o padrão de realização profissional, despersonalização, SB, AUDIT e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Adulto. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	UTI Adulto							p - valor
	Realização Profissional							
	Alto		Médio		Baixo			
	n	%	n	%	n	%		
Tabagismo	0,0154*							
Fumante	1 a	12,5	5 a	62,5	2 a	25		
Fumante passivo	2 a	33,3	-	-	4 a	66,7		
Ex-fumante	1 a	12,5	1 a	12,5	6 b	75		
Não fumante	3 a	7,4	6 a	14,6	32 b	78		
	Despersonalização						p - valor	
	Alto		Médio		Baixo			
	n	%	n	%	n	%		
Período de trabalho	0,0150*							
6 horas	3 a	30	1 a	10	6 a	60		
12/36 horas	31 b	62	13 a	26	6 a	12		
> 12 horas	3	100	-	-	-	-		
Tabagismo	0,0147*							
Fumante	1 a	12,5	4 a	50	3 a	37,5		
Fumante passivo	2 a	33,3	3 a	50	1 a	16,7		
Ex-fumante	5 a	62,5	2 a	25	1 a	12,5		
Não fumante	29 b	70,7	5 a	12,2	7 a	17,1		
	Síndrome de burnout						p - valor	
	Presente			Ausente				
	n	%	n	%	n	%		
Tabagismo	0,0406*							
Fumante	-	-	8	100				
Fumante passivo	2 a	33,3	4 a	66,7				
Ex-fumante	3 a	37,5	5 a	62,5				
Não fumante	21 a	51,2	20 a	48,8				
	AUDIT						p - valor	
	Não bebe		Beber moderado		Padrão de beber de risco			
	n	%	n	%	n	%		
Vínculo trabalhista	0,0186*							
Aprimoramento	1	100	-	-	-	-		
CLT	14 a	31,8	25 b	56,8	5 c	11,4		
Estatutário	3 a	23,1	10 b	76,9	-	-		
Temporário	-	-	2 a	40	3 a	60		
Titulação	0,0055*							
Ensino Médio	15 a	42,9	18 a	51,4	2 b	5,7		
Graduação	1 a	7,1	12 b	85,8	1 a	7,1		
Especialização	2 a	15,4	7 a	53,8	4 a	30,8		
Mestrado	-	-	-	-	1	100		
Tabagismo	0,0215*							
Fumante	2 a	25	5 a	62,5	1 a	12,5		
Fumante passivo	-	-	5	83,3	1	16,7		
Ex-fumante	2 a	25	2 a	25	4 a	50		
Não fumante	14 a	34,1	25 b	61	2 c	4,9		
	Mensuração de Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)						p - valor	
	Fumante			Não fumante				
	n	%	n	%	n	%		
Tabagismo	0,0011*							
Fumante	5 a	62,5	3 a	37,5				
Fumante passivo	-	-	6	100				
Ex-fumante	-	-	8	100				
Não fumante	2 a	4,9	39 b	95,1				

Não houve associação entre as variáveis categorizadas, na UTI Coronariana, e exaustão emocional, realização profissional, despersonalização, SB, AUDIT, nível de dependência de nicotina (QDF) e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex).

A Tabela 9 apresenta a distribuição das variáveis categorizadas segundo EE, despersonalização, SB e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Neonatal.

Os profissionais praticantes de atividade física e com classificação baixa para EE se diferenciaram das demais ($p=0,0191$). Os não praticantes, com média classificação para EE daqueles com alta ($p=0,0191$).

Os praticantes de atividade física com média classificação para despersonalização diferenciaram-se daqueles com alta ($p=0,0150$). Os não praticantes com alta despersonalização, daqueles com baixa ($p=0,0150$).

Aqueles que trabalhavam 6 horas se diferenciaram entre presença e ausência da SB, bem como aqueles que trabalhavam 12/36 horas ($p=0,0122$).

Os profissionais que tinham filhos se diferenciaram entre não fumantes e fumantes em relação à mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) ($p=0,0171$).

Tabela 9: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o padrão de exaustão emocional, despersonalização, SB e mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado (COex) na UTI Neonatal. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	UTI Neonatal						p - valor
	Alto		Médio		Baixo		
	n	%	n	%	n	%	
Atividade física							0,0191*
Sim	3 a	15	4 a	20	13 b	65	
Não	23 bc	48,9	9 a	19,2	15 ac	31,9	
	Alto		Médio		Baixo		p - valor
	n	%	n	%	n	%	
Atividade física							0,0150*
Sim	-	-	4 a	20	16 b	80	
Não	11 a	23,4	14 ac	29,8	22 bc	46,8	
	Presente		Ausente				p - valor
	n	%	n	%			
Período de trabalho							0,0122*
6 horas	2 a	11,8	15 b	88,2			
12/36 horas	1 a	2,2	45 b	97,8			
> 12 horas	2 a	50	2 a	50			
	Fumante		Não fumante				p - valor
	n	%	n	%			
Filhos							0,0171*
Sim	8 a	20,5	31 b	79,5			
Não	-	-	29	100			

Legenda: *-Fisher. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A distribuição do AUDIT e as variáveis categorizadas na UTI Neonatal estão apresentadas na Tabela 10.

Os profissionais casados que não bebem se diferenciaram daqueles que bebem moderado, assim como os separados ($p=0,0019$). Os solteiros que bebem moderado diferenciaram dos demais classificados (não bebe, padrão de beber de risco e possível dependência de álcool) ($p=0,0019$).

Os profissionais que têm filhos e não bebem diferenciaram-se daqueles que bebem moderado e padrão de beber de risco ($p=0,0021$). Aqueles que não têm filhos e não bebem são semelhantes estatisticamente àqueles que bebem moderado, mas se diferem pelo “padrão de beber de risco” e “possível dependência de álcool” ($p=0,0021$).

Aqueles com vínculo trabalhista CLT e que não bebem são semelhantes estatisticamente com aqueles que bebem moderado, entretanto, diferem-se pelo “padrão de beber de risco” e “possível dependência de álcool” ($p=0,0092$). Os estatutários que não bebem se diferenciaram daqueles que bebem moderado ($p=0,0092$). Portanto, os resultados mostraram que a maioria dos indivíduos que possuem vínculo trabalhista estatutários e CLT bebem menos que os temporários.

Os profissionais de UTI Neonatal que cursaram o ensino médio e não bebem se diferenciaram daqueles que bebem moderado ($p=0,0045$). Aqueles que não fizeram faculdade e/ ou curso são estatisticamente diferentes em relação à classificação “não beber”, “beber moderado” e “padrão de beber de risco” ($p=0,0350$).

Tabela 10: Distribuição das variáveis categorizadas segundo o AUDIT na UTI Neonatal. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	UTI Neonatal AUDIT								p - valor
	Não bebe		Beber moderado		Padrão de beber de risco		Possível dependência de álcool		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil									0,0019**
Casado	29 a	82,9	6 b	17,1	-	-	-	-	
Separado	11 a	84,6	2 b	15,4	-	-	-	-	
Solteiro	4 a	21	12 b	63,2	2 a	10,5	1 a	5,3	
Viúva	1	100	-	-	-	-	-	-	
Filhos									0,0021**
Sim	33 b	84,6	5 a	12,8	1 a	2,6	-	-	
Não	12 a	41,4	15 a	51,8	1 b	3,4	1 b	3,4	
Vínculo trabalhista									0,0092*
Aprimoramento	-	-	1	100	-	-	-	-	
CLT	25 a	59,5	15 a	35,7	1 b	2,4	1 b	2,4	
Estatutário	20 a	87	3 b	13	-	-	-	-	
Temporário	-	-	1 a	50	1 a	50	-	-	
Titulação									0,0045**
Ensino Médio	37 b	82,2	7 a	15,6	1 a	2,2	-	-	
Graduação	6 a	46,1	5 a	38,5	1 a	7,7	1 a	7,7	
Especialização	2 a	25	6 a	75	-	-	-	-	
Mestrado	-	-	2	100	-	-	-	-	
Faculdade/curso									0,0350*
Sim	7 a	43,7	8 a	50	-	-	1 b	6,3	
Não	38 a	73,1	12 b	23,1	2 c	3,8	-	-	

Legenda: *-Fisher **-Qui-quadrado. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

A distribuição das variáveis categorizadas segundo EE e RP na UTI Pediátrica está apresentada na Tabela 11.

Apesar de o valor de p indicar diferença estatística ($p=0,0460$), não houve diferença entre classificação de EE e período de trabalho, bem como entre classificação de RP e estado civil ($p=0,0051$) e, entre RP e filhos ($p=0,0242$).

Tabela 11: Distribuição das variáveis categorizadas segundo exaustão emocional e realização profissional na UTI Pediátrica. Botucatu, SP, Brasil. 2014.

Variáveis categorizadas	UTI Pediátrica Exaustão Emocional						p - valor
	Alto		Médio		Baixo		
	n	%	n	%	n	%	
Período de trabalho							0,0460*
6 horas	-	-	-	-	4	100	
12/36 horas	2 a	20	2 a	20	6 a	60	
> 12 horas	1 a	50	1 a	50	-	-	
	Realização Profissional						p - valor
	Alto		Médio		Baixo		
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							0,0051*
Casado	-	-	3 a	33,3	6 a	66,7	
Separado	-	-	-	-	1	100	
Solteiro	4 a	66,7	2 a	33,3	-	-	
Filhos							0,0242*
Sim	-	-	2 a	25	6 a	75	
Não	4 a	50	3 a	37,5	1 a	12,5	

Legenda: *-Fisher. Valores numéricos seguidos das mesmas letras não diferem estatisticamente entre si.

DISCUSSÃO

Os profissionais de Enfermagem, por ficar em constante contato com pacientes e/ ou familiares, vivenciarem situações de estresse e não estarem psicologicamente preparados, podem transformar o trabalho em algo penoso e afetar a sua vida pessoal⁽⁴⁾, bem como se afastar das pessoas de quem estão cuidando, construindo uma barreira⁽⁸⁾.

Os resultados de nosso estudo demonstraram que a maioria dos profissionais que desenvolveram a SB eram do sexo feminino, casados e adultos jovens, corroborando com estudos realizados em unidades intensivistas^(4,37-41).

A Enfermagem é uma área na qual predominam profissionais mulheres e adultos jovens, conformação decorrente do grande número de profissionais de Enfermagem existentes e da composição por jovens⁽⁸⁾. Os profissionais jovens são mais propensos a desenvolver a SB, em virtude da inexperiência de trabalho e da não adaptação às condições de trabalho e das organizações⁽⁴²⁾, resultando má qualidade do cuidado⁽⁴⁰⁾.

Estudo relata que os enfermeiros que tem filhos, além de sua carga horária de trabalho, dedicam uma grande parte do seu tempo aos filhos, causando alto índice de desgaste físico e emocional⁽⁴³⁾. Os resultados de nosso estudo mostraram que 54,4% dos profissionais tinham filhos, desses somente 16,7% são de Enfermeiros.

O fato de ter filhos e ser casado pode ser considerado um fator protetor, pois o profissional se sente amparado e surge o sentimento de afetividade, que é um protetor para o desenvolvimento da SB⁽⁴⁴⁾.

Dentre todos os participantes, 46,5% apresentaram alto padrão para exaustão emocional, 54,7% baixo padrão para realização profissional e 32,7% alto para despersonalização, resultados com índices superiores ao da literatura⁽³⁸⁾. Entretanto, em outro estudo, os resultados encontrados mostraram que 45% dos profissionais tinham alto índice para EE, 38% alto para Despersonalização e 46% baixo para RP e que esses resultados estavam

associados à ansiedade do profissional⁽⁴³⁾. Esses resultados foram semelhantes aos de nosso estudo.

A carga horária de trabalho superior a 12 horas diárias mostrou uma significância positiva com alto padrão de EE ($p=0,0139$), assim como a despersonalização ($p=0,0163$). Tal fato pode ser justificado pela organização de trabalho, em que os procedimentos ficam a cargo dos profissionais do período diurno e, aos do noturno, cabe somente a realização da medicação para não incomodar os pacientes, sobrecarregando, assim, o período diurno; isso pode ser um influenciador da EE e, conseqüentemente, da SB⁽⁸⁾. Deve-se também considerar que, quando não é possível uma negociação entre o sujeito e a organização ou chefia, esta deve ser mais flexível e interferir nos problemas oriundos do trabalho para minimizar os efeitos do estresse na equipe e nos indivíduos, diminuindo, assim, o comprometimento da psique e, conseqüentemente, a sua exclusão^(1,41). Quando isso não ocorre, o profissional desenvolve mecanismos de defesa que culminam em diminuição da pressão e da fonte de estresse e, se usado rotineiramente, podem tornar-se noviços e gerar resistência à mudança e à alienação, mascarando a ansiedade grave, resultando desenvolvimento da SB⁽⁴¹⁾.

Na UTI Adulto, a maioria dos profissionais de Enfermagem foram classificados com alto padrão de EE. Esse achado está de acordo com a literatura, na qual a maioria das unidades avaliadas apresentaram altos *scores* para EE⁽³⁷⁾. É no trabalho que o estresse se acentua e resalta os sinais de exaustão emocional⁽⁴⁾. Assim, a exaustão psicológica é consequência do trabalho, e o desgaste é decorrente do fato de o indivíduo ser exigido além de seus limites de resistência⁽⁴⁾.

O apoio social tem resultados positivos na redução da EE, enquanto a carga de trabalho apresenta resultados negativos nos cuidados⁽³⁸⁾. Em um estudo na Alemanha, o apoio social favoreceu a redução da EE, bem como melhorou o cuidado e as relações profissionais⁽⁴³⁾.

As UTIs onde se obtiveram baixos *scores* de RP são as menos favoráveis ao trabalho, considerando a quantidade de leito e cuidado que as UTIs Adulto, Pediátrica e Coronariana exigem dos seus profissionais. Os profissionais mais jovens são mais propensos a desenvolver sentimentos de despersonalização, devido à pouca experiência profissional⁽⁴²⁾. O não reconhecimento do trabalho não leva a sentimento de prazer e, sim, à descompensação psíquica, que pode levar à diminuição da realização profissional e à despersonalização⁽⁴¹⁾.

Resultado de estudo anterior mostrou que 50% dos Enfermeiros foram avaliados positivamente para a SB⁽⁴⁶⁾ e que o fato de ser Enfermeiro predispõe o profissional a desenvolver *burnout*, devido à carga de trabalho e estresse^(29,47). Entretanto, nosso estudo mostrou que 19% dos Enfermeiros apresentaram a SB.

Sugere-se que a SB se desenvolva nas unidades onde há sobrecarga de trabalho e não há uma relação positiva entre investimentos e resultados⁽³⁷⁾. Outra pesquisa evidencia que os profissionais que trabalham menos horas por dia necessitam de mais de um emprego para aumentar a renda familiar, desencadeando a síndrome⁽³⁹⁾. Resultados, estes, divergentes dos nossos, pois os profissionais que trabalhavam por um período de 6 horas por dia apresentaram menor índice da síndrome.

O uso abusivo de substâncias como tabaco e álcool pode ser uma forma de manifestação comportamental de fuga ou esquecimento do trabalho, bem como a busca do prazer que não conseguem nas atividades laborais do, dia a dia, em decorrência das más condições de trabalho⁽⁶⁾. Situações de estresse constantes levam os profissionais ao alcoolismo, usado como relaxante, tranquilizante, ansiolítico e até mesmo como fuga⁽⁴⁸⁾; os profissionais de Enfermagem são mais propensos ao abuso de substâncias alcoólicas e suicídio⁽¹¹⁾. Em nosso estudo, de maneira geral, não houve associação do uso abusivo de álcool e do tabagismo com a síndrome.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SB foi encontrada entre os profissionais de Enfermagem avaliados, em maior porcentagem, entre os Auxiliares (50%), Técnicos de Enfermagem (20%) e por fim, Enfermeiros (19%). No total, 34 profissionais foram avaliados positivamente para a SB, desses 26 são da UTI Adulto, 01 da UTI Coronariana, 05 da UTI Neonatal e 02 da UTI Pediátrica. Tais resultados são preocupantes, indicando condições de trabalho ameaçadoras e desencadeadoras da síndrome.

Nas categorias do MIB analisadas separadamente, prevaleceu alto índice para EE (46,5%) e baixo para RP (54,7%). Esse resultado mostra a necessidade de medidas que amenizem esta situação, considerando que a UTI é um ambiente estressante, que exige muito do profissional e acarreta altas prevalências da síndrome.

O consumo de álcool associou-se positivamente à situação de trabalho, titulação e filhos, sendo que, em alguns casos, o seu consumo foi considerado excessivo, podendo interferir no trabalho.

O consumo de tabaco também apresentou significância estatística nas três variáveis do MIB, evidenciando que a exaustão emocional, redução de realização profissional e despersonalização podem levar ao aumento do consumo de tabaco como forma de escape.

As associações positivas entre as variáveis estudadas e a SB foram significativas, porém o número de profissionais categorizados por Unidade de Terapia Intensiva foi reduzido, necessitando-se de novos estudos. Além do fato de necessitar mensurar a carga de trabalho dos profissionais das UTIs.

A prevalência da SB, a ocorrência das dimensões da síndrome isoladamente, o consumo de álcool e tabaco mostrado pelos resultados deste trabalho sugerem que os serviços de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu necessitam de intervenções dos gestores dos serviços com a finalidade de cuidar da saúde dos seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Moreno F, Gil GP, Haddad MCL, Vannuchi MTO. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):140–5.
2. Ayala E, Carnero AM. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54408.
3. Braga LC. Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de saúde de município do interior paulista [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.
4. Ezaias GM, Gouvea PB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sardinha DSS. Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):524–9.
5. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout in nursing residents. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):12–8.
6. Ezaias GM, Haddad MCL, Vannuchi MTO. Manifestações psico-comportamentais do burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. *Rev Rene* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 29 Jun 2014];13(1). Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/12>
7. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(5):607–12.
8. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):225–33.
9. Mallmann CS, Palazzo LS, Carlotto MS, Castro Aerts DRG. Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. *Psicol Teor E Prática*. 2009;11(2):69–82.
10. Lasebikan VO, Oyetunde MO. Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: prevalence and associated factors. *ISRN Nurs* [periódico na internet]. 2012 Abr [acesso em 27 Mai 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350958/>
11. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118–26.
12. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde*. 2010;34(4):420–9.
13. Wharton AS. The Sociology of Emotional Labor. *Annu Rev Sociol*. 2009;35(1):147–65.

14. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):288–98.
15. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):292–9.
16. de Oliveira PR, Tristão RM, Neiva ER. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. *Edu Pro: C e T [periódico na internet]*. 2006 Jul [acesso em 28 Mai 2014]; 1(1). Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/BURNOUT.pdf>
17. Ruviaro MFS, Bardagi MP. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói*. 2010;(33):194–216.
18. Tito R. Burnout e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo; 2013.
19. da Silva JLL, Dias AC, Teixeira LR. Discussion on the burnout syndrome. *Aquichán*. 2012;12(2):144–59.
20. Frade Mera MJ, Gaspar RV, García IZ, Sánchez SV, Melero EA, González SA, et al. Síndrome de burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009;20(4):131–40.
21. Pereira CA, Miranda LCS, Passos JP. The occupational stress of the nursing team in closed sector. *Rev Pesqui Cuid E Fundam [periódico na internet]*. 2009 [acesso em 09 Jun 2014];1(2). Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21755361&AN=52408253&h=%2FPgZ2jVp7qeRR62BrNMAfJBW%2BsmVGroQPhJvIGp8M7GmrJWuPtcjHa%2FFAQjC0BorSTmZey1auSyXdDhoB1sSrA%3D%3D&crl=c>
22. Donato M, Zeitoune RCG. Reinsertion of the alcoholic worker: perception, limits and possibilities of the labor nurse's intervention. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):399–407.
23. World Health Organization. Alcohol [Internet]. WHO [atualizado em 2014; citado em 25 Abr 2014]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/
24. Organização internacional do trabalho. Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: uma evolução para a prevenção. Genebra (Suíça): Bureau Internacional do Trabalho; 2003.
25. Miranda FAN, Azevedo DM, Santos RCA, Macedo IP, Medeiros TGB. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. *Esc Anna Nery*. 2007;11(4):663–9.
26. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 2012;12(1):457.

27. Echer IC, Corrêa APA, Ferreira SAL, Lucena AF. Smoking in a nursing school in southern Brazil. *Texto Amp Contexto - Enferm.* 2011;20(1):152–9.
28. Granville-Garcia AF, Sarmiento DJS, Santos JA, Pinto TA, Sousa RV, Cavalcanti AL. Smoking among undergraduate students in the area of health. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* 2012;17(2):389–96.
29. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):192–7.
30. Bezerra RP, Beresin R. Burnout syndrome in nurses of prehospital rescue team. *Einstein [periódico na internet].* 2009 [acesso em 21 Jun 2014];7(3):351–6. Disponível em: http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Stress_qualidade_de_vida/007%20B%20-%20A%20s%EDndrome%20de%20burnout%20em%20enfermeiros.pdf
31. MENDÉZ, EB. Uma versão brasileira do AUDIT. [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Pelotas; 1999.
32. LIMA, CT, et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism*, 2005;40(6):584-9.
33. Rubiatti AMM, Campos JADB. Alcoolismo – estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP). *Alim Nutr Araraquara.* 2009;20(2):279–88.
34. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira NIC, Santos VAD, Martins G. Analysis of the use of the Fagerström Tolerance Questionnaire as an instrument to measure nicotine dependence. *J Pneumol.* 2002;28(4):180–6.
35. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):S1–S76.
36. Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Freitas Filho M, Wakassa TB, et al. Use of breath carbon monoxide as an indicator of smoking status. *J Pneumol.* 2001;27(5):231–6.
37. Van Bogaert P, Clarke S, Roelant E, Meulemans H, Van de Heyning P. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs.* 2010 Jun 1;19(11-12):1664–74.
38. Van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, Van Heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(12):1667–77.
39. França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(5):961–70.
40. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(3):765–72.
41. Monteiro JK, Oliveira ALL, Ribeiro CS, Grisa GH, Agostini N. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicol Ciênc E Prof.* 2013;33(2):366–79.

42. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics*. 2013;20(4):436–47.
43. Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(4):357–65.
44. Rossi SS, Santos PG, Passo JP. A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 05 Out 2014];2(0):381–4. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950>
45. Gloede TD, Hammer A, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H. Is social capital as perceived by the medical director associated with coordination among hospital staff? A nationwide survey in German hospitals. *J Interprof Care*. 2012;27(2):171–6.
46. Cho SH, June KJ, Kim YM, Cho YA, Yoo CS, Yun SC, et al. Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *J Clin Nurs*. 2009;18(12):1729–37.
47. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *Am J Infect Control*. 2012;40(6):486–90.
48. Matos L, Peres RL, Silva AMR da, Pires JS, Costa LLL, Neves D da S, et al. Causas ambientais para síndrome de burnout em uti neonatal. *Rev Eletrônica Em Gest Educ E Tecnol Ambient*. 2012;7(7):1291–6.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa de mestrado intitulada Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP, que tem como objetivo de verificar a associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais da área de Enfermagem, que atuam nas UTIs Neonatal, Pediátrica, Coronariana e Adulto do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP.

Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa, utilizando como métodos o instrumento para avaliação e identificação da Síndrome de *burnout*, Maslach *Burnout Inventory*, AUDIT e Questionário de Dependência de Fagerström (QTF), bem como a mensuração do Monóxido de Carbono no ar expirado de cada profissional que atua nas UTIs. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Protocolo CEP 4129-2012, em Novembro de 2012.

A Síndrome de *burnout* é a principal consequência do estresse profissional, sendo caracterizada pela resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal no trabalho, que atinge com maior incidência os profissionais da área de saúde.

O trabalho terá duração de 24 meses, com o término previsto para Março de 2015.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário estruturado auto-aplicável.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem e melhorar as condições de trabalho para esses profissionais.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular e e-mail da autora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Larissa Santi Fernandes

Autora

Botucatu, ____ de _____ de 2013.

Para maiores esclarecimentos entrar em contato com a autora, pelo telefone ou e-mail a seguir:

Autora: Larissa Santi Fernandes (FMB-Unesp)

Tel: (14) 9782-6752 e-mail: lalasfer@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Tel: (14)3811-6143

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT

Prezado (a) Senhor (a)

O presente estudo tem como finalidade acadêmica o seguinte objetivo: avaliar os níveis da síndrome de *Burnout* em profissionais da área de Enfermagem que atuam no Hospital das Clínicas de Botucatu – Unesp.

A seguir você encontrará algumas afirmações e perguntas, por favor, leia cada afirmação e pergunta cuidadosamente e decida se você se sente desta forma com respeito ao seu trabalho. Caso você ache que nunca teve esse sentimento marque 0 (zero) no espaço destinado a pontuação respectivamente a frente de cada afirmação. Caso tenha esse sentimento, marque o número (de 1 a 6) que melhor descreva com que frequência você se sente desta maneira. Um exemplo é apresentado a seguir:

	Pontuação
Eu me sinto deprimido no meu trabalho	

Se você nunca se sente deprimido no trabalho. Você poderia escrever o número 0 (zero) embaixo do título “Pontuação”. Se você sente-se deprimido no trabalho uma vez ao ano ou menos, você poderia escrever o número 1. Se os seus sentimentos de depressão aparecem uma vez ao mês ou menos, você poderia escrever o número 2. Se os seus sentimentos de depressão aparecem algumas vezes ao mês, você poderia escrever o número 3. Se você sente-se deprimido uma vez por semana, escreva o número 4. Se você se sente deprimido algumas vezes por semana, então marque o número 5. Se você sente-se deprimido no trabalho todos os dias, marque o número 6.

Atenção!

Responda a todas as frases que compõem este questionário. Não escreva seu nome em nenhum lugar para que suas respostas fiquem totalmente anônimas. Os dados desta pesquisa serão analisados em conjunto e de forma confidencial. Pedimos apenas que nos informe sobre alguns dados complementares no final.

Sinta-se inteiramente à vontade para dar suas opiniões, lembrando-se que suas respostas serão ANÔNIMAS e mantidas em SIGILO.

Não existem respostas certas nem erradas, o que importa é a sua opinião sincera.

Dados sociodemográficos:	
Data da entrevista: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Idade: _____	
Profissão: _____	Tempo de exercício profissional: _____
Estado civil: _____ Filhos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, quantos? _____	
Dados Profissionais:	
Situação de trabalho: <input type="checkbox"/> temporário <input type="checkbox"/> estatutário <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> outro _____	
Nº horas semanais: _____ Período de trabalho: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite	
Titulação: <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado	
Você faz horas extras? _____ Se sim, elas são pagas? _____ Você pode descontar as horas extras realizadas? _____	
Quantas faltas justificadas ou não você teve esse mês? _____	
Você é readaptado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, qual o motivo? _____	
Mês/ano das últimas férias: _____	

Você frequenta faculdade ou algum curso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____	
Você possui outro emprego? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, quantos? _____	
Qual a profissão: _____ Que período exerce essa emprego? _____	
Quantas horas semanais, no total, você dedica ao trabalho? (aproximadamente) _____	
Lazer	
O que gosta de fazer nas horas vagas? _____	
Pratica alguma atividade física? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana? _____	
Dados sobre Tabagismo	
Com relação ao cigarro, como você se considera?	
<input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante <input type="checkbox"/> ex-fumante <input type="checkbox"/> fumante passivo	
Coleta de dados para os que se declararam Fumantes	
Você fuma: <input type="checkbox"/> diariamente <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> final de semana	
Há quanto tempo você fuma (em anos)? _____	
Quantos cigarros você fuma por dia? _____ E maços por semana? _____	
Traga a fumaça: <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes	
Outras formas tabaco: <input type="checkbox"/> cachimbo <input type="checkbox"/> charuto <input type="checkbox"/> palha <input type="checkbox"/> tabaco de mascar ou aspirar	
<input type="checkbox"/> narguilé <input type="checkbox"/> bali <input type="checkbox"/> eletrônico <input type="checkbox"/> sabor <input type="checkbox"/> não	
Já tentou parar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Quantas vezes conseguiu? <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 ou mais <input type="checkbox"/> nenhuma	
Coleta de dados para os que se declararam Ex-fumantes	
Por quanto tempo você fumou regularmente (em anos)? _____	
Há quanto tempo você parou de fumar (em anos)? _____	
Quantos cigarros você fumava por dia? _____ E maço por semana? _____	
Pontue de 0-6 os itens a seguir conforme seus sentimentos e sintomas:	
0- nunca	4- uma vez por semana
1- uma vez ao ano ou menos	5- algumas vezes por semana
2- uma vez ao mês ou menos	6- todos os dias
3- algumas vezes ao mês	
Fatores preditores	
Pontuação	
1. As atividades que desempenho exigem mais tempo do que posso fazer em um dia de trabalho.	
2. Sinto que posso controlar os procedimentos e atendimentos para os quais sou designado na instituição que trabalho.	
3. A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários.	
4. Percebo que a instituição onde atuo o profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários.	
5. Percebo de forma evidente que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e entre coordenação de seus funcionários).	
6. Na instituição onde atuo tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante.	
O que você sente decorrente do trabalho? (sintomas somáticos)	
Pontuação	
1. Cefaléia.	
2. Irritabilidade fácil.	
3. Perda ou excesso de apetite.	

4. Pressão arterial alta.	
5. Dores nos ombros ou nuca.	
6. Dor no peito.	
7. Dificuldades com o sono.	
8. Sentimento de cansaço mental.	
9. Dificuldades sexuais.	
10. Pouco tempo para si mesmo.	
11. Fadiga generalizada.	
12. Pequenas infecções.	
13. Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas.	
14. Dificuldade de memória e concentração.	
15. Problemas gastrointestinais.	
16. Problemas alérgicos.	
17. Estado de aceleração contínuo.	
18. Sentir-se sem vontade de começar nada.	
19. Perda do senso de humor.	
20. Gripes e resfriados.	
21. Perda do desejo sexual.	
Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI)	Pontuação
1. Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho.	
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite.	
3. Sinto-me emocionalmente exausto/a com meu trabalho.	
4. Sinto-me frustrado/a com meu trabalho.	
5. Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho.	
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.	
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a.	
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	
9. Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	
10. Sinto-me cheio de energia.	
11. Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.	
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.	
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.	
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.	
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.	
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.	
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	
18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.	
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.	
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.	
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	

Anexo 2

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

1. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?				
(0) 1 ou 2 “doses”	(1) 3 ou 4 “doses”	(2) 5 ou 6 “doses”	(3) 7 a 9 “doses”	(4) 10 ou mais “doses”
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	

Anexo 3

Questionário de Dependência de Fagerström (QDF)	
I. Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
Dentro de 5 minutos	(3)
Entre 6 e 30 minutos	(2)
Entre 31 e 60 minutos	(1)
Após 60 minutos	(0)
II. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?	
Sim	(1)
Não	(0)
III. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	
O primeiro da manhã	(1)
Outros	(0)
IV. Quantos cigarros você fuma por dia?	
Menos de 10	(0)
De 11 a 20	(1)
De 21 a 31	(2)
Mais de 31	(3)
Não	(0)
V. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?	
Sim	(1)
Não	(0)
VI. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
Sim	(1)
Não	(0)

Anexo 4



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 18 de abril de 2013

Of. 64/2013-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.ª. Dr.ª. Ilda de Godoy
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof.ª. Ilda,

Em relação ao Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4129-2012) Síndrome de Burnout em profissionais de Enfermagem no Hospital das Clínicas de Botucatu - UNESP, conduzido por Larissa Santi Fernandes, orientada por Vossa Senhoria informo que o título foi alterado para "Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu - UNESP".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP