



VERA REGINA LORENZ

**O AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Campinas

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Enfermagem

VERA REGINA LORENZ

**O AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Vera Regina Lorenz, orientada pela Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello.

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L887a Lorenz, Vera Regina, 1963-
O ambiente da prática profissional do enfermeiro nas unidades básicas de saúde / Vera Regina Lorenz. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Edinêis de Brito Guirardello.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Ambiente de instituições de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermeiros de saúde pública. 4. Saúde do trabalhador. 5. Local de trabalho. I. Guirardello, Edinêis de Brito, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The nurse practice environment in primary health care

Palavras-chave em inglês:

Health facility environment

Primary health care

Nurses, Public health

Occupational health

Workplace

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Edinêis de Brito Guirardello [Orientador]

Cinira Magali Fortuna

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Neusa Maria Costa Alexandre

Heleno Rodrigues Correa Filho

Data de defesa: 11-07-2014

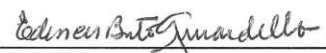
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

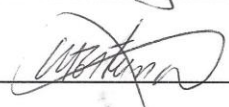
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

VERA REGINA LORENZ

Orientador (a) PROF(A). DR(A). EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO 

2. PROF(A). DR(A). CINIRA MAGALI FORTUNA 

3. PROF(A). DR(A). LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES 

4. PROF(A). DR(A). NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE 

5. PROF.DR. HELENO RODRIGUES CORREA FILHO 

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 11 de julho de 2014

RESUMO

Estudos em ambientes hospitalares apontam associações entre percepções de atributos do ambiente da prática profissional, síndrome de *burnout* e as variáveis: satisfação profissional, qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem, destacando que esses achados podem contribuir na construção de indicadores de qualidade do serviço e gestão de recursos humanos. No entanto, não existem estudos dessa natureza, no Brasil, em atenção primária à saúde. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar percepções do enfermeiro acerca do ambiente da sua prática na atenção primária à saúde de um município no interior do estado de São Paulo. Trata-se de estudo transversal. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de caracterização pessoal e profissional acrescida das variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem; o *Nursing Work Index Revised* para analisar: autonomia, controle sobre o ambiente da prática, relação profissional cordial entre enfermeiro e médico e suporte organizacional e; o Inventário de *Burnout* de Maslach para analisar: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Participaram 198 enfermeiros. Os resultados evidenciaram médias entre 1,94 a 2,65 para as subescalas do *Nursing Work Index Revised* (variação de 1 a 4 pontos); 27,98% de enfermeiros com exaustão emocional alta; 32,14% com despersonalização alta; 38,69% com realização pessoal reduzida; 62,63% satisfeitos no trabalho; 34,85% insatisfeitos; 78,97% avaliaram a qualidade do cuidado como boa; 13,33% avaliaram-na como ruim; média da intenção de deixar o trabalho atual de 28,40/100 milímetros e média da intenção de deixar a profissão de 14,40/100 milímetros. Também foram evidenciadas 23 correlações significantes. O estudo sugere que o ambiente da prática profissional do enfermeiro em atenção primária à saúde é parcialmente favorável (1/3) para as percepções de: autonomia, relação profissional cordial entre enfermeiro e médico e suporte organizacional e parcialmente desfavorável (2/3) para controle sobre o ambiente da prática

profissional; aproximadamente um terço dos enfermeiros apresentam nível alto de *burnout* e outro um terço, nível moderado. Percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática influenciam a ocorrência da síndrome de *burnout*, a satisfação no trabalho, a percepção da qualidade do cuidado e a intenção de deixar o trabalho atual, e sentimentos de *burnout* influenciam as mesmas variáveis e a intenção de deixar a enfermagem. Esses achados dão visibilidade à situação de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde, contribuem para esclarecer a influência dos fatores organizacionais no trabalho e na construção de indicadores para avaliação de serviços de saúde, recursos humanos em enfermagem e saúde do trabalhador; apontam para a necessidade de avaliar o modelo da prática profissional do enfermeiro, o modelo de prestação de cuidados e a mensuração de resultados das dimensões qualitativas do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde, fundamentados no conceito de vigilância em saúde e auxiliados pela estratégia da educação permanente.

Palavras-chave: Ambiente de Instituições de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiros de Saúde Pública; Saúde do Trabalhador; Local de Trabalho; Tolerância ao Trabalho Programado.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem

ABSTRACT

Studies in hospital settings show associations among perceptions of the attributes of professional practice environment, burnout and the variables: job satisfaction, quality of care, intention to leave the current and intention to leave nursing work, noting that these findings can help construction of indicators of quality of service and human resource management. However, no studies of this nature in Brazil in primary health care. This research aimed to evaluate perceptions of nurses about their practice in primary health care in a municipality in the state of São Paulo environment. This cross-sectional study. To collect data characterizing a form of personal and professional plus variable was used: job satisfaction, perception of quality of care, intention to leave the current job and intention to leave nursing; the Nursing Work Index Revised to analyze: autonomy, control over practice environment, friendly professional relationship between nurse and physician and organizational support, and the Maslach Burnout Inventory to analyze: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Attended the survey 198 nurses. The results showed averages between 1.94 to 2.65 for the subscales of the Nursing Work Index Revised (ranging from 1 to 4 points); 27.98% of nurses with high emotional exhaustion; 32.14% with depersonalization; 38.69% with reduced personal accomplishment; 62.63% satisfied at work; 34.85% dissatisfied; 78.97% rated the quality of care as good; 13.33% rated it as bad; mean intention to leave the current job 28.40/100 mm and the intention to leave the profession of 14.40/100 mm average. Were also observed 23 significant correlations. The study suggests that the environment of professional nursing practice in primary health care is partially positive (1/3) to perceptions of: autonomy, cordial professional relationship between nurse and physician and organizational support and partially unfavorable (2/3) for control over the environment of professional practice; approximately one third of nurses have a high level of burnout, and another third, moderate level. Perceptions of nurses about the practice environment influence the occurrence of burnout, job satisfaction, perception of quality of care

and intention to leave the current job, and feelings of burnout influence the same variables and intention to leave nursing. These findings provide visibility to the work situation of nurses in primary health care, help to clarify the influence of organizational factors at work and the construction of indicators for the evaluation of health services, nursing human resources and occupational health; point to the need to assess the model of professional nursing practice, the model of care and measurement of results of the qualitative dimensions of the work of nurses in primary health care, based on the concept of health surveillance and aided by education strategy permanent.

Keywords: Health Facility Environment; Primary Health Care; Nurses, Public Health; Occupational Health; Workplace; Work Schedule Tolerance.

SUMÁRIO	Página
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Relevância do tema	25
1.2 Revisão da literatura	26
1.3 Justificativa	65
2 OBJETIVOS	67
2.1 Geral	69
2.2 Específicos	69
3 MÉTODO	71
3.1 Tipo de estudo	73
3.2 Local do estudo	73
3.3 População e amostra	73
3.4 Instrumentos de coleta de dados	75
3.4.1 Ficha de caracterização pessoal e profissional do enfermeiro	75
3.4.2 Versão brasileira do <i>Nursing Work Index Revised</i>	76
3.4.3 Versão brasileira do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	77
3.5 Procedimento de coleta de dados	79
3.6 Tratamento e análise dos dados	79
3.7 Aspectos éticos	81
4 RESULTADOS	83
4.1 Características pessoais e profissionais	85
4.2 Satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	88
4.3 Percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro	89

4.4	Dimensões da síndrome de <i>burnout</i>	90
4.5	Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro e dimensões da síndrome de <i>burnout</i>	91
4.6	Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	92
4.7	Correlações entre dimensões da síndrome de <i>burnout</i> e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	93
5	DISCUSSÃO	95
5.1	Características pessoais e profissionais dos enfermeiros	97
5.2	Satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	102
5.3	Percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro	110
5.4	Dimensões da síndrome de <i>burnout</i>	117
5.5	Correlações entre atributos do ambiente da prática profissional do enfermeiro e dimensões da síndrome de <i>burnout</i>	121
5.6	Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	126
5.7	Correlações entre dimensões da síndrome de <i>burnout</i> e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de	

	deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem	130
5.8	Limitações do estudo	133
6	CONCLUSÕES	135
7	REFERÊNCIAS	141
8	APÊNDICES	169
8.1	Apêndice 1. Ficha de caracterização pessoal e profissional do enfermeiro ...	171
8.2	Apêndice 2. Versão brasileira do <i>Nursing Work Index Revised</i> – 15 itens renumerados	175
8.3	Apêndice 3. Pedido ao secretário municipal de saúde	179
8.4	Apêndice 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	183
9	ANEXOS	187
9.1	Anexo 1. Versão brasileira do <i>Nursing Work Index Revised</i> – 57 itens	189
9.2	Anexo 2. Versão Brasileira do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach (a)	193
9.3	Anexo 3. Versão Brasileira do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach (b)	199
9.4	Anexo 4. Folha de rosto da pesquisa envolvendo seres humanos nº 430699	203
9.5	Anexo 5. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	207
9.6	Anexo 6. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	211

Dedicatória

Dedico esta tese às pessoas que de alguma forma disponibilizam a força de trabalho para o bem comum, aos trabalhadores cujas presenças não mais compartilhamos entre nós e especialmente aos enfermeiros, cujo trabalho peculiar de cuidar, educar, gerenciar, pesquisar e participar politicamente faz a diferença para nosso bem estar.

Agradecimentos

Agradeço à Energia que me possibilita viver, discernir e fazer escolhas.

Agradeço ao meu companheiro e amigo Marcos por estar na minha vida, me apoiar e enfrentar desafios sempre ao meu lado.

Agradeço aos meus filhos, Bruno e Lara, pelo amor, o carinho e a compreensão que expressaram ter por mim em todos os momentos de fragilidade.

Agradeço aos amigos e familiares que torceram pelo meu sucesso, especialmente à minha mãe Anna, meu pai José Roberto e minha irmã Anna Maria.

Agradeço aos professores que me encorajaram a expressar de minhas reflexões na tese, em especial ao professor e amigo Heleno, às professoras Cinira, Lucieli e Neusa.

Agradeço às professoras Ana Maria Laus, Sílvia Matumoto, Eliete Maria Silva e Daisy Tronchin pela disponibilidade em compor a comissão julgadora da tese e à professora Vanda Felli pelas valiosas contribuições por ocasião da banca de qualificação.

Agradeço à professora Cecília Benatti por me incentivar a pesquisar, à professora Edinêis por me aceitar no curso de doutorado e aos colegas do curso por compartilhar conhecimento e pela amizade cultivada.

Agradeço a todos os profissionais que me ajudaram na realização do projeto, especialmente, aos enfermeiros que disponibilizaram tempo para pensar e expressar sentimentos e valores, sem os quais este trabalho não seria possível.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal – CAPES pela bolsa de doutorado proporcionada de julho de 2012 até o final da pesquisa.

Muito obrigada!

Lista de Tabelas Página

Tabela 1.	Número de enfermeiros dos distritos sanitários e de enfermeiros participantes da pesquisa por distrito sanitário. Campinas, 2012.	85
Tabela 2.	Características pessoais dos enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis qualitativas. Campinas, 2012.	86
Tabela 3.	Características profissionais dos enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis qualitativas. Campinas, 2012.	87
Tabela 4.	Características pessoais e profissionais de enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis quantitativas. Campinas, 2012.....	87
Tabela 5.	Satisfação no trabalho e percepção da qualidade do cuidado entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.	88
Tabela 6.	Intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.....	89
Tabela 7.	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach das subescalas do <i>Nursing Work Index Revised</i> entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.	89
Tabela 8.	Frequências e percentuais de enfermeiros de atenção primária à saúde por nível das subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach entre enfermeiros (n=168). Campinas, 2012.	90
Tabela 9.	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach das subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.	91
Tabela 10.	Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas do <i>Nursing Work Index Revised</i> e as subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	

	entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012. ..	91
Tabela 11.	Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas do <i>Nursing Work Index Revised</i> e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a profissão entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.	92
Tabela 12.	Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a profissão entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.	93

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores
<i>CIN</i>	<i>Council International of Nurses</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Centros de Saúde
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conep	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos
<i>HSS</i>	<i>Human Services Survey</i>
IBM	Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<i>NWI-R</i>	<i>Nursing Work Index Revised</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNMA	Política Nacional do Meio Ambiente
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Rede de Atenção à Saúde
<i>RNAO</i>	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
<i>SAS</i>	<i>Statistical Analyses System</i>
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

1. INTRODUÇÃO

1.1 Relevância do tema

A preocupação com o ambiente, por seus efeitos potenciais e reais na vida das pessoas, é considerada de relevância social, razão pela qual o tema foi inserido em importantes leis que regem o Brasil, como a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), ao enfatizar que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, que o meio ambiente é bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as gerações presentes e futuras (artigo 200)⁽¹⁾. Para garantir esse direito, foi previsto também que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o ambiente do trabalho (artigo 225)⁽¹⁾.

Outra importante lei federal que rege o sistema público de saúde no Brasil é a Lei Orgânica da Saúde (LOS) ao enfatizar que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, e incluir o meio ambiente do trabalho dentre os determinantes e condicionantes da saúde, ao lado da alimentação, da moradia, do saneamento básico, da renda, a educação, da atividade física, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais (artigo 3º)^(2,3). Além disso, a LOS reafirma que o meio ambiente compreende o meio ambiente do trabalho e que sua proteção é objetivo do SUS (artigo 6º)⁽²⁾. Por outro lado, é pressuposto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) intervir nos processos e ambientes de trabalho para promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis⁽⁴⁾.

O ambiente de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS) é uma das faces do meio ambiente do trabalho em saúde e nem sempre oferece condições favoráveis às inovações nos processos de trabalho requeridas pelos modelos de atenção à saúde que orientam o sistema de saúde. O trabalho realizado pelo enfermeiro, inclusive no ambiente da APS, tem o reconhecimento social sendo dirigido a seres humanos com carências de saúde e

com o potencial para uma maior aproximação com as múltiplas dimensões do ser humano⁽⁵⁾. Trata-se de um trabalho profissional do campo da saúde, especializado, pois precisa de formação profissional e só pode ser exercido por profissionais habilitados^(6,7).

A sociedade brasileira expressa, por meio de seus pesquisadores, na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), importantes temas a serem investigados. Neste cenário, o ambiente da prática profissional do enfermeiro nas unidades básicas de saúde é tema que transcende vários itens da agenda como o que diz respeito ao impacto da reestruturação do trabalho sobre a saúde, à organização e avaliação de políticas, programas e serviços; e à comunicação e informação em saúde⁽⁸⁾. Por outro lado, políticas e sistemas de saúde relacionados com recursos humanos para alcançar cobertura universal em saúde é prioridade de investigação em países da América Latina e Caribe⁽⁹⁾.

Para compreender a importância da percepção do enfermeiro acerca de seu ambiente de prática na atenção primária à saúde (APS), foi revisto e apresentado, a seguir, alguns conceitos e um pouco do conhecimento científico disponível e da problemática que envolve este tema.

1.2 Revisão da literatura

Meio ambiente ou simplesmente *ambiente* é o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas (artigo 3º inciso I)⁽¹⁰⁾. Trata-se de uma definição ampla da Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA), em harmonia com a CRFB de 1988, que buscou tutelar todos os aspectos do meio ambiente: o natural, o artificial, o cultural e o do trabalho, sendo que o último abrange o foco desta investigação: o ambiente da prática profissional do enfermeiro na atenção primária à saúde.

Ambiente de trabalho é o conjunto de condições de produção em que, simultaneamente, a força de trabalho e o capital, se transformam em mercadoria e lucro⁽¹¹⁾. Diretriz conjunta da

Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da OMS acrescenta que se devem minimizar os riscos do ambiente de trabalho para os profissionais e ser adaptado à saúde e capacidade dos trabalhadores⁽¹²⁾. Na APS, a ambiência, a percepção de condições de trabalho desfavoráveis e as percepções de risco podem interferir negativamente na capacidade dos trabalhadores em desenvolver seu trabalho de modo efetivo e eficaz.

Ambiência é o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽¹³⁾. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias leves, duras, leve-duras⁽¹⁴⁾ ali presentes, quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como por exemplo, a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura etc⁽¹³⁾. O componente afetivo expresso na forma do acolhimento, de atenção dispensada ao usuário, de interação entre os trabalhadores e gestores é importante na ambiência e os componentes regionais e culturais determinam os valores do ambiente⁽¹³⁾. Considerando-se a ambiência da APS, a presença ou ausência de componentes estéticos, social, afetivos é percebida pelos enfermeiros e nem sempre corroboram para um projeto de vida voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

A expressão *ambiente da prática profissional do enfermeiro* é utilizada internacionalmente em enfermagem para definir um conjunto de características concretas ou abstratas percebidas, tais como as características do trabalho, autonomia, promoção de oportunidades, as quais são comparadas com um conjunto de normas, valores e necessidades do enfermeiro⁽¹⁵⁾.

A partir de vários estudos, pesquisadores identificaram que determinados atributos como: autonomia profissional, controle sobre a prática profissional do enfermeiro, relações profissionais cordiais entre médicos e enfermeiros e suporte organizacional, quando percebidos pelo enfermeiro no ambiente de sua prática profissional, traduzem condições favoráveis à sua

prática profissional⁽¹⁶⁾. No entanto, a percepção acerca desses atributos não excluem outras percepções do enfermeiro sobre seu local de trabalho.

Autonomia do enfermeiro indica independência na tomada de decisões em relação aos cuidados do paciente no âmbito da prática de enfermagem⁽¹⁷⁾. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), que também orienta o SUS, é justamente a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde⁽¹³⁾. A autonomia possibilita que o ser humano reflita sobre as limitações que lhe são impostas⁽¹⁸⁾. No entanto, autonomia não é um fenômeno consolidado na prática profissional do enfermeiro⁽¹⁹⁾.

Controle é o grau de autonomia ou possibilidade que o profissional tem de "governar" o seu trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos⁽²⁰⁾. *Controle sobre o ambiente da prática* de enfermagem refere-se ao exercício de influência sobre outros para promover a qualidade do cuidado com o paciente⁽¹⁷⁾. A percepção de controle está intimamente associada com autonomia⁽²¹⁾ e o grau em que a pessoa pode controlar suas atividades, ou os acontecimentos em seu trabalho, interfere no seu bem estar ⁽²²⁾. Quanto maior o nível de controle e participação nas decisões, maior a satisfação no trabalho e menores as chances de ocorrência da síndrome de *burnout* (SB)⁽²¹⁾ entre os enfermeiros da APS.

A relação profissional cordial entre médico e enfermeiro é de natureza colaborativa, respeito mútuo, com boa comunicação e interdependência^(23,24), facilita a troca de saberes⁽²⁵⁾, diminui a fragmentação do cuidado em saúde e favorece a integralidade da assistência⁽²⁶⁾. Na APS, nem sempre a relação profissional é cordial entre os profissionais.

Suporte organizacional refere-se à estrutura descentralizada que favorece o acesso e o uso dos recursos organizacionais em benefício do paciente⁽²⁷⁾, ao apoio administrativo e gerencial para a enfermagem, incluindo a adequação dos recursos, a oportunidade para o crescimento profissional do enfermeiro e suporte para a educação continuada⁽¹⁷⁾. O *suporte*

organizacional reside na dinâmica estabelecida entre colegas e superiores e tem a ver com o sentimento de união, a percepção de que os demais estão disponíveis para ajudar e orientar, em um clima de respeito e consideração no ambiente de trabalho⁽²²⁾. A percepção de suporte organizacional engloba a percepção de: estilo de gestão da chefia, políticas e prática reguladoras do trabalho, produtividade definida para os trabalhadores, disponibilidade e adequação de recursos materiais e financeiros; apoio social e relacionamento interpessoal com a chefia, supervisores e colegas; recompensas (ascensão funcional, salário, cuidado com o bem estar)⁽²⁸⁾. Suporte organizacional insuficiente é considerada um preditor significativo de esgotamento profissional⁽²⁹⁾, inclusive na APS.

A percepção do enfermeiro acerca do seu *locus* de trabalho é influenciada pelo modelo de prática profissional e do modelo de prestação de cuidados adotados na APS. O *modelo de prática profissional do enfermeiro* é caracterizado como um sistema formado por estrutura, processos e valores que o apoiam no controle sobre o cuidado prestado ao paciente e sobre o ambiente no qual esse cuidado é oferecido⁽³⁰⁾, capacita o enfermeiro proporcionando-lhe maiores oportunidades para o exercício da autonomia, responsabilidade e controle sobre o ambiente do cuidado⁽³¹⁾, onde a colaboração entre médico e enfermeiro é importante na sustentação desse ambiente^(30,32) e possibilita que os enfermeiros articulem claramente contribuições para a prática da profissão⁽³³⁾. No modelo de prática profissional, o foco são os trabalhadores de enfermagem e como eles suportam a prestação do cuidado⁽³⁴⁾ e no *modelo de prestação de cuidados* o foco é o cuidado e como ele é organizado para facilitar o trabalho da enfermagem e os resultados com os pacientes e é considerado uma peça do modelo de prática profissional, podendo ser favorável ou não à prática⁽³⁴⁾.

O modelo de prática profissional e o modelo de prestação de cuidados devem estar alinhados para que a relação entre profissional que oferece o cuidado e paciente que consome o cuidado seja equilibrada, sem prejuízos e com benefícios para ambos. A avaliação do modelo

de prática profissional na APS contribui para a avaliação do trabalho, das cargas de trabalho do enfermeiro e dos resultados da prestação de cuidados.

O *trabalho* é a atividade que altera o estado das coisas para melhorar sua utilidade e para melhor satisfazer as necessidades humanas⁽³⁵⁾. *Carga de trabalho* corresponde aos elementos presentes no trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, podendo desencadear desgaste e adoecimento dos profissionais⁽³⁶⁾. Para gerenciar a carga de trabalho, o ser humano se organiza coletivamente privilegiando a cooperação e não a competitividade no gerenciamento da carga de trabalho⁽³⁷⁾.

A exposição ocupacional aos fatores de risco de agravos à saúde no ambiente da prática profissional é maior quando a carga de trabalho e o estresse são elevados⁽³⁸⁾. A exposição às cargas de trabalho psíquicas é geralmente a mais referida pelos trabalhadores de enfermagem, está relacionada ao objeto de trabalho (o cuidado do ser humano que sofre, sente dor e morre), às situações geradoras de estresse, à fadiga, à tensão e às formas de organização desse trabalho⁽³⁹⁾.

A *organização do trabalho* se refere aos aspectos objetivos do trabalho incluindo as interações entre trabalho, condições de trabalho, meio ambiente e organização do trabalho e impõe condições que atinge o comportamento dos trabalhadores. Segundo Paraguai, a organização do trabalho diz respeito a como o trabalho é estruturado e organizado para ser realizado e envolve: produção de bens e serviços, normas de produção, modos de produção, divisão de tarefas entre homens e máquinas, exigências temporais na realização do trabalho (ritmo, cadência, pausas, jornadas de trabalho, horas-extras) etc⁽⁴⁰⁾. Cada organização de trabalho guarda em seu bojo uma noção de trabalho e de trabalhador, mais ou menos explícito que moldam a face visível da organização do trabalho e é o trabalho real que traduz a concepção organizacional da instituição⁽⁴⁰⁾.

As alterações introduzidas na organização do trabalho, decorrentes da reestruturação da produção de bens e serviços, nas últimas décadas do século XX, promoveram o agravamento das patologias mentais relacionadas ao trabalho, em função da valorização da gestão em detrimento do trabalho⁽⁴¹⁾. Nesse contexto, um estudo elenca determinados *fatores organizacionais do trabalho*, potencialmente de risco para gerar problemas à saúde psicofísica dos trabalhadores como: ausência de controle sobre o trabalho; aumento das responsabilidades individuais; sobrecarga de trabalho; intensificação no ritmo de trabalho; repetição de ciclos de trabalho; predeterminação de métodos e técnicas levando à baixa utilização de conhecimento e iniciativas dos trabalhadores; locais de trabalho não compatíveis com a necessidade de concentração; aumento das dificuldades em realizar tarefas especialmente as que exigem longos períodos de atenção; más relações de trabalho; incerteza sobre a permanência no emprego; pausas insuficientes para descanso; horários irregulares; turnos de trabalho e desregulamentação das relações de trabalho⁽⁴²⁾.

Dependendo da forma como a instituição organiza o trabalho internamente os profissionais terão melhores ou piores condições de trabalho; possibilidade ou não de desempenho intelectual e manual, diferentes níveis de satisfação/insatisfação e desgaste, acesso ou não aos recursos e hierarquias institucionais; bom ou mau relacionamento e intercâmbio interpessoal; diferentes percepções sobre si, seu trabalho e sobre a influência de seu trabalho sobre a comunidade⁽⁴³⁾, maior ou menor exposição aos fatores de risco à saúde psicofísica. Um estudo realizado sobre o impacto da organização do trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem realçou a necessidade de um olhar específico sobre a organização do trabalho da enfermagem na APS, pois, diferentemente do que ocorre no ambiente hospitalar, a diversidade de atuação da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, é maior do que no ambiente hospitalar⁽⁴⁴⁾, visto que no *locus* de trabalho do enfermeiro na APS convivem diferentes modelos de atenção à saúde que implicam em diferentes processos de trabalho para dar conta dos problemas de saúde relacionados às

condições agudas, crônicas agudizadas e crônicas da população⁽⁴⁵⁾, expõem os profissionais aos riscos no ambiente de trabalho com efeitos na saúde psicofísica e exigem mais habilidades e competências dos enfermeiros para dar conta do trabalho que lhes é exigido e tolerar o trabalho.

Viver é correr risco e por isso a incerteza é um componente essencial do conceito de risco⁽⁴⁶⁾. Correr risco é uma consequência da exposição a uma situação de trabalho. Os riscos estão inseridos em: processos de trabalho, organização do trabalho, formas de gerenciamento, ambiente de trabalho, máquinas, equipamentos, produtos e substâncias. A LOS enfatiza que é dever do Estado, por meio de seus gestores, garantir a saúde na formulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e doenças e reconhece o trabalho como fator determinante e condicionante da saúde⁽²⁾. Nem todos os postos de trabalho têm os mesmos fatores de risco para o trabalhador e esses fatores podem levar a diferentes tipos de danos como: físicos, psicológicos e sociais, de magnitudes diferentes, pois o risco é um fenômeno dinâmico em relação às modificações do ambiente de trabalho⁽⁴⁷⁾ e às modificações das características do trabalhador.

Para tolerar os riscos das situações de trabalho muitas vezes os trabalhadores utilizam a estratégia de negá-los ou banalizá-los. O medo de: desemprego, exclusão, não conseguir ser polifuncional, não dominar novos conhecimentos e técnicas, não aguentar as exigências do trabalho e adoecer, enlouquecer, ser desqualificado, ser prejudicado no desenvolvimento profissional ou na trajetória funcional⁽⁴⁸⁾ faz com que muitos enfermeiros neguem os riscos a que estão expostos no local de trabalho da APS como estratégia para tolerar, resistir e sobreviver no emprego, pelo medo de não encontrar um novo trabalho⁽⁴⁹⁾, com repercussões na saúde física e mental. Por outro lado, sobrevém a intenção de deixar o trabalho atual⁽⁴⁸⁾ em busca de melhores condições de trabalho ou a intenção de abandonar a profissão.

Os fatores relacionados ao ambiente de trabalho podem ser classificados como fator de proteção em uma situação e fator de risco em outra situação, conforme a relação estabelecida entre as variáveis individuais e o contexto socioambiental⁽⁵⁰⁾. *Fatores de proteção* são os fatores que protegem, reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco⁽⁵⁰⁾, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas aos fatores de risco. A expressão *fatores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para: saúde, bem estar e desempenho social⁽⁴⁶⁾. Fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis como: sexo, idade, herança genética, e modificáveis passíveis de ações de promoção da saúde⁽⁵⁰⁾. Um estudo acerca dos fatores de risco de agravos à saúde no ambiente de trabalho da enfermagem apontou que eles atuam sobre os trabalhadores, propiciando um ambiente desfavorável⁽⁵¹⁾ para a realização da prática profissional.

Os *fatores psicossociais do trabalho*, de risco para agravos à saúde do trabalhador, se referem aos aspectos subjetivos da organização do trabalho, isto é, as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho, como por exemplo: considerações relativas à carreira, à carga de trabalho, ao ritmo de trabalho e ao ambiente social, ambiente técnico do trabalho⁽⁵²⁾. A percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado de: características físicas da carga de trabalho, personalidade do indivíduo, experiências anteriores e situação social do trabalho⁽⁵²⁾. Estudo de revisão apontou que *fatores de risco psicossociais do trabalho* de enfermagem foram evidenciados em todas as pesquisas merecendo a atenção dos pesquisadores para diagnóstico da situação laboral e formulação de medidas preventivas para a promoção da saúde⁽⁵³⁾.

Para alguns autores fatores organizacionais e fatores psicossociais são “duas faces da mesma moeda”, pois enquanto fatores organizacionais se referem aos aspectos objetivos pelos quais o trabalho é organizado, fatores psicossociais são as percepções subjetivas dos trabalhadores acerca dos fatores organizacionais⁽⁵⁴⁾. Na APS, determinados fatores

organizacionais e psicossociais do ambiente da prática profissional podem ser percebidos pelos trabalhadores como fatores potencialmente de risco e gerar insatisfação no trabalho ou serem percebidos como fatores de proteção e gerar satisfação no trabalho. Determinadas situações e condições de trabalho expõem os profissionais a mais riscos de agravos à saúde e a segurança do que outras.

Na *situação de trabalho* a variável *situação* é abordada de modo amplo, compreendendo: ambiente de trabalho, condições de trabalho, organização do trabalho, relações sociais e contexto socioeconômico no qual se inscreve a atividade de trabalho⁽⁵⁵⁾. No ambiente da prática profissional da enfermagem, os fatores que contextualizam a situação de trabalho são: condições de trabalho, peculiaridades da tarefa de enfermagem, carência de recursos humanos e materiais, constante preocupação com a atualização objetivando acompanhar os avanços técnicos científicos, crise econômica advinda da globalização e dificuldades no setor saúde⁽⁵⁶⁾.

Condições de trabalho se referem aos fatores físicos, sociais e administrativos que afetam o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador, podendo gerar satisfação, conforto, fadiga, estresse, doenças e acidentes⁽⁵⁷⁾. Segundo o Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora nº 17, levando-se em consideração as características psicofisiológicas humanas, consegue-se melhor adaptação das condições de trabalho ao trabalhador⁽³⁷⁾. O manual destaca três importantes *características psicofisiológicas* do trabalhador:

1. O ser humano tolera mal a execução de tarefas fragmentadas em tempo exíguo e piora quando esse tempo é imposto por: máquina, gerência, clientes ou colegas de trabalho, ou seja, o ser humano prefere impor sua própria cadência ao trabalho⁽³⁷⁾.
2. O ser humano se sente bem quando solicitado a resolver problemas ligados à execução das tarefas⁽³⁷⁾.

3. O ser humano tem capacidades sensitivas e motoras que funcionam dentro de certos limites, variam de um indivíduo a outro e se modificam com o processo de envelhecimento, mas perdas eventuais são amplamente compensadas por melhores estratégias de percepção e resolução de problemas desde que possa acumular e trocar experiências⁽³⁷⁾.

No dia a dia do trabalho do enfermeiro na APS, são inúmeras as solicitações a atender e as tarefas a realizar em tempo exíguo. Com o passar do tempo, a percepção das próprias capacidades sensitivas e motoras exigidas para a resolução de problemas relacionados aos modelos de prática profissional e de prestação de cuidados podem se modificar, ora aumentando e gerando sentimentos de satisfação, ora diminuindo e gerando sentimentos de insatisfação e *burnout*.

O trabalho ocupa lugar central na vida da pessoa e dependendo da forma como ele é organizado e executado, demanda ações, que suprem as necessidades dos trabalhadores, podendo gerar os sentimentos de satisfação⁽⁵⁸⁾ ou de insatisfação, razão pela qual a avaliação do grau de satisfação foi incluída nesta investigação.

A *satisfação no trabalho* é um fenômeno multifacetado, representada por um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao trabalho e, quanto mais e maiores forem os fatores geradores de satisfação, maior poderá ser o empenho profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade⁽⁵⁹⁾. Aspectos importantes a serem considerados para a satisfação no trabalho são: remuneração adequada para a função exercida, autonomia para tomar decisões, possibilidade de crescimento profissional e de reconhecimento pessoal, orgulho do indivíduo de atuar em determinadas instituições⁽⁵⁹⁾ e adoção de uma gerência participativa⁽⁶⁰⁾.

Contrariamente a *insatisfação no trabalho* é determinada por uma série de fatores negativos que também poderão influenciar na diminuição da qualidade dos serviços, ausência

de perspectiva de crescimento profissional e salários inferiores à função exercida que conduzem a: insatisfação no trabalho, absenteísmo, rotatividade de profissionais e desgaste físico e profissional da equipe⁽⁵⁹⁾.

Considerando que uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço de saúde é o emprego de indicadores, conceituados como medida quantitativa que sinalizam assuntos específicos⁽⁶¹⁾, o grau de satisfação no trabalho dos enfermeiros pode se constituir em importante indicador para avaliar a qualidade do serviço e para gerenciar recursos humanos em enfermagem⁽⁶²⁾, propiciando a implementação de ações efetivas para os problemas reais e potenciais identificados⁽⁶¹⁾ no ambiente da prática profissional do enfermeiro em APS, como a adaptação do ambiente de trabalho, adequação de salário à função exercida e planos de carreira⁽⁶⁰⁾.

Para a gestão de recursos humanos em saúde e a promoção da saúde do trabalhador no local de trabalho em APS é importante considerar o grau de satisfação/insatisfação dos enfermeiros para promover a saúde do trabalhador, prever a intenção de permanência no trabalho ou de deixar o posto de trabalho ou de abandonar a profissão. Essas informações podem servir também como indicador indireto (*proxy*) para inferir a qualidade do cuidado ofertada.

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, para a satisfação do paciente em todo o processo de assistência à saúde⁽⁶³⁾.

A variável “qualidade” do cuidado pode oscilar entre boa e ruim. A *qualidade do cuidado* em saúde é composta por diversos atributos que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade⁽⁶⁴⁾ que expressam a magnitude da qualidade.

Autores apontam o cuidado de boa qualidade como aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão⁽⁶⁴⁾ e ampliando seu escopo de modo a incluir o coletivo, cuidado de boa qualidade é aquele que produz os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde⁽⁶⁵⁾.

Um Instituto de Medicina norte-americano define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual⁽⁶³⁾. Orientados por esta definição, foram identificadas três categorias que englobam os problemas de qualidade nos serviços de saúde: sobreutilização, utilização inadequada e subutilização. A sobreutilização refere-se às circunstâncias nas quais o cuidado de saúde prestado apresenta maior chance de provocar dano ao paciente em detrimento de benefícios. A subutilização refere-se à ausência de prestação de cuidado de saúde que poderia produzir benefício para o paciente. Por fim, a utilização inadequada refere-se aos problemas preveníveis relacionados à segurança do paciente no processo de cuidado à saúde⁽⁶⁶⁾.

A qualidade dos serviços de saúde está intrinsecamente ligada à segurança no atendimento e depende do quantitativo de pessoal de enfermagem ajustado às demandas de cuidados requeridas pelos pacientes⁽⁶⁷⁾. Qualidade e segurança são considerados atributos indissociáveis e segundo a proposta mais recente da OMS, segurança significa ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde⁽⁶⁸⁾.

O cuidado pode variar entre seguro e inseguro. O cuidado inseguro expressa-se pelo aumento do risco de danos desnecessários ao paciente, aumento do hiato entre os resultados possíveis e os alcançados, podendo ter impacto negativo nos resultados do cuidado de

saúde⁽⁶⁴⁾. Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão aumentando a qualidade dos seus serviços, porém a recíproca não é verdadeira, pois é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança⁽⁶⁹⁾.

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas no país, acerca da oferta e organização das redes assistenciais de saúde, pesquisadores denunciam o deficiente desempenho do sistema de saúde⁽⁶⁴⁾. Acrescenta-se a estas deficiências as iniquidades expressas pelas desigualdades sociais no acesso e na adequação do cuidado prestado⁽⁶⁸⁾.

Embora a avaliação da qualidade do cuidado traga consigo alto grau de subjetividade⁽⁶³⁾, podendo conduzir a resultados diversos, neste estudo, a variável *qualidade do cuidado* foi incluída para ser avaliada a partir da percepção do enfermeiro da APS, em função de sua importância e suposta associação com as outras variáveis avaliadas nesta investigação.

Outros aspectos que também devem ser levados em consideração para a compreensão do ambiente da prática profissional do enfermeiro são a cultura organizacional e o clima organizacional, uma vez que ambos interagem com as percepções do enfermeiro acerca do ambiente em que ele desenvolve a sua prática profissional.

A cultura é a base da organização, representando valores e crenças comuns aos trabalhadores que refletem em tradições e hábitos organizacionais. A *cultura organizacional* representa um padrão de suposições básicas apreendidas por um grupo e transmitidas aos novos membros como a forma correta de agir⁽⁹¹⁾. O comportamento dos trabalhadores, gestores e da própria instituição é determinado pela cultura organizacional que agrega valores, crenças, estratégias, objetivos e o modo de organização e gestão do trabalho adotado⁽⁷²⁾.

Clima organizacional pode ser caracterizado como um conjunto de percepções compartilhadas por trabalhadores sobre diferentes aspectos do ambiente organizacional do trabalho⁽⁷³⁾. Assim, a cultura organizacional engloba o modo como as coisas acontecem em

uma organização, enquanto o clima organizacional representa o modo como as pessoas percebem seu ambiente de trabalho⁽⁷⁴⁾.

Em estudo acerca da estrutura organizacional do serviço de enfermagem hospitalar, as autoras concluíram que: a força da cultura e o poder nas organizações de saúde determinam as relações de trabalho, que a hegemonia médico-administrativa nutre a dinâmica tradicional e é indispensável que o enfermeiro gestor desenvolva habilidades para gerenciar conflitos e negociação a fim de criar nova cultura organizacional⁽⁷⁵⁾.

Na APS, cultura e clima organizacionais interagem entre si e sobre a percepção dos trabalhadores podendo influenciar a intenção de permanência no trabalho ou deixar o trabalho atual ou de deixar a enfermagem, o que influencia a rotatividade de pessoal ou *turnover*, razão pela qual, neste estudo, foi incluída a avaliação da intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem.

Em situações de trabalho, uma imagem positiva do ambiente da prática profissional está associada à satisfação no trabalho, ao desejo de permanecer no trabalho atual e às perspectivas futuras de manutenção do vínculo com essa profissão. Contrariamente, uma imagem negativa do ambiente da prática profissional está associada à baixa realização pessoal, ao desejo de deixar o trabalho atual⁽⁷⁶⁾, à insatisfação profissional e às perspectivas futuras de abandonar a profissão⁽⁷⁷⁾. Um profissional de enfermagem pode decidir continuar na profissão e mudar somente o local de trabalho dentro da própria instituição ou em outra instituição, ou deixar definitivamente a profissão pelo abandono do trabalho, mudança do tipo de atividade ou pela aposentadoria⁽⁷⁷⁾.

A intenção de deixar o trabalho atual refere-se às percepções dos indivíduos no sentido de sair da instituição em que labora⁽⁷⁸⁾ e aos pensamentos ou intenções de procurar outro emprego⁽⁷⁹⁾. Deixar um posto de trabalho ou deixar o trabalho atual pode ser uma escolha voluntária se o trabalhador de enfermagem deseja melhorar suas condições de trabalho e de

salário, para seguir a família ou se transferir para outra localidade⁽⁸⁰⁾, ou pode ser uma imposição devido a: insatisfação no trabalho, incapacidade em administrar outras situações do cotidiano oriundas da atividade laborativa e reorganização profissional⁽⁷⁷⁾.

A *intenção de abandonar a enfermagem* é considerada um indicador que antecipa a saída efetiva e tem sido estudada em países que descrevem a escassez do profissional no mercado de trabalho⁽⁸¹⁾. A razão considerada mais importante para a intenção de abandonar a enfermagem é o descontentamento na atmosfera de trabalho⁽⁸²⁾ e para o abandono efetivo da profissão são as condições de trabalho⁽⁸³⁾.

Estudos tem demonstrado que a intenção dos trabalhadores de deixar o trabalho atual é forte preditor de *turnover*⁽⁸⁴⁾. *Turnover* ou rotatividade de pessoal corresponde à alteração da equipe de funcionários em um local de trabalho determinado⁽⁷⁷⁾, por isso é importante que sejam avaliadas às intenções de deixar o trabalho atual e de deixar a enfermagem, quando se trata de recursos humanos em saúde, especialmente entre enfermeiros de APS.

Autores apontam que a rotatividade ou *turnover* é consequência de fenômenos internos e externos à organização. Os fenômenos internos dizem respeito a: política salarial, política de benefícios, tipo de supervisão, oportunidades de crescimento profissional, relacionamento humano dentro da organização, condições físicas ambientais de trabalho, moral do pessoal, cultura organizacional, política de recrutamento e seleção de pessoal, critérios de avaliação de desempenho e grau de flexibilidade das políticas da organização⁽⁷⁶⁾. Os fenômenos externos à organização correspondem a: situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado e conjuntura econômica⁽⁷⁶⁾.

Alto *turnover* envolve problemas de organização, custos diretos e indiretos⁽⁸⁵⁾ e geralmente determina um agravamento da qualidade do serviço assistencial, causando dano à imagem da instituição e à saúde dos seus trabalhadores⁽⁷⁷⁾. Em estudo com profissionais da ESF as principais causas apontadas para *turnover* foram: precarização do vínculo de trabalho,

fragmentação da formação, estilo de gestão autoritário, ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho⁽⁷⁶⁾.

Quando há *turnover*, a substituição de trabalhadores pode interferir negativamente com o estabelecimento de relações sociais contínuas nos grupos de trabalho⁽⁷⁷⁾, gerar perda de coesão na equipe e de familiaridade entre seus membros, conduzir a episódios de intolerância e agressividade contra supervisores, subordinados e colegas e este agravamento no clima organizacional pode se transformar em causa para futuro abandono na profissão⁽⁸⁶⁾.

Outro efeito da rotatividade é o aumento da carga de trabalho para os trabalhadores de enfermagem que permanecem exercendo sua prática profissional na instituição, sendo forçados a aumentar o ritmo de trabalho a fim de manter os níveis precedentes de produtividade, a adaptarem-se aos horários laborais prolongados ou à troca de turnos e, eventualmente, ficam encarregados também com a formação e supervisão de novos trabalhadores⁽⁸²⁾. Uma carga excessiva de trabalho físico e mental envolve os trabalhadores com tensão e, em longo prazo, causa efeitos graves como doenças cardiovasculares, osteoarticulares, gastrointestinais, depressão, ansiedade, SB⁽⁸⁷⁾ e sintomas musculoesqueléticos⁽⁸⁸⁾.

Enfermeiras seguem diferentes caminhos quando saem de uma instituição de saúde ou abandonam a profissão⁽⁸⁹⁾ e a consequência em relação ao serviço de saúde e aos seus usuários é um efeito negativo sobre a qualidade do cuidado prestado aos pacientes⁽⁹⁰⁾. Ambientes de trabalho saudáveis facilitam o engajamento do enfermeiro no trabalho em APS.

Segundo a OMS, *ambiente do trabalho saudável* é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho levando em conta considerações como: questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização; recursos para a saúde pessoal no

ambiente de trabalho; e envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade⁽⁹¹⁾. Neste ambiente, continuamente está se criando e melhorando seu aspecto físico e social e expandindo os recursos que habilitam as pessoas a apoiar-se mutuamente no desempenho de suas funções de trabalho e de vida, para desenvolver seu máximo potencial e a aumentar seu controle e autonomia em defesa de sua saúde⁽⁹²⁾.

Considerando a especificidade do ambiente de trabalho do enfermeiro, a *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)* considera o ambiente de trabalho saudável para enfermeiro como complexo, multidimensional, composto de vários componentes que interagem sinergicamente entre si e são definidos como cenários de prática para maximizar a saúde e o bem estar do enfermeiro, a qualidade do resultado com pacientes, o desempenho organizacional e resultados para a sociedade⁽⁹³⁾.

O presente estudo está apoiado no modelo conceitual de ambiente de trabalho saudável para enfermeiro proposto pela RNAO, cujos componentes são representados por: (1) fatores políticos; (2) fatores culturais, psicossociais e cognitivos e (3) fatores profissionais e ocupacionais. Cada um desses fatores interfere em três níveis do sistema: (1) nível macro ou nível de sistema; (2) nível meso ou nível organizacional e (3) nível micro ou nível individual (Figura 1).

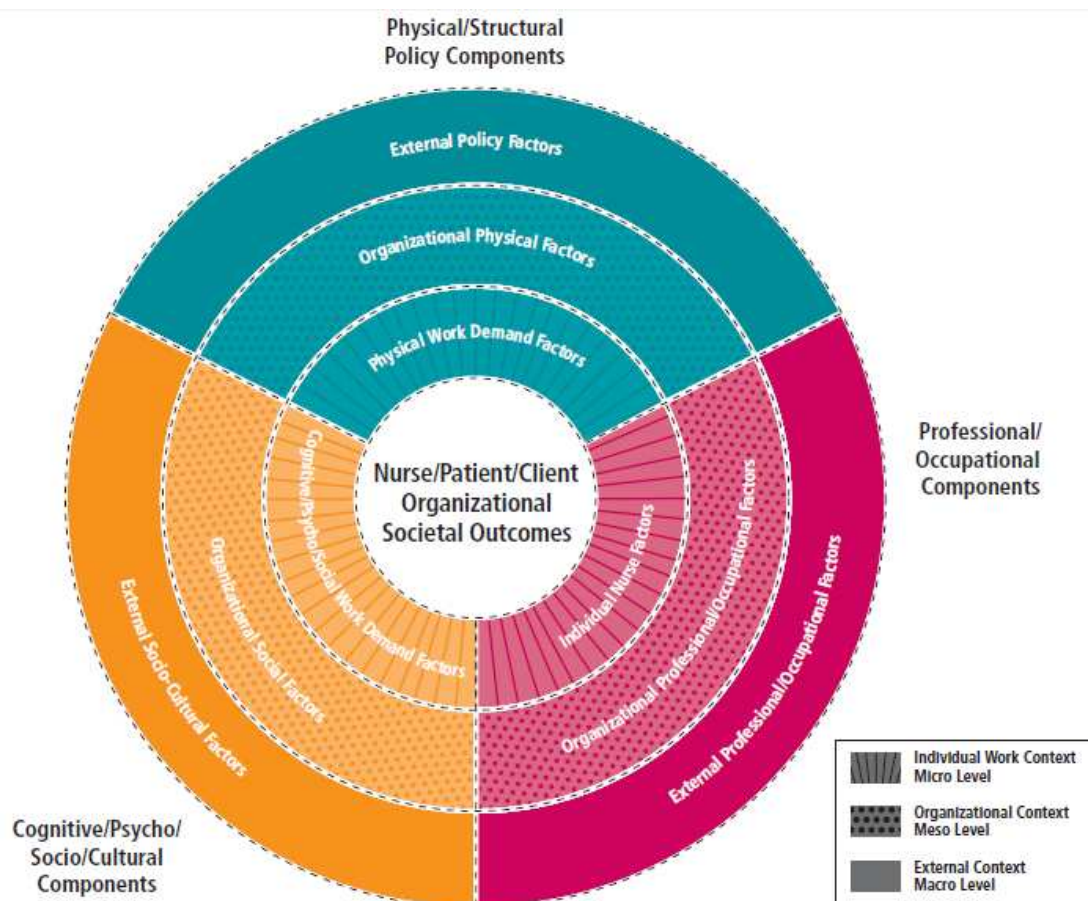


Figure 1. Conceptual Model for Healthy Work Environments for Nurses – Components, Factors & Outcomesⁱ⁻ⁱⁱⁱ

Figura 1. Modelo conceitual para ambiente de trabalho saudável para enfermeiros

Fonte: *Nursing Best Practice Guidelines Program of Registered Nurses' Association of Ontario*. 2008. Disponível em: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/workplace-health-safety-and-wellbeing-nurse-guideline>. Acesso 26/11/2013.

A figura 1 exibe no núcleo do sistema os beneficiários do ambiente de trabalho saudável como enfermeiros, pacientes, organização, sistema e sociedade e as linhas dentro do modelo são pontilhadas para indicar as interações sinérgicas entre todos os níveis e componentes do sistema⁽⁹³⁾.

O modelo sugere que o funcionamento do indivíduo é mediado e influenciado pelas interações entre ele e seu ambiente. Em nível de sistema, os componentes políticos interagem entre si e influenciam: financiamento da saúde, modelos de prestação de cuidados à saúde,

legislação da saúde e reformas da política de saúde. No nível organizacional, esses componentes interagem com o ambiente físico em que o cuidado é oferecido e com a organização de estruturas e processos criados para responder às exigências físicas do trabalho, como recursos humanos, políticas de saúde ocupacional e de segurança. Em nível individual, os componentes políticos influenciam: demandas de trabalho, cargas de trabalho, horários de trabalho, turnos de trabalho, exposição aos fatores de risco do ambiente do trabalho, ameaças à segurança pessoal.

Os componentes cultural, psicossocial e cognitivo, em nível de sistema influenciam: tendências de consumo, preferências por mudança de cuidado, mudança de papéis da família, diversidade da população e de prestadores de serviços, mudanças demográficas. Em nível organizacional, esses componentes influenciam: clima organizacional, cultura e os valores, onde se incluem a estabilidade organizacional, práticas de comunicação, relações de trabalho e gestão, cultura de aprendizagem contínua e apoio. Em relação ao nível individual, dentre os componentes cultural, psicossocial e cognitivo estão incluídas: exigências de trabalho que requerem capacidades cognitivas, psicológicas e sociais do enfermeiro, complexidade clínica, segurança no trabalho, relações entre a equipe, demandas emocionais, clareza de papéis e regras.

No que se refere aos componentes profissionais e ocupacionais, em nível de sistema, se incluem: políticas e regulamentos que influenciam as políticas sociais e de saúde dentro do campo de atuação de cada profissão. Em nível individual, esses componentes influenciam: expressão de atributos pessoais, habilidades, conhecimentos, compromisso com a assistência ao paciente/ organização/profissão, valores pessoais/éticos, prática reflexiva, resiliência, adaptabilidade, auto-confiança. No nível organizacional, os componentes profissionais e ocupacionais são característicos da natureza e do papel da profissão e inclui o grau de autonomia, o controle sobre a prática e relações interdisciplinares.

De acordo com a RNAO, são pressupostos do modelo de ambiente de trabalho saudável para enfermeiros que:

1. Os ambientes de trabalho saudáveis são essenciais para a qualidade do cuidado e segurança do paciente.
2. O modelo é aplicável a todos os cenários de prática da enfermagem.
3. Os três níveis de fatores (políticos; culturais, psicossociais e cognitivos; profissionais e ocupacionais) são determinantes de ambientes de trabalho saudáveis para enfermeiros.
4. Os três níveis de fatores impactam na qualidade do cuidado, resultados com pacientes, bem-estar dos enfermeiros, resultados organizacionais, desempenho do sistema, sociedade, seja individualmente ou através de interações sinérgicas.
5. Em cada nível, há componentes políticos, estruturais, cognitivos, psicológicos, sociais, culturais e profissionais.
6. Os fatores profissionais são exclusivos para cada profissão, enquanto os demais fatores são genéricos para todas as profissões⁽⁹³⁾.

As intervenções para promover ambientes de trabalho saudáveis devem ser destinadas aos vários níveis e componentes do sistema, sendo que elas influenciam não só os fatores dentro do sistema, como as interações entre eles⁽⁹³⁾.

Na mesma direção do conceito de ambiente de trabalho saudável da OMS e do modelo para ambiente de trabalho saudável para enfermeiros da RNAO, o *International Council of Nurses (ICN)* descreve o ambiente de trabalho saudável para o enfermeiro como o *ambiente favorável à prática profissional do enfermeiro*, que apoia a excelência, tem o poder de atrair e reter os enfermeiros e se caracteriza por: enquadramentos políticos e inovadores centrados no recrutamento e retenção de pessoal; estratégias para formação e retenção contínuas de

pessoal; remuneração adequada; programas de reconhecimento; equipamentos e materiais suficientes e um ambiente de trabalho seguro⁽⁹⁴⁾.

Em países onde a APS é o primeiro acesso ao sistema de saúde e, tendo o enfermeiro como um dos primeiros profissionais a acolher a população, é necessário avaliar até que medida problemas relacionados aos fatores organizacionais relacionados ao trabalho determinam a prática da enfermagem⁽⁹⁵⁾, favorecendo-a ou desfavorecendo-a.

Em relação ao desfavorecimento, um estudo denunciou que para encontrar alívio decorrente das dificuldades na prática, os enfermeiros desejam o papel de gerentes de enfermagem e quando são chamados a influenciar no clima organizacional como gerentes, ficam em posição desconfortável ao serem constrangidos a defender os discursos dominantes em oposição às prioridades profissionais da enfermagem⁽⁹⁶⁾. Em outro estudo as autoras concluíram que a formação do enfermeiro privilegiou a dimensão tecnológica em detrimento da dimensão crítica-reflexiva e política, com isso, os enfermeiros não reconheciam sua participação política no desempenho das funções gestoras⁽⁹⁷⁾, podendo desfavorecer a reorganização do trabalho fundamentado no modelo de vigilância à saúde e as prioridades profissionais da enfermagem na APS.

Por outro lado, no que se refere ao ambiente de trabalho favorável à prática profissional do enfermeiro, estudos internacionais mostram que ele pode trazer benefícios financeiros para as organizações no que diz respeito a: redução do absenteísmo, produtividade, custos de organização de cuidados de saúde⁽⁹⁸⁾ e custos decorrentes de eventos adversos relacionados à assistência à saúde⁽⁹⁹⁾.

No ambiente de trabalho saudável para enfermeiros, a oferta suficiente do profissional é fundamental para sustentar: acesso aos serviços de saúde, cuidados de saúde em tempo hábil e segurança dos pacientes⁽⁹¹⁾. Nesse sentido, há uma crescente compreensão da relação entre

os ambientes de trabalho do enfermeiro, resultados com paciente^(100,101) considerando o número de profissionais suficiente para a gestão do cuidado.

Enfermeiros que trabalham em ambientes com recursos humanos e materiais suficientes relatam experiências positivas de trabalho e melhor percepção da qualidade do cuidado⁽¹⁰²⁾. Satisfação do profissional, diálogo e suporte à equipe por parte da administração são essenciais para a garantia da segurança do paciente, contribui para a melhoria do cuidado em saúde e para a redução de eventos adversos ao paciente⁽¹⁰³⁾.

A avaliação é um componente da gestão e tem o potencial de contribuir para a tomada de decisão mais objetiva no sentido de possibilitar intervenções, reorganização das práticas de saúde⁽¹⁰⁴⁾ visando à melhoria do serviço prestado, da saúde dos usuários e da saúde dos profissionais enfermeiros.

As variáveis estudadas para a avaliação do ambiente da prática profissional na APS, a partir das percepções do enfermeiro, se referem principalmente ao nível organizacional do modelo proposto pela RNAO, o que oportuniza as considerações acerca da organização da APS no Brasil, a qual orienta a organização da APS no município em que a coleta de dados do presente estudo foi realizada.

O Brasil é o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema de saúde universal, público e gratuito. A APS se consolida na década de 90, no contexto de ampliação da descentralização do SUS e da mudança de modelo assistencial, buscando dar destaque às ações de caráter preventivo e de enfrentamento de determinantes de saúde⁽⁴⁴⁾.

No contexto da APS, o enfermeiro é um dos alicerces para a implementação de políticas públicas de saúde⁽¹⁰⁵⁾. Serviços de enfermagem eficientes, com ampliação de sua capacidade e competência, em ambientes de trabalho positivos e favoráveis à prática profissional são

fundamentais para contribuir no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pactuado na Organização das Nações Unidas (ONU) para 2015⁽¹⁰⁶⁾.

Por se tratar de uma política pública de saúde, as características da APS no Brasil estão fundamentadas na legislação que a orienta a partir da CRFB ⁽¹⁾, seguida da LOS^(2,3), do decreto que regulamenta a LOS⁽¹⁰⁷⁾, da portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁰⁸⁾, revisando diretrizes e normas para a organização da AB, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Há quatro interpretações principais para APS: como atenção primária seletiva, como nível primário de acesso ao sistema de atenção à saúde (porta de entrada), como estratégia de organização dos sistemas de saúde e com enfoque de saúde como direito humano.

APS como atenção primária seletiva refere-se a um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece exclusivamente um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referências e níveis de atenção de maior densidade tecnológica⁽¹⁰⁹⁾.

APS como nível primário do sistema de atenção à saúde refere-se ao modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, de modo a minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas da população restritas às ações de atenção de primeiro nível⁽¹¹⁰⁾, em geral está relacionada à oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família⁽¹¹¹⁾.

APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde refere-se a uma forma de organizar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS com a rede de atenção à saúde (RAS)⁽⁴⁵⁾.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe uma quarta interpretação de APS como enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superam os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas, transparentes, apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde⁽¹¹¹⁾.

A renovação da APS é fundamentada nas seguintes razões pela OPAS: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar, é preciso corrigir debilidades e incoerências dos enfoques mais limitados de APS, é necessário incorporar à prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar a efetividade do SUS, é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a sociedade para reduzir desigualdades em saúde, a APS constitui prática sólida para abordar e superar a falta de saúde e desigualdades⁽⁴⁵⁾.

As primeiras três decodificações de APS convivem dentro de um mesmo país ao mesmo tempo⁽⁴⁵⁾ e a quarta decodificação pode ser verificada em textos legais^(1,2,108). No entanto, há distanciamento entre o que se verifica em textos legais e a prática cotidiana no que se refere à APS. Embora a expressão *atenção primária à saúde (APS)* seja internacionalmente aceita, no Brasil foi adotada também a expressão *atenção básica*, considerando-a nomenclatura equivalente a APS⁽¹⁰⁸⁾.

O SUS é um sistema de saúde em constante construção no Brasil e têm muitos desafios de ordem financeira, operacional, estrutura e gestão a serem enfrentados. Além disso, os ganhos obtidos em saúde não são cumulativos, nem permanentes. Evidências demonstram que países que estruturam seus sistemas de saúde com base numa APS forte e resolutiva, coordenadora do cuidado do usuário, têm resultados sanitários melhores⁽⁴⁵⁾.

APS ou ABS se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de

desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁽¹⁰⁸⁾.

O conjunto das ações dá consistência prática ao conceito de vigilância em saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde a fim de garantir a integralidade do cuidado⁽¹¹²⁾ e o primeiro nível de atenção à saúde sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação⁽¹¹³⁾.

Dentre as características importantes da APS destacam-se que: é considerada porta de entrada⁽¹¹⁴⁾ para as ações e serviços de saúde nas redes de atenção à saúde (RAS), além da atenção de urgência e emergência, da atenção psicossocial e dos serviços especiais de acesso aberto e é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações⁽¹⁰⁸⁾.

Não obstante há uma tendência de baixa valorização política, econômica e sanitária da APS, por não ser espaço sanitário prioritário para políticos, grandes prestadores de serviços, complexo industrial da saúde e até mesmo para a população⁽⁴⁵⁾. Nos países em desenvolvimento em que, em geral, a APS não se consolida, os problemas decorrem principalmente das fragilidades da concepção de atenção primária seletiva⁽⁴⁵⁾.

Embora a APS seja caracterizada como estratégia organizadora da RAS⁽¹⁰⁸⁾, no Brasil vigi a concepção de APS prestada a regiões e pessoas pobres e à concepção de porta de entrada, limitada à prestação de serviços de com forte conteúdo de demanda espontânea⁽⁴⁵⁾.

A APS é orientada pelos seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade

e participação social⁽¹⁰⁸⁾. O decreto que regulamenta a LOS enfatiza que a APS tem como atributos essenciais a longitudinalidade do cuidado e a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde^(108,115) como: integração entre ações programáticas e demanda espontânea; articulação entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação, manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; integração entre trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe e; integração gestão do cuidado integral do usuário e coordenação no conjunto da rede de atenção⁽¹⁰⁸⁾.

A organização da AB pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica⁽¹⁰⁸⁾. Neste ambiente da prática profissional, as enfermeiras são articuladoras do trabalho multiprofissional ao intervirem nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, no contexto sócio-ambiental comunitário⁽¹¹²⁾.

Entre os fundamentos e diretrizes da APS também se destaca o estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar-lhes a autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde do território, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir da lógica centrada no usuário e no exercício do controle social⁽¹⁰⁸⁾.

O acesso às ações e serviços de saúde iniciado pelas portas de entrada do SUS se completa na rede regionalizada e hierarquizada, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para contribuir com o funcionamento RAS, a APS deve cumprir as seguintes funções: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar a RAS⁽¹⁰⁸⁾.

Um aspecto importante da organização da APS é a estratégia de *educação permanente em saúde*, apontado como importante perspectiva de aprendizagem no trabalho, pois têm como

objetivos a transformação das práticas sociais e da própria organização do trabalho^(116,117), devendo ser encarado também como uma importante *estratégia de gestão*, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho⁽¹⁰⁸⁾.

Para dar conta da integralidade da assistência, um dos princípios ordenadores do SUS, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), combinando elementos da atenção primária seletiva com o primeiro nível de atenção do SUS⁽⁴⁵⁾, hoje designado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é um modelo que procura reorganizar a AB de acordo com os preceitos do SUS⁽¹¹⁸⁾ e é tida pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pela Comissão Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e pela Comissão Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica⁽¹⁰⁸⁾.

A ESF funciona com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é uma estrutura vinculada à APS para ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde, para tentar dar conta principalmente das condições crônicas de saúde⁽⁴⁵⁾, privilegiando a construção de redes de atenção ao cuidado, ampliando sua resolutividade⁽¹¹⁹⁾.

A equipe multiprofissional na ESF deve ser composta por médico (generalista ou especialista em saúde da família), enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar os profissionais de saúde bucal⁽¹⁰⁸⁾. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, um máximo de 12 agentes por equipe; cada equipe deve ser responsável por até 4.000 pessoas⁽¹⁰⁸⁾.

Embora a OMS, a OIT e a 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tenham recomendado jornada de trabalho de 30 horas semanais para a enfermagem⁽¹²⁰⁾, a carga horária dos profissionais da equipe de saúde da família preconizada é de 40 horas semanais, à exceção dos médicos⁽¹⁰⁸⁾. O gestor pode autorizar a dedicação de até oito horas de trabalho na rede de urgência do município ou para pós-graduação em área relacionada à saúde da família ou para a educação permanente e apoio matricial⁽¹⁰⁸⁾.

Os processos de trabalho das equipes devem ser organizados de acordo com as características que orientam a APS⁽¹⁰⁸⁾, a saber:

1. Definição do território de atuação e da população sob a responsabilidade das unidades de saúde e das equipes da ESF.
2. Programação e implementação de atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, com priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.
3. Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de risco e fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.
4. Realização de acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências.
5. Promoção de atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.
6. Realização de atenção à saúde em: unidade básica de saúde (UBS), domicílio e locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) que comportem a ação planejada.

7. Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

8. Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como: participação coletiva nos processos de gestão, valorização da autonomia e protagonismo dos sujeitos implicados na produção de saúde, compromisso com a ambiência e condições de trabalho e cuidado, constituição de vínculos solidários, identificação das necessidades sociais e organização do serviço.

9. Participação no planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações da equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

10. Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.

11. Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

12. Realização de atenção domiciliar e cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar⁽¹⁰⁸⁾.

Embora a nova PNAB tenha estabelecidos critérios para organização dos processos trabalho na APS, ela é um problema complexo, com problemas estruturais complexos, baixos recursos alocados⁽⁴⁵⁾ que limitam sua operacionalização efetiva para cuidar dos problemas de saúde da população relacionados às condições agudas, condições crônicas e condições crônicas agudizadas.

A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde; a territorialização implica no mapeamento e segmentação da população por território; o diagnóstico da situação da saúde da população do território é realizado mediante o cadastramento das famílias e

indivíduos, a geração de dados e o planejamento estão fundamentados na realidade local para viabilizar a programação de atividades segundo os critérios de risco à saúde⁽¹¹³⁾.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento da UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado⁽¹⁰⁸⁾.

Pelas características da atenção primária, ela se constitui em importante área de atuação do enfermeiro para desenvolver e articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população⁽¹¹⁵⁾. No entanto, a ESF está longe de consolidar-se na prática institucional porque não foram dadas as condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse⁽⁴⁵⁾.

Sem perder de vista o trabalho compartilhado na APS, na ESF e as prerrogativas do enfermeiro de exercer privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e a chefia do serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico em enfermagem^(6,7), cabe ao enfermeiro atender indivíduos e famílias cadastradas, realizando consultas e procedimentos de enfermagem, atividades em grupo, encaminhar usuários a outros serviços, realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, realizar gerenciamento e avaliação da equipe de enfermagem, gerenciamento e avaliação das atividades da equipe e do ACS e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos⁽¹²¹⁾.

Diante da complexidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na APS e suas conexões com diferentes serviços e pessoas, torna-se imperativo que os enfermeiros que nela atuam, se apercebam de autonomia, controle sobre o ambiente da prática profissional, boas relações profissionais com os médicos, suporte organizacional, satisfação no trabalho, percepção de boa qualidade do cuidado oferecido aos usuários, pouco ou nenhum sentimento

relacionado à SB e sem intenção de deixar o trabalho atual e a profissão. No entanto, nem sempre o ambiente da prática dispõe de atributos favoráveis, constituindo-se em desafios diários para o enfermeiro tolerar o trabalho na APS.

Embora a expansão do acesso à saúde por meio da ESF favoreça a ampliação do mercado de trabalho para os enfermeiros em todo o país⁽¹²²⁾ este mercado de trabalho está em constante flutuação⁽⁴⁴⁾. Demandas de trabalho, cargas de trabalho, horários de trabalho, turnos de trabalho, exposição aos fatores de risco do ambiente do trabalho, ameaças à segurança pessoal podem tornar o ambiente de trabalho pouco atraente para enfermeiros, implicando em rotatividade de pessoal ou *turnover*⁽⁹⁴⁾, diminuição da produtividade e da qualidade do serviço⁽¹²³⁾.

Ao analisar a estrutura e a organização do trabalho do enfermeiro, é necessário abordar as influências externas à instituição como: capitalismo, globalização da economia e mercado de trabalho, que afetam o país, a população, os trabalhadores⁽⁴³⁾ e o financiamento da saúde.

A APS é fortemente vinculada aos mecanismos de repasses financeiros de base *per capita* aos municípios⁽⁴⁴⁾, seu financiamento com recurso público é insuficiente⁽⁴⁵⁾ e decorre do subfinanciamento estadual e federal no SUS, que associado à lei de responsabilidade fiscal, compeli municípios a limitar gastos com pessoal de saúde, substituindo-os por “terceiros”, cooperativas, organizações não governamentais, organizações sociais etc, que resultam na precarização das relações de trabalho e da gestão do trabalho em saúde⁽¹²⁴⁾.

Nessa situação, estatutários e celetistas públicos são nivelados por baixo em termos de remuneração, plano de carreira, condições de trabalho, educação permanente e participação na gestão⁽¹²⁰⁾, refletindo na insuficiência em número de profissionais e de insumos^(45,120,121), aumentando filas de espera para agendamentos para exames, consultas, encaminhamentos de internações e retornos para a população usuária dos serviços de saúde⁽¹²⁰⁾.

Este problema é constantemente veiculado nos meios de comunicação, podendo alimentar a percepção entre a população leiga, a respeito da enfermagem e de outros profissionais de saúde com cargas de trabalho excessivas, como ineficientes⁽¹²⁶⁾.

Por outro lado, as dificuldades para implantação de modelos de atenção à saúde, com base em princípios de territorialização, clientela adstrita e demanda planejada caracterizam outro problema a ser enfrentado pelos enfermeiros na APS, em áreas urbanas densamente habitadas, de crescimento desordenado e com intensa mobilidade populacional⁽⁴⁴⁾.

Considerando a complexidade e os desdobramentos dos diferentes processos de trabalho em saúde, especialmente, na prática profissional do enfermeiro na APS, pesquisadores identificaram e elencaram diversas fontes de insatisfação no trabalho do enfermeiro como: descompasso da assistência à saúde enquanto resultado da deformação do sistema de saúde; incoerência entre as necessidades e as finalidades do trabalho em saúde; existência de uma fragilidade teórica por um lado, e de uma cristalização da prática, por outro; adesão ainda presente ao modelo biomédico de saúde e ausência de políticas de saúde claras e consistentes com a mentalidade social em construção⁽³⁵⁾.

Destaca-se que usuários, agentes comunitários e profissionais de saúde interferem nos processos de acordo com suas representações culturais de saúde que servem de filtros para aceitar ou rejeitar práticas e estruturas organizacionais novas⁽¹²⁷⁾, configurando outro problema a ser enfrentado no ambiente da prática profissional do enfermeiro da APS para a efetivação da ESF.

Em estudo acerca do trabalho cotidiano da enfermeira na ESF, as autoras concluíram que “as enfermeiras mobilizam o saber aprender e o saber conviver” de acordo com o grau de autonomia e domínio do profissional na ação que possuem⁽¹²⁸⁾. No entanto, se autonomia e domínio profissional são insuficientes, o saber fazer e o saber conviver, passam a constituir mais um desafio para enfermeiros e gestores no ambiente da prática profissional na APS.

Em outro estudo acerca de recursos humanos, as autoras concluíram que a AB inovou, de forma radical, a estrutura do trabalho, porem a mensuração dos resultados continua tradicional, cotejando consultas, visitas domiciliárias, grupos, procedimentos, privilegiando o registro da produtividade individual, em detrimento das dimensões qualitativas propostas pós reforma sanitária como acolhimento, escuta, orientações, vínculo e co-responsabilização, dada a intangibilidade dessas ações⁽¹²⁹⁾, representando outro desafio na prática profissional do enfermeiro da APS.

Mais um desafio com que se depara o enfermeiro da APS, especialmente os que possuem pouco tempo de vivência profissional, é o distanciamento entre o que é ensinado nos cursos de graduação em enfermagem e aquilo que o profissional vivencia em sua prática⁽¹⁰⁵⁾, incluindo a exposição aos fatores de risco à saúde no ambiente, à falta de recursos humanos e insumos materiais, o subfinanciamento^(44,120,121), uma vez que a academia tende a privilegiar a formação técnico-assistencial em ambiente controlado⁽¹⁰⁵⁾, em detrimento da formação critico-reflexiva e política⁽⁹⁷⁾.

O desenvolvimento tecnológico, sociocultural e as consequências da globalização proporcionam benefícios ao mundo moderno em contrapartida, transformaram o mundo do trabalho impondo novas relações no mercado de trabalho, marcadas pela desregulamentação das relações de trabalho; novos mecanismos de gestão e exigências de novos perfis profissionais, caracterizados pela ampliação das dimensões intelectuais do trabalho e polivalência e multifuncionalidade do trabalhador⁽¹³⁰⁾.

Nessa situação, aos riscos ocupacionais já conhecidos, somam-se novas questões relacionadas aos modos de organizar os processos de trabalho para atender às demandas da população e aos pressupostos que orientam as políticas de reorganização da APS⁽⁴⁴⁾, aumentando a insegurança⁽¹⁰⁵⁾ e à exposição dos profissionais aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho.

No ambiente de prática em APS, os enfermeiros desenvolvem processos simultâneos de assistência e gerência, além de educação, pesquisa e participação política⁽¹³¹⁾ e devem se apropriar das normas que regem o sistema, as quais são periodicamente atualizadas, o que pode representar outro desafio na prática profissional.

Assim, a prática do enfermeiro é caracterizada principalmente pela dicotomia entre ações assistenciais e gerenciais e por tensões decorrentes da divisão de tarefas em torno da gestão do trabalho coletivo, resultando em conflito com os médicos e com a gestão central no qual a responsabilização de forma desigual é percebida pelo enfermeiro como uma sobrecarga no trabalho⁽¹³²⁾.

Por outro lado, no ambiente da prática profissional, outro aspecto que desafia o enfermeiro na APS é que ele ocupa o papel de líder na equipe, com a coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, além de realizar atividades assistenciais específicas e compartilhadas como consultas e procedimentos de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares e ações de vigilância⁽¹³²⁾.

Os modelos assistenciais vigentes nas UBS são o da AB tradicional considerada tecnologia tradicional e a ESF considerada inovação tecnológica⁽¹³³⁾. No entanto, no ambiente em que vigoram os dois modelos, o enfermeiro desenvolve atividades relacionadas à atenção básica tradicional, com foco na doença do usuário e orientada por intervenções médico-curativas, ao mesmo tempo em que tem atuação relacionada à expansão e consolidação da ESF, com foco na família e suas relações sociais, orientada pelos princípios do SUS⁽¹³³⁾, incorporando elementos da vigilância à saúde⁽¹³⁴⁾. Dois modelos implicam em diferentes processos de trabalho, exigem mais esforços cognitivos e cargas de trabalho excessivas a serem suportadas no ambiente da prática profissional do enfermeiro da APS, gerando insatisfação, estresse⁽¹³⁵⁾, efeitos adversos e erros humanos ocasionados pela pressa⁽¹²⁶⁾.

O modelo biomédico representa o paradigma científico e cultural vigente para a maioria dos profissionais de saúde e também para muitos usuários, logo, esse modelo biomédico atravessa as novas propostas e estratégias de saúde gerando estrangulamentos⁽¹²⁷⁾.

O modelo de unidades básicas tradicionais, postos e centros de saúde que vinha orientando há décadas a implantação de serviços, fez com que prevalecesse um fluxo de atendimento guiado pela demanda espontânea e atendimento por programas (tuberculose, hipertensão, imunizações e outros)⁽⁴⁴⁾. Assim, embora gestores e profissionais explicitassem o desejo e a intencionalidade de efetivar mudanças, via ampliação da ESF, constata-se a dicotomia entre as dimensões político-ideológicas do trabalho e as práticas⁽⁴⁴⁾, resultando em problemas de acesso e resolutividade dos serviços; demanda incompatível com o quantitativo e qualificação dos profissionais^(124,125); problemas de estrutura física e equipamentos indisponíveis^(45,124,125). Tal situação constitui-se em grande desafio nos processos de trabalho da enfermagem na APS.

Esses problemas denunciam a fragilidade na universalização e integralidade das ações na APS no Brasil⁽¹³³⁾ e têm o potencial de gerar uma imagem negativa para o enfermeiro na APS, contribuindo para aumentar a intenção de deixar o trabalho⁽⁷⁶⁾, a intenção de deixar a profissão^(76, 77) e o abandono da profissão^(83,86).

Atuar em ambiente desfavorável à prática profissional, com pouco controle torna o custo cognitivo elevado para o profissional, exigindo habilidades e competências complexas para o enfermeiro que atua no ambiente da APS, pois os processos de trabalho requerem esforços adicionais para a superação das dificuldades que exigem o desenvolvimento de estratégias, a previsão de acontecimentos futuros e o esforço intelectual para a resolução de problemas⁽¹³⁶⁾.

O cotidiano do trabalho é cada vez mais impregnado de violência, que pode ser explícita, sutil e perversa⁽⁴⁸⁾. Nesse contexto, destacam-se os esforços para superar o medo⁽⁴⁹⁾

e o sofrimento psíquico, gerado pela exposição às diferentes formas de violência *do* trabalho, violência *no* trabalho e violência *indireta*⁽¹³⁷⁾.

A violência *do* trabalho refere-se à deterioração das condições de trabalho e novos paradigmas de produtividade, a violência *no ambiente de* trabalho envolve comportamentos e relação com superiores, pares, clientes e público⁽¹³⁸⁾ e a violência *indireta* decorre do convívio com situações de miséria intensa, contato presencial ou indireto com vítimas da violência e seus agressores, associada à falta de recursos para resolvê-las⁽¹³⁹⁾. Os profissionais que atuam na APS carregam a responsabilidade de lidar com uma clientela portadora de uma diversidade de sofrimentos, dentre eles os psíquicos, sendo que a estrutura atual do SUS não é suficiente na oferta de respostas à ocorrência de violência⁽¹⁴⁰⁾.

Outra modalidade de violência no ambiente da prática profissional do enfermeiro é o *assédio moral* que tem sido alvo de reflexões, pois quando ocorre sistematicamente, atenta contra a integridade e dignidade psíquica ou física da pessoa assediada, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho⁽¹⁴¹⁾, com o potencial de desestruturar completamente a vida da pessoa, não apenas no que concerne ao trabalho, mas na sua autoestima, valorização pessoal⁽⁴³⁾ e vida familiar.

Estudo com enfermeiros do setor público e privado demonstrou que 11,56% deles foram identificados como vítimas de assédio moral⁽¹⁴²⁾. Práticas de assédio moral acontecem a portas fechadas, não sendo formalmente reconhecidas e verificadas, tornando-se institucionalizadas⁽¹⁴³⁾. No ambiente da prática profissional, as formas de agressões do assédio são variáveis e quanto mais o agressor sobe na hierarquia e na escala sociocultural, mais as agressões são sofisticadas, perversas e difíceis de caracterizar⁽¹⁴¹⁾.

Mais um desafio enfrentado pelos enfermeiros no ambiente da prática profissional é o *sofrimento moral* em decorrência do desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando eles não podem executar ações moralmente adequadas frente a

um problema por causa de barreiras individuais, institucionais ou sociais⁽¹⁴⁴⁾. As circunstâncias associadas aos problemas morais e sofrimento moral, no cotidiano do trabalho do enfermeiro são vivenciadas em situações de práticas profissionais questionáveis; obstinação terapêutica, desigualdade na distribuição de recursos⁽¹⁴⁵⁾; sobrecarga de trabalho e quando há desconsideração de suas opiniões nas tomadas de decisões, gerando sentimento de frustração, impotência⁽¹⁴⁶⁾ e síndrome de *burnout*, um problema emergente no ambiente da prática profissional na APS que desafia enfermeiros, gestores e profissionais da área de saúde do trabalhador.

A reestruturação da produção do cuidado em saúde produziu diferentes modelos assistenciais que implicaram em diferentes dinâmicas organizacionais⁽¹³³⁾, impactaram nos processos de trabalho do enfermeiro e os expuseram às cargas psíquicas⁽³⁹⁾ resultando em desgaste do trabalhador, isto é, perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica com reflexo na execução de seu trabalho⁽³⁶⁾. O desgaste dificulta o desempenho e acentua a insatisfação com as vivências laborais⁽¹⁴⁷⁾.

As pressões advindas da mudança da racionalidade do trabalho, sobretudo quando o suporte organizacional é deficiente, podem levar ao esgotamento e à baixa realização profissional⁽¹⁴⁸⁾. Quando é mantida a exposição aos fatores de estresse percebidos como fatores de risco à saúde pelo trabalhador no ambiente de trabalho, sem mecanismos eficazes de enfrentamento, o trabalhador desenvolve a síndrome de *burnout* (SB)⁽²²⁾. Trata-se de uma síndrome tridimensional caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal reduzida que acomete especialmente os trabalhadores que lidam com outros seres humanos⁽¹⁴⁹⁾ e resulta da qualidade das relações entre sujeito, seu ambiente de trabalho, tipo de gestão e valores institucionais⁽²¹⁾. Quanto maior a incongruência entre valores institucionais, expectativas e objetivos do trabalhador e ambiente de trabalho, maior a probabilidade de desenvolver a SB⁽²¹⁾.

Alguns autores enfatizam que a SB é uma condição de sofrimento psíquico relacionado à organização do trabalho^(149,150) no qual contexto de trabalho e relações interpessoais contribuem para o seu desenvolvimento⁽¹⁵¹⁾, razão pela qual a SB é reconhecida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil como doença relacionada ao trabalho⁽¹⁵²⁾. O processo de *burnout* é considerado sequencial começando com exaustão emocional, seguida de despersonalização e concluindo com realização pessoal reduzida⁽¹⁵³⁾, sendo consenso de que a identificação de uma dessas dimensões já indica o aparecimento da SB.

A exaustão emocional ou desgaste emocional é o sentimento de estar emocionalmente sobrecarregado e esgotado pelo trabalho, compreende a fadiga e a perda de recursos emocionais para lidar com a situação estressora^(154,155). Depois da exaustão emocional, segue a despersonalização, no sentido de desumanização, com a percepção de deterioração da competência em resolver problemas⁽¹⁵¹⁾, insensibilidade emocional em relação aos destinatários do serviço, colegas e à organização⁽¹⁵⁵⁾. Nesta dimensão as manifestações mais comuns são: ansiedade, aumento da irritabilidade, perda da motivação, redução de metas de trabalho e comprometimento com resultados, redução do idealismo, alienação e conduta voltada para si⁽¹⁵⁶⁾. Finalmente, a realização pessoal é reduzida e o trabalhador se autoavalia de forma negativa, com sentimento de incompetência⁽²¹⁾ tornando-se infeliz e insatisfeito no trabalho⁽¹⁵⁵⁾. Quando a realização pessoal é reduzida o profissional percebe o trabalho como estressante, sente que convive com pessoas que atrapalham o ambiente laboral e não consegue participar de resoluções da instituição, tornando difícil controlar os recursos necessários para a sua realização do trabalho⁽¹⁵⁷⁾, em um contexto em que a responsabilidade excede a autonomia e a autoridade⁽¹⁵⁸⁾ indicando que o trabalho não é fonte de realização⁽²¹⁾.

A SB não aparece de forma brusca, mas constitui a fase final de um processo contínuo, com sensação de: inadequação ao posto de trabalho, falta de recursos para enfrentar o trabalho, carência de formação necessária para o trabalho e diminuição da capacidade de resolver problemas⁽¹⁵⁴⁾.

Enquanto a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho de enfermeiros têm sido identificados como questões-chave em recrutamento e retenção⁽⁹³⁾, o absenteísmo e a escassez de recursos humanos em enfermagem têm levado enfermeiros a suprimirem dias de descanso, tornando-os mais propensos a desenvolver agravos à saúde física e mental devido à carga de trabalho que suportam⁽¹⁵⁹⁾, além de impedi-los de oferecer cuidado de qualidade o tempo todo, enfraquecendo o seu desempenho e os afastando de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão⁽⁸³⁾. Ademais, estudos indicam que longos períodos de tensão profissional afetam as relações pessoais e aumentam a baixa por motivo de doença, conflito, insatisfação profissional, rotatividade e ineficiência⁽¹⁶⁰⁾.

Contrapondo-se ao absenteísmo, tem-se o *presenteísmo* que designa a condição em que as pessoas comparecem no ambiente laboral, porém realizam as atividades inerentes à sua função de modo improdutivo e sem apresentar bom desempenho em razão de problemas de saúde como músculo-esqueléticos, respiratórios (síndromes gripais, asma), depressão, estresse e exaustão emocional⁽¹⁶¹⁾. Avaliar o presenteísmo é um desafio na instância administrativa das instituições de saúde, pois sua visibilidade pode resultar na ocorrência de faltas e de afastamentos afetivos⁽¹⁶²⁾.

Portanto, assegurar a satisfação profissional no ambiente de trabalho, embora seja um desafio para gestores e enfermeiros, é a chave para promover a saúde do trabalhador de saúde, recrutar, reter e aumentar o contingente de bons profissionais nas instituições de saúde⁽¹⁵⁹⁾. Por outro lado, construir, fortalecer a capacidade dos trabalhadores em saúde, prover treinamento contínuo, obter informações sobre os tipos e os níveis de habilidades desses trabalhadores são meios para desenvolver a força de trabalho em enfermagem, identificados como saída para a “crise atual dos recursos humanos em saúde”⁽¹⁶³⁾.

1.3 Justificativa

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica de um país⁽²⁾. Por isso o Brasil precisa de serviços de saúde de boa qualidade em todos os níveis de atenção, a começar da atenção primária que teria o potencial de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Bons serviços de saúde na atenção primária requerem bons ambientes de trabalho, bons profissionais de saúde e enfermeiros satisfeitos com o trabalho e comprometidos com: qualidade da assistência, segurança do paciente e consolidação da política de saúde pública, o SUS. Logo interessa à sociedade investigar o ambiente da prática profissional do enfermeiro na APS a fim de evidenciar suas fragilidades e potencialidades e produzir informações para subsidiar intervenções que proporcionem ambientes favoráveis à prática profissional, à qualidade e a segurança no processo de cuidado e à saúde dos trabalhadores.

Considerando que não existem estudos no Brasil que avaliem o ambiente da prática profissional em atenção primária, optou-se por dar início à investigação descrevendo, analisando e correlacionando variáveis percebidas no ambiente da prática profissional do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS) em um município do estado de São Paulo.

Espera-se que os resultados desta investigação permitam que enfermeiros, gestores públicos da saúde, gestores de recursos humanos em saúde e profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador, reavaliem os diferentes aspectos que envolvem o ambiente de trabalho na APS, entre eles, as questões profissionais e organizacionais que influenciam a prática e o contingente de enfermeiros, no sentido de criar condições que favoreçam as práticas fundamentadas no modelo de vigilância em saúde, com valorização das tecnologias leves e leve-duras, em busca da integralidade, da resolutividade entre outros princípios que orientam o SUS no Brasil.

Trata-se de tema de relevância social que transcende as áreas de: gestão de serviços de saúde, gestão de recursos humanos em saúde e saúde do trabalhador, promovendo a

comunicação necessária entre todas, e atende às prioridades de pesquisa em saúde no Brasil, América Latina e Caribe, no que diz respeito a: recursos humanos em saúde para alcançar cobertura universal⁽⁹⁾, saúde, ambiente, trabalho, impacto da reestruturação do trabalho sobre a saúde, onde se incluem os riscos psicossociais do trabalho e o fatores organizacionais do trabalho e informação em saúde⁽⁸⁾.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Esta pesquisa tem por objetivo geral avaliar percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional do enfermeiro na atenção primária à saúde em município com mais de um milhão de habitantes do sudeste brasileiro. Os objetivos específicos foram descritos a seguir.

2.2 Específicos

- a) Descrever o perfil profissional e sociodemográfico dos enfermeiros.
- b) Descrever as percepções dos enfermeiros acerca de satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem.
- c) Descrever as percepções dos enfermeiros acerca do ambiente da prática profissional, segundo as subescalas do *Nursing Work Index - Revised*: autonomia, controle sobre o ambiente da prática profissional, relação profissional entre enfermeiro e médico e suporte organizacional.
- d) Mensurar o nível das dimensões da síndrome de *burnout*, segundo as subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.
- e) Analisar correlações entre percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional, segundo as subescalas do *Nursing Work Index - Revised* e as dimensões da síndrome de burnout, segundo as subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach.
- f) Analisar correlações entre percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional, segundo as subescalas do *Nursing Work Index - Revised* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e a intenção em deixar a enfermagem.

- g) Analisar correlações entre as dimensões da síndrome de *burnout* segundo as variáveis do Inventário de *Burnout* de Maslach e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e a intenção em deixar a enfermagem.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e correlacional que descreve relações e infere conexões entre as variáveis⁽¹⁶⁴⁾.

3.2 Local do estudo

O estudo ocorreu em 63 centros de saúde (CS) pertencentes a cinco distritos sanitários na cidade de Campinas. Na época da coleta de dados, o número de CS por distrito era de: 11 CS no distrito norte; 17 CS no distrito no sul; 10 CS no distrito leste; 12 CS no distrito sudoeste e 13 CS no distrito noroeste. O número de habitantes, potenciais usuários dos CS estimado foi de 293.565 habitantes no distrito sul; 242.493 habitantes no distrito leste; 206.294 habitantes no distrito sudoeste; 205.532 habitantes no distrito norte e 160.168 habitantes no distrito noroeste⁽¹⁶⁵⁾.

Campinas é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do município e por ser um centro de referência regional para o setor saúde, o município de Campinas também absorve a demanda da região, sobrecarregando o seu próprio sistema municipal local tanto na atenção primária como na assistência secundária e terciária⁽¹⁶⁶⁾.

3.3 População e amostra

Com a intenção de convidar todos os enfermeiros que trabalhavam na atenção primária à saúde do município de Campinas a participarem da pesquisa, foi obtida uma lista do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), referente ao mês de fevereiro de 2012, com registro de 287 enfermeiros, a qual englobava os enfermeiros dos 63 CS e os das equipes da ESF. Estes enfermeiros estavam distribuídos da seguinte forma: 48 enfermeiros nos CS e ESF vinculados ao distrito norte; 70

enfermeiros nos CS e das ESF vinculados ao distrito sul; 43 enfermeiros nos CS e das ESF vinculados ao distrito leste; 58 enfermeiros nos CS e das ESF vinculados ao distrito noroeste e 68 enfermeiros nos CS e das ESF vinculados ao distrito sudoeste.

Foi considerado como critério de inclusão pertencer a um dos 63 CS ou da equipe da ESF, vinculada aos distritos sanitários do município e, foram critérios de exclusão: estar ausente ou em gozo de férias ou licença ou cedido para outra instituição, no momento da coleta de dados, bem como recusas e omissões.

No entanto, na APS o quadro de trabalhadores de enfermagem é planejado de forma empírica e gera distorção entre a alocação e a real necessidade da unidade de saúde⁽¹⁶⁷⁾, o que dificultou que se conhecesse com exatidão a população real do estudo no período da coleta de dados.

Apesar disso, o número de enfermeiros elegíveis para esta investigação foi estimado considerando-se: (1) a relação de 287 enfermeiros, presentes e ausentes, referente ao mês de fevereiro de 2012; (2) o cenário político no ano de 2012 em que ocorreu greve dos profissionais da saúde e extinção do contrato de trabalho temporário de profissionais de saúde e baixas, inclusive de enfermeiros; (3) o Índice de Segurança Técnico (IST) que deve ser previsto para a cobertura de absenteísmo e de ausências do trabalho⁽¹⁶⁸⁾. Não houve utilização de estratégias para a estimulação de participação na pesquisa nem de recaptura⁽¹⁶⁹⁾. A participação na pesquisa se deu de forma voluntária, livre e esclarecida.

A partir da relação de 287 enfermeiros, 266 foram localizados, convidados a participar da pesquisa e receberam envelope contendo os instrumentos de coleta de dados e o termo de consentimento livre e esclarecido. Dezesete ausências e quatro recusas foram contabilizadas. Dos 266 envelopes distribuídos aos potenciais participantes, 219 foram recuperados e 47 não foram devolvidos e considerados como número de omissões.

Dos 219 envelopes recuperados, 21 não foram preenchidos e também contabilizados como número de omissões. A amostra resultou em 198 enfermeiros, sendo 42 do distrito norte; 42 do distrito sul; 35 do distrito leste, 39 do distrito noroeste e 40 do distrito sudoeste.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para este estudo foi utilizada uma ficha de caracterização pessoal e profissional do enfermeiro e os seguintes instrumentos: versão brasileira do *Nursing Work Index Revised (NWI-R)*⁽¹⁷⁰⁾ e versão brasileira do Inventário de *Burnout* de Maslach (IBM)⁽¹⁷¹⁾.

3.4.1 Ficha de caracterização pessoal e profissional do enfermeiro

A ficha de caracterização do enfermeiro, adaptada de outros estudos⁽¹⁷²⁻¹⁷⁴⁾, descreve variáveis pessoais como: idade (anos); sexo (feminino e masculino); estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado, divorciado, outros); tempo de formado (anos); formação (pós-graduação *latu sensu* e pós-graduação *strictu sensu*); se possui outra graduação (sim ou não); variáveis profissionais como: unidade em que trabalha (nome do CS); tipo de vínculo de trabalho (regime estatutário, regime da consolidação das leis do trabalho/CLT com contrato por prazo indeterminado e regime da CLT com contrato por prazo determinado); turno de trabalho (manhã, tarde, noite e outro/misto); tempo de trabalho na unidade básica de saúde (anos); tempo de trabalho na prefeitura (anos); se possui outro vínculo de trabalho (sim ou não); carga horária semanal de trabalho incluindo outro vínculo (horas) e outras variáveis como: número de profissionais adequado para a assistência prestada (sim ou não); recursos adequados (sim ou não); satisfação no trabalho (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito); percepção da qualidade do cuidado prestado aos usuários na unidade (muito ruim, ruim, boa, muito boa); intenção de deixar o trabalho atual (escala analógico-visual de zero/nenhuma a 100/muita milímetros) e intenção de deixar a enfermagem (escala analógico-visual de zero/nenhuma a 100/muita milímetros) (Apêndice 1).

3.4.2 Versão brasileira do *Nursing Work Index Revised*

O *NWI-R* tem por objetivo mensurar a presença de determinadas características do ambiente da prática profissional percebidas pelo enfermeiro, por meio de quatro subescalas: (1) autonomia, (2) relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, (3) controle sobre o ambiente da prática e, uma quarta subescala, derivada das anteriores, denominada (4) suporte organizacional^(16,170,172,175).

A versão em português, validada no Brasil contém 57 itens^(170,172,175) (Anexo 1). No entanto, para as análises têm sido considerados apenas 15 itens, distribuídos em três subescalas principais e uma subescala derivada das anteriores^(170,176).

As subescalas compostas pelos 15 itens tiveram suas confiabilidades avaliadas pelo alfa de Cronbach resultando em 0,63 para autonomia, 0,75 para controle sobre o ambiente da prática, 0,75 para relação profissional cordial entre enfermeiro e médico e 0,75 para suporte organizacional^(170,175). Posteriormente, as confiabilidades das subescalas compostas dos 15 itens foram confirmadas em estudo realizado entre enfermeiros de terapia intensiva, sendo obtido alfa de Cronbach de 0,78 para autonomia; 0,73 para controle sobre o ambiente da prática; 0,82 para relação profissional entre enfermeiro e médico e 0,80 para suporte organizacional^(174,177).

Em relação à validade, as subescalas foram avaliadas pela validade de critério concorrente, utilizando-se as variáveis: satisfação no trabalho, intenção de deixar o trabalho atual e percepção da qualidade do cuidado⁽¹⁷²⁾, e pela validade de constructo divergente, utilizando-se as subescalas do IBM^(172,174). Em ambas foram obtidas correlações significantes, de magnitudes moderadas e fracas, e os autores enfatizaram a importância de testar o instrumento em diferentes instituições de saúde⁽¹⁷⁴⁾.

Os 15 itens considerados para as análises são: 1, 2, 4, 6, 11, 12, 13, 16, 17, 24, 27, 35, 39, 46 e 48⁽¹⁷⁰⁾. A subescala autonomia é composta por cinco itens: 4, 6, 17, 24 e 35; a

subescala controle sobre o ambiente da prática é composta por sete itens: 1, 11, 12, 13, 16, 46 e 48; a subescala relação profissional entre enfermeiro e médico é composta por três itens: 2, 27 e 39 e a subescala suporte organizacional, derivada das anteriores, é composta por 10 itens: 1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 24, 27 e 48⁽¹⁷⁰⁾. Para facilitar a aceitação da versão brasileira do *NWI-R* pelos enfermeiros, foi fornecida a versão brasileira, com apenas os 15 itens considerados para as análises, os quais foram renumerados de 1 a 15 (Apêndice 2).

A escala de medida é a do tipo Likert com quatro pontos: concordo totalmente (1), concordo parcialmente (2), discordo parcialmente (3) e discordo totalmente (4)^(163,165) e não possui ponto neutro⁽¹⁷⁰⁾. Os escores das subescalas são contabilizados calculando-se a média da pontuação atribuída aos itens de cada uma das subescalas^(170,172). A média pode variar de um a quatro pontos e quanto menor a pontuação para cada uma das subescalas, maior a percepção do respectivo atributo no ambiente, indicando que o ambiente da prática é favorável em relação aquele atributo^(170,172,175). Contrariamente, quanto maior a pontuação, menor a percepção do respectivo atributo no ambiente, indicando que o ambiente da prática é desfavorável em relação ao respectivo atributo.

3.4.3 Versão brasileira do Inventário de *Burnout* de Maslach

O IBM – versão *Human Service Survey (HSS)* avalia a frequência dos sentimentos relacionados às dimensões da SB, por meio de três subescalas: (1) exaustão emocional, (2) despersonalização e (3) realização pessoal⁽¹⁷⁸⁾. A subescala exaustão emocional descreve sentimentos de ser emocionalmente sobrecarregado e exaurido pelo trabalho e é representada por nove itens: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20; a subescala despersonalização descreve uma resposta insensível e impessoal para os destinatários da atenção do sujeito ou para o serviço é representada por cinco itens: 5, 10, 11, 15 e 22 e a subescala realização pessoal descreve sentimentos de competência e realização bem sucedida do trabalho do sujeito com as outras pessoas é representada por oito itens: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21⁽¹⁷⁸⁾.

A escala de medida é a do tipo Likert de cinco pontos sendo: nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e sempre (5). A soma dos escores dos itens das subescalas pode variar de: nove a 45 pontos para exaustão emocional, cinco a 25 para despersonalização e de oito a 40 pontos para realização pessoal.

As dimensões da SB são conceituadas como variáveis contínuas, podendo variar de baixo para moderado e alto nível⁽¹⁷⁸⁾. Altas pontuações nas subescalas: exaustão emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal indicam alto nível de *burnout*; pontuações médias nas três subescalas do IBM refletem nível médio de *burnout*; e baixas pontuações nas subescalas: exaustão emocional e despersonalização e altas pontuações na subescala realização pessoal indicam baixo nível de *burnout*⁽¹⁷⁸⁾. As pontuações das subescalas são consideradas separadamente, sendo que as pontuações do terceiro tercil da distribuição são consideradas altas, as pontuações do segundo tercil, são consideradas médias e as pontuações do primeiro tercil são consideradas baixas⁽¹⁷⁸⁾.

Em relação à confiabilidade do IBM, Tamayo registrou coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 para a subescala exaustão emocional, 0,67 para a subescala realização pessoal e 0,69 para a subescala despersonalização⁽¹⁷¹⁾. Estudos nacionais que utilizaram a versão do IBM de Tamayo obtiveram coeficiente alfa de Cronbach de 0,88 para a subescala exaustão emocional, 0,88 para a subescala despersonalização e 0,77 para a subescala realização pessoal, entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷²⁾ e 0,90 para subescala exaustão emocional, 0,54 para a subescala despersonalização e 0,70 para a subescala realização pessoal, entre enfermeiros de terapia intensiva⁽¹⁷⁴⁾.

A versão brasileira do IBM utilizada neste estudo decorre da versão disponibilizada por Tamayo em sua dissertação de mestrado⁽¹⁷¹⁾ (Anexo 2) e utilizada por Gasparino⁽¹⁷²⁾ (Anexo 3).

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para a divulgação da pesquisa entre os enfermeiros participantes foram agendados e realizados encontros com coordenadores, apoiadores e enfermeiros, nos distritos de saúde e nos CS a fim de se promover a aproximação com a pesquisadora, realizar mais esclarecimentos e os convites para a participação na pesquisa.

O esclarecimento acerca da pesquisa foi realizado pela pesquisadora com recurso visual e exposição dialogada. O aceite em participar da pesquisa foi expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, com a entrega aos participantes de envelope individualizado contendo: a ficha de caracterização do enfermeiro, o *NWI-R*, o IBM e duas vias do TCLE, impressos em papel, caneta e lacre adesivo. Os envelopes foram distribuídos entre os participantes, pela pesquisadora e com a colaboração dos enfermeiros apoiadores e coordenadores de unidades.

Uma relação com os nomes de todos os enfermeiros da rede básica de saúde do município foi utilizada para controle dos envelopes fornecidos e a posterior recuperação dos instrumentos respondidos, os quais foram devolvidos à pesquisadora, em data e local acordados com os participantes, apoiadores e coordenadores. O período de coleta de dados durou de março a dezembro de 2012.

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha eletrônica Excel, com dupla checagem e importados para o *software Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.2. A análise estatística foi realizada com o apoio de um estatístico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em 2013.

Foi realizada estatística descritiva com o estabelecimento de frequência e porcentagem para as variáveis classificadas como qualitativas e, média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para as variáveis classificadas como quantitativas.

As confiabilidades do *NWI-R* e do IBM foram testadas pelo critério da consistência interna e mensuradas com o uso do coeficiente alfa de Cronbach. Confiabilidades maiores que 0,60 foram consideradas aceitáveis^(179,180). O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Para a interpretação de cada uma das suas subescalas do *NWI-R*, foi obtida a média das pontuações atribuídas aos itens da subescala. Média próxima de um (1) foi considerada indicativa de ambiente favorável à prática, média próxima de quatro (4) foi considerada indicativa de ambiente desfavorável à prática, média próxima de dois (2) e de três (3) foram consideradas como indicativas de ambiente parcialmente favorável (1/3) e parcialmente desfavorável (2/3) à prática respectivamente. A escala tipo Likert do *NWI-R* não possui ponto neutro⁽¹⁷⁰⁾.

Para estabelecer os níveis baixo, moderado e alto de cada uma das dimensões da SB, foram obtidos pontos de corte pelos tercís das distribuições das pontuações atribuídas pelos enfermeiros a cada uma das subescalas do IBM (Quadro 1).

Quadro 1. Intervalos das pontuações dos níveis das dimensões da síndrome de *burnout* entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n= 168), segundo pontos de cortes obtidos a partir dos tercís. Campinas, 2012.

Subescala do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	Baixa	Moderada	Alta
Exaustão emocional	≤ 22	23 - 27	≥ 28
Despersonalização	≤ 7	8 - 10	≥ 11
Realização pessoal	≤ 29	30 - 32	≥ 33

As pontuações das subescalas do IBM foram tratadas separadamente para contabilizar frequência e percentual de enfermeiros com nível alto, moderado e baixo das dimensões da SB⁽¹⁷¹⁾ de acordo com os intervalos de pontuações obtidos (Quadro 1).

Foram obtidas as médias e as médias somadas das subescalas do *NWI-R* e do IBM respectivamente, para serem correlacionadas entre si e com as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem. O quadro 2 exibe as subescalas e variáveis correlacionadas neste estudo.

Quadro 2. Subescalas e variáveis correlacionadas entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.

Subescalas do <i>Nursing Work Index - Revised</i>	Subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	Variáveis
Autonomia	Exaustão emocional	Satisfação no trabalho
Controle sobre o ambiente da prática profissional	Despersonalização	Percepção da qualidade do Cuidado
Relação profissional cordial entre enfermeiro e médico	Realização Pessoal	Intenção de deixar o trabalho atual
Suporte Organizacional		Intenção de deixar a enfermagem

Para estas correlações foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Em relação à magnitude das correlações, valores menores que 0,30 foram considerados de fraca magnitude; de 0,30 a 0,50 de moderada magnitude e acima de 0,50 de forte magnitude⁽¹⁸¹⁾.

No que se refere ao estudo das correlações entre as subescalas do *NWI-R*, do IBM e a variável satisfação no trabalho, foram contabilizados os 168 sujeitos da amostra que responderam a todos os itens das subescalas e à questão correspondente à variável. Para verificar as correlações das subescalas do *NWI-R* e do IBM com as variáveis: qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem foram contabilizados 165, 162 e 164 sujeitos respectivamente.

3.7 Aspectos éticos

Preliminarmente foi solicitada autorização do secretário de saúde do município para que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) figurasse como instituição co-participante da pesquisa (Apêndice 3), por meio da assinatura da folha de rosto (FR) registrada no Sistema Nacional de

Ética em Pesquisa (SISNEP) sob o nº 430699 (Anexo 4). Obtida essa autorização (Anexo 5), o projeto de pesquisa foi protocolizado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) para apreciação dos aspectos éticos, tendo sido aprovado sem restrições e obtendo o número de parecer 573/2011 (Anexo 6).

Em seguida, o projeto de pesquisa, a FR (Anexo 4), a autorização do secretário municipal de saúde (Anexo 5) e o parecer favorável do CEP (Anexo 6) foram disponibilizados, por email, aos coordenadores dos 63 CS. Posteriormente, uma representante CETS se comunicou com os profissionais que ocupavam a função de coordenadores dos distritos e de apoiadores, permitindo que os enfermeiros que desejassem, participassem da pesquisa.

As exigências éticas para a pesquisa envolvendo seres humanos, do grupo III e nível epidemiológico, foram e continuam sendo integralmente cumpridas⁽¹⁸²⁾.

4. RESULTADOS

A adesão dos enfermeiros à pesquisa foi de 68,97% em relação aos 287 nomes da lista de enfermeiros presentes e ausentes, datada de fevereiro de 2012, e de 74,44% em relação aos 266 enfermeiros localizados e convidados a participar da pesquisa, sem o uso de estratégias de estimulação de captura e de recaptura.

A tabela 1 traz o número de enfermeiros lotados nos CS e inseridos nas ESF de acordo com o distrito sanitário a que pertencem, segundo a relação de 287 nomes, a frequência e a porcentagem de enfermeiros participantes da pesquisa por distrito sanitário.

Tabela 1. Número de enfermeiros dos distritos sanitários e de enfermeiros participantes da pesquisa por distrito sanitário de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.

Distrito	N	n	%
Norte	48	42	21,21
Sul	70	42	21,21
Sudoeste	68	40	20,20
Noroeste	58	39	19,69
Leste	43	35	17,67
Total	287	198	100,00

N: número de nomes de enfermeiros lotados nos centros de saúde e inseridos nas equipes da estratégia saúde da família de acordo com o distrito sanitário a que pertencem, segundo a relação de 287 nomes; n: número de enfermeiros localizados e convidados a participar da pesquisa, por distrito sanitário.

A tabela 1 demonstra que todos os distritos sanitários foram representados na pesquisa.

4.1 Características pessoais e profissionais

A tabela 2 especifica frequência e porcentagens de enfermeiros de acordo com as características pessoais e segundo as variáveis classificadas como qualitativas.

Tabela 2. Características pessoais dos enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis qualitativas. Campinas, 2012.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	175	88,38
Masculino	23	11,62
Estado Civil		
Solteiro	90	46,15
Casado	84	43,08
Separado	18	9,23
Viúvo	3	1,54
Sem informação	3	
Formação complementar		
Sim	169	85,79
Não	28	14,21
Pós-graduação <i>latu sensu</i>		
Saúde coletiva	117	59,39
Área hospitalar	27	13,71
Outras áreas	12	6,09
Não possui	41	20,81
Sem informação	1	
Pós-graduação <i>strictu sensu</i> - mestrado		
Enfermagem	4	2,04
Saúde coletiva	1	0,51
Em andamento	3	1,53
Sem informação	2	
Possui outra graduação		
Sim	17	8,59
Não	181	91,41

Dentre as características dos enfermeiros apresentadas na tabela 2 destaca-se que a maioria é do sexo feminino, solteira, com pós-graduação *latu sensu* altamente específica para o local de trabalho em APS (>50% em saúde coletiva), com acesso a pós-graduação *strictu sensu* e com mais de uma formação profissional.

A tabela 3 descreve características profissionais dos enfermeiros da APS, consideradas como variáveis qualitativas.

Tabela 3. Características profissionais dos enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis qualitativas. Campinas, 2012.

Variável	n	%
Vínculo de trabalho		
Regime estatutário	191	98,45
Regime CLT* – contrato por prazo determinado	3	1,53
Sem informação	4	
Possui outro vínculo de trabalho		
Sim	19	9,69
Não	177	90,31
Sem informação	2	
Turno de trabalho		
Manhã	49	25,52
Tarde	57	29,69
Noite	3	1,53
Outro (misto)	83	43,23
Número de profissionais adequado		
Sim	34	17,35
Não	162	82,65
Sem informação	2	
Recursos adequados		
Sim	10	5,08
Não	187	94,92
Sem informação	1	

*Consolidação das Leis do Trabalho

Dentre as características profissionais dos enfermeiros apresentadas na tabela 3 destaca-se que a maioria possui vínculo do regime estatutário, não possui outro vínculo de trabalho, trabalha em turno misto, considera insuficiente o número de profissionais e de recursos.

A tabela 4 descreve média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo de características pessoais e profissionais dos enfermeiros, consideradas como variáveis quantitativas.

Tabela 4. Características pessoais e profissionais dos enfermeiros de atenção primária à saúde. Variáveis quantitativas. Campinas, 2012.

Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	197	36,25	10,35	23,00	33,00	61,00
Número filhos	193	0,77	0,98	0,00	0,00	3,00
Tempo de formado (anos)	165	10,61	9,11	2,00	6,00	35,00
Tempo de trabalho na unidade atual (anos)	196	4,87	6,30	0,08	2,00	25,50
Tempo de trabalho prefeitura (anos)	195	6,62	7,73	0,16	2,25	28,16
Carga horária semanal (horas)	191	38,27	7,97	30,00	36,00	88,00

Ainda em relação às características pessoais e profissionais (tabela 4) destaca-se que a média de idade é maior que 36 anos, a média do número de filhos é menor que um, a média do tempo de formado é maior de 10 anos, a média do tempo de trabalho atual na unidade é maior de quatro anos, a média do tempo de trabalho na prefeitura maior é de seis, a média da carga horária semanal de trabalho é maior de 38 horas.

4.2 Satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

A tabela 5 traz as percepções dos enfermeiros em relação às variáveis: satisfação no trabalho e percepção da qualidade do cuidado.

Tabela 5. Satisfação no trabalho e percepção da qualidade do cuidado entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.

Variável	n	%
Satisfação no trabalho		
Muito insatisfeito	3	1,52
Insatisfeito	69	34,85
Satisfeito	124	62,63
Muito satisfeito	2	1,01
Percepção da qualidade do cuidado		
Muito Ruim	1	0,51
Ruim	26	13,33
Boa	154	78,97
Muito boa	14	7,18
Sem informação	3	

No que se refere às percepções dos enfermeiros (tabela 5), destaca-se que a maioria se sente satisfeita no trabalho, 34,85% se sente insatisfeita e a maioria considera boa a qualidade do cuidado.

A tabela 6 descreve média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo em relação às variáveis: intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a profissão.

Tabela 6. Intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas 2012.

Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Intenção deixar o trabalho atual	186	28,40	33,30	0,00	10,50	100,00
Intenção deixar a enfermagem	190	14,90	27,00	0,00	0,00	100,00

Limite de variação da intenção de deixar o trabalho atual e da intenção de deixar a enfermagem: 0 (nenhuma) – 100 (muita) mm

Na tabela 6, destaca-se que a média da variável intenção de deixar o trabalho atual é 28,4/100 milímetros e a média da variável intenção de deixar a enfermagem é 14,9/100 milímetros.

4.3 Percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro

Em relação às percepções dos enfermeiros sobre o ambiente da prática profissional, na tabela 7 estão descritas média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach das subescalas do *NWI-R*.

Tabela 7. Média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach das subescalas do *Nursing Work Index Revised* entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.

Subescala do <i>Nursing Work Index Revised</i>	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Alfa de Cronbach
Autonomia	2,09	0,48	1,00	2,00	3,20	0,52
Relação profissional cordial entre enfermeiro e médico	1,94	0,61	1,00	2,00	3,67	0,78
Controle sobre o ambiente da prática profissional	2,65	0,51	1,43	2,57	3,86	0,66
Suporte organizacional	2,22	0,43	1,10	2,20	3,30	0,72

Limite de variação das subescalas do *Nursing Work Index Revised*: 1-4 pontos

Na tabela 7 destaca-se que a média da percepção de atributos do ambiente da prática, segundo o *NWI-R* oscilou entre 1,94 (ambiente parcialmente favorável) a 2,65 (ambiente parcialmente desfavorável) e os coeficientes alfa de Cronbach das respectivas subescalas oscilaram de 0,52 a 0,78.

4.4. Dimensões da síndrome de *burnout*

As frequências e percentuais de enfermeiros com níveis baixo, moderado e alto para cada uma das dimensões da SB estão descritas na tabela 8.

Tabela 8. Frequências e percentuais por nível das subescalas de do Inventário de *Burnout* de Maslach entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.

Subescalas do Inventário de Burnout de Maslach	Enfermeiros	%
Exaustão emocional		
Baixa	58	34,52
Moderada	63	37,50
Alta	47	27,98
Despersonalização		
Baixa	57	33,93
Moderada	57	33,93
Alta	54	32,14
Realização pessoal		
Baixa	65	38,69
Moderada	56	33,33
Alta	47	27,98

De acordo com a tabela 8, 27,98% dos enfermeiros apresentaram pontuações altas para a subescala exaustão emocional; 32,14% apresentaram pontuações altas para a subescala despersonalização e 38,69% apresentaram pontuações baixas para a subescala realização pessoal, configurando alto nível de *burnout*. Já o nível médio de *burnout* foi atribuído a 37,50% dos enfermeiros que apresentaram pontuações moderadas para a subescala exaustão emocional; 33,93 % de enfermeiros que apresentaram pontuações moderadas para a subescala despersonalização e 33,33% de enfermeiros com pontuações moderadas na subescala realização pessoal. Destaca-se que aproximadamente 1/3 de enfermeiros apresentam nível alto de *burnout* e outro 1/3 apresentam nível moderado de *burnout*.

A tabela 9 traz média, desvio-padrão mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach das subescalas do IBM entre os enfermeiros.

Tabela 9. Média, desvio-padrão, mínimo, mediana, máximo e alfa de Cronbach e os limites de variação das subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.

Subescala do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	Alfa de Cronbach	Limite
Exaustão emocional	24,61	5,70	11,00	25,00	43,00	0,86	9-45
Despersonalização	9,36	3,01	5,00	9,00	20,00	0,66	5-25
Realização pessoal	30,38	3,53	20,00	30,50	38,00	0,72	8-40

A tabela 9 demonstra média somada moderada (limites 23-27) para exaustão emocional, moderada (limites 8-10) para despersonalização e moderada (limites 30-32) para realização pessoal. A variação do coeficiente alfa de Cronbach das respectivas subescalas foi igual ou superior a 0,66.

4.5. Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro e dimensões da síndrome de *burnout*

A análise das correlações entre as percepções dos atributos do ambiente da prática e as dimensões da síndrome de *burnout* está descrita na tabela 10.

Tabela 10. Coeficiente de correlação de Spearman entre subescalas do *Nursing Work Index Revised* e subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach entre enfermeiros de atenção primária à saúde (n=168). Campinas, 2012.

Subescalas do <i>Nursing Work Index Revised</i>	Subescalas do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach		
	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Autonomia	0,17*	0,14	0,25†
Controle sobre o ambiente da prática profissional	0,41†	0,18*	0,18*
Relação profissional cordial entre enfermeiro e médico	0,04	0,13	0,08
Suporte organizacional	0,32†	0,21†	0,24†

*p-valor < 0,05; †p-valor < 0,01

Na tabela 10, nota-se a presença de oito correlações significantes de magnitudes fracas e moderadas, oscilando de 0,14 a 0,41, entre determinadas subescalas do *NWI-R* e do IBM, demonstrando possível convergência entre domínios. Destaca-se que as subescalas controle sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional, ambas do *NWIR*, apresentaram correlações significantes com todas as subescalas do IBM.

4.6 Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

As correlações entre as subescalas do *NWI-R* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem estão descritas na tabela 11.

Tabela 11. Coeficiente de correlação de Spearman entre subescalas do *Nursing Work Index Revised* e variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.

Subescalas do Nursing Work Index Revised	Variáveis			
	Satisfação no trabalho (n=168)	Percepção da qualidade do cuidado (n=165)	Intenção deixar trabalho atual (n=162)	Intenção deixar enfermagem (n=164)
Autonomia	0,11	0,20*	0,22†	0,15
Controle sobre o ambiente da prática profissional	0,30†	0,18†	0,15	0,05
Relação profissional cordial entre enfermeiro e médico	0,03	0,18†	0,01	0,02
Suporte organizacional	0,27†	0,26†	0,13	0,10

*p-valor < 0,05; †p-valor < 0,01

Na tabela 11 nota-se a presença de seis correlações significantes de magnitudes moderada e fracas, oscilando de 0,18 a 0,30, entre as subescalas do *NWI-R* e as variáveis: satisfação no trabalho, qualidade do cuidado e intenção de deixar o trabalho atual. Destaca-se

a presença de correlações significantes entre todas as subescalas do *NWI-R* e a variável percepção da qualidade do cuidado.

4.7 Correlações entre dimensões da síndrome de *burnout* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

Correlações entre as subescalas do IBM e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem estão descritas na tabela 12.

Tabela 12. Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem entre enfermeiros de atenção primária à saúde. Campinas, 2012.

Subescalas do Inventário de Burnout de Maslach	Variáveis			
	Satisfação no trabalho (n=168)	Qualidade do cuidado (n=165)	Intenção deixar trabalho atual (n=162)	Intenção deixar enfermagem (n=164)
Exaustão emocional	0,43†	0,13	0,34†	0,28†
Despersonalização	0,26†	0,23†	0,11	0,10
Realização pessoal	0,29†	0,32†	0,17*	0,12

*p-valor < 0,05; †p-valor < 0,01

Na tabela 12 nota-se a presença de sete correlações significantes de magnitude fracas e moderadas, oscilando de 0,17 a 0,43. Destaca-se a presença de correlações significantes entre todas as subescalas do IBM e a variável satisfação no trabalho.

5. DISCUSSÃO

A adesão dos enfermeiros à pesquisa foi considerada satisfatória e superior a 68% em relação aos 287 nomes da lista de enfermeiros de fevereiro de 2012, potencialmente presentes e ausentes, e superior a 74% em relação aos 266 participantes localizados, sem o uso de estratégias de estimulação para a captura e de recaptura⁽¹⁶⁹⁾. Diferenças entre adesão e não adesão podem refletir fatores relacionados à organização dos processos de trabalho das equipes⁽¹⁸³⁾ favorecendo ou não a participação dos enfermeiros.

5.1 Características pessoais e profissionais dos enfermeiros

Quanto ao *gênero* a amostra composta predominantemente de mulheres confirma a intensa feminização das profissões da saúde⁽¹⁸³⁻¹⁸⁶⁾, caracteriza a força de trabalho da enfermagem, justificada pela trajetória sócio-histórica da profissão e constatada em outros estudos^(132,133).

Em relação ao *estado civil*, a proporção elevada de solteira (46,15%) provavelmente reduz o impacto das vivências de conflitos decorrentes das responsabilidades econômicas e afetivas, no grupo familiar versus as responsabilidades profissionais de enfermeira e referência da coletividade⁽¹⁸⁷⁾ que podem gerar sofrimento as enfermeiras.

No que se refere à *formação complementar* a maioria dos enfermeiros assinalou possuir pós-graduação *latu sensu* na área de saúde coletiva (59,39%), o que demonstra compromisso com a qualidade do desempenho profissional, favorável ao alcance de bons resultados⁽¹⁸⁸⁾, especialmente em serviços de APS⁽¹⁴⁰⁾ conforme advertem alguns pesquisadores quanto a sua importância⁽¹⁸⁹⁾.

Os resultados demonstraram que embora os enfermeiros tenham acesso à pós-graduação *strictu sensu*, são poucos os enfermeiros titulados, o que pode decorrer do dimensionamento de pessoal com índice de segurança técnico não planejado para a liberação dos profissionais pela instituição⁽¹⁸⁸⁾, especialmente para os cursos de mestrado e doutorado que exigem maior tempo e dedicação para a formação⁽¹⁸³⁾, uma vez que na APS o quadro de

trabalhadores de enfermagem é planejado de forma empírica, gerando distorção entre a alocação e a real necessidade das unidades de saúde⁽¹⁶⁷⁾.

Outro aspecto que dificulta a adesão à pós-graduação *strictu sensu* é o duplo vínculo de trabalho, às vezes triplo, pois entre os enfermeiros que possuem mais de um vínculo de trabalho, há mais dificuldade de organizar a agenda ou estabelecer como prioridade a formação profissional⁽¹⁸³⁾. Por fim, os critérios mais rígidos de seleção dos cursos de pós-graduação podem representar fatores a serem considerados⁽¹⁸³⁾. Destaca-se que 8,59% dos enfermeiros possuem outro título de graduação além do título de enfermeiro, oportunizando o desenvolvimento de novas pesquisas sobre este achado.

Em relação ao tipo de *vínculo de trabalho*, a maioria dos participantes (98,45%) possui vínculo estatutário, o que significa que tomaram posse do cargo de enfermeiro de provimento de cargo efetivo, depois de terem sido aprovados em concurso público de provas e títulos⁽¹⁹⁰⁾.

Destaca-se a ausência de participação de enfermeiros contratados por tempo determinado na amostra, o que pode estar associado ao período em que foi realizada a coleta de dados, caracterizado por forte instabilidade política com sucessivas substituições de prefeitos, extinção de contratos de trabalho, greves dos trabalhadores da saúde com reivindicação de melhores condições de trabalho⁽¹⁹¹⁾, melhores salários e realização de concurso público para o provimento de cargo efetivo⁽¹⁹²⁻¹⁹⁴⁾ assim como ocorreu em outros municípios^(76,133).

O quadro de desemprego estrutural que marca o mercado de trabalho atual deixa os trabalhadores apreensivos, mais submissos às relações precárias de trabalho e produz sofrimento psíquico⁽¹⁸⁷⁾. Nesse contexto, é plausível admitir que os enfermeiros, cujos contratos estavam prestes a serem extintos, não se disponibilizaram a participar desta pesquisa, constituindo um viés de seleção comum em estudos epidemiológicos⁽¹⁹⁵⁾.

Realça-se que vínculo de trabalho precário e temporário na APS não é compatível com a construção do vínculo na relação profissional com o usuário⁽¹⁰⁷⁾, pois esse vínculo pressupõe a existência de uma referência regular para a atenção ao longo do tempo⁽¹¹⁴⁾, o que é incompatível com tempo determinado de contrato precário de trabalho. Nessa direção, um estudo realizado entre enfermeiros e médicos da ESF, os autores concluíram que há necessidade de promover a despreciação do trabalho, principalmente por meio da realização de concurso público e de plano de cargos e salário efetivo, estimulação de profissionais à qualificação para o trabalho na ESF e a permanência nas equipes⁽⁷⁶⁾.

A maioria (90,31%) declarou possuir somente *um* vínculo de trabalho, o que é desejável em função da construção do vínculo com a coletividade⁽¹¹⁴⁾ e em função do reconhecimento da profissão de enfermeiro como estressante⁽¹⁵⁶⁾. No entanto, 9,69% declararam possuir mais de um vínculo de trabalho.

Normalmente o duplo vínculo de trabalho se faz em função da necessidade de suprir a insuficiência do salário⁽¹³³⁾ e a sobrecarga decorrente do duplo vínculo pode resultar em uma série de erros profissionais e no não cumprimento das obrigações legais⁽¹⁹⁶⁾. Além disso, o duplo vínculo de trabalho impede o descanso e o lazer necessário, reduz a convivência familiar e social e compromete negativamente a qualidade de vida dentro e fora do trabalho podem conduzir a agravos à saúde do enfermeiro como a SB e ao presenteísmo⁽¹⁶¹⁾ (Laranjeira. 2009).

Boa remuneração proporcionaria melhores condições de vida e a possibilidade de fixação em um único emprego. Nesse cenário, destaca-se a importância da qualificação profissional, da remuneração condizente com a responsabilidade e a luta pela redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais⁽¹²⁰⁾ que deveria ser admitida na APS, embora a PNAB preconize 40 horas⁽¹⁰⁶⁾.

Em relação ao *turno de trabalho*, a maioria (43,23%) declarou fazer turno misto (manhã e tarde, com intervalo para o almoço), atendendo à necessidade do serviço em relação às eventuais urgências e emergências⁽¹⁹⁷⁾ e à legislação que regulamenta a profissão^(6,7).

A maioria dos enfermeiros considerou o *número de profissionais e o de recursos* insuficientes, corroborando outros autores^(105,198). Problemas relacionados com recursos humanos, equipamentos, suprimentos e informação, território e tecnologia criam aborrecimentos para os enfermeiros, interferem na qualidade de vida no trabalho⁽¹⁹⁹⁾ e favorecem a insatisfação no trabalho⁽¹⁰⁵⁾.

No contexto da APS, serviços de enfermagem eficientes, com ampliação da sua capacidade e da sua competência, em ambientes favoráveis à prática, são fundamentais para contribuir com o alcance dos “objetivos de desenvolvimento do milênio”, dentre eles a redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde para as gestantes, combate a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e outras doenças, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente entre outros⁽¹⁰⁶⁾.

Em relação à *idade*, trata-se de adultos jovens, sendo a média da idade (36,25 anos), compreendida entre as médias obtidas em outros estudos nacionais^(132,133,183) e menor que a obtida em estudo internacional (47,3 anos)⁽¹⁸⁶⁾.

Quanto à média do *número de filhos* encontrada nesta pesquisa (0,77) é menor que a taxa de fecundidade estimada no último censo de 1,1 filhos para mulheres com ensino superior completo⁽²⁰⁰⁾ e corrobora outro estudo⁽²⁰¹⁾.

No que se refere à experiência profissional, a média de *tempo de formado* de dez anos, de *tempo de trabalho na municipalidade* superior a seis anos e de *tempo de trabalho na unidade atual* superior a quatro anos expressam um grupo de enfermeiros com experiência e maturidade profissional⁽¹⁸⁸⁾.

A jornada semanal de trabalho no município estudado é de 36 horas e a média da *jornada de trabalho semanal* foi de 38,27 horas, sendo que somente 9,69% registraram possuir outro emprego. O excedente da jornada de trabalho semanal poderia ser explicado em função de: falta de liberdade para gerenciar as próprias atividades no ambiente de trabalho⁽²⁰²⁾, absenteísmo⁽²⁰³⁾ e problemas de dimensionamento insuficiente de pessoal⁽¹⁶⁷⁾, gerando a necessidade de realização de horas a mais de trabalho para suprir a necessidade do serviço.

A associação entre a jornada de trabalho profissional, de trabalho doméstico e comportamentos em saúde, aumenta a exposição aos fatores de risco para a saúde e diminui o tempo para o cuidado de si⁽²⁰⁴⁾ como descansar, refletir, organizar a vida e aprender, podendo resultar em desgaste físico e emocional que interfere na assistência de enfermagem⁽²⁰⁵⁾. Por outro lado a jornada de trabalho semanal na enfermagem superior a 30 horas aumenta o tempo de exposição aos riscos psicossociais, biológicos, ergonômicos, físicos, químicos e de acidentes de trabalho, o que vem impulsionando a mobilização da categoria para a aprovação do projeto de lei que propõe a diminuição da jornada de trabalho para 30 horas semanais⁽²⁰⁶⁾, assim como conquistado por outras categorias profissionais.

Em relação ao absenteísmo e ao dimensionamento de pessoal, uma pesquisa na rede básica de saúde de Campinas evidenciou maior duração dos afastamentos entre enfermeiros do que entre auxiliares e técnicos de enfermagem⁽²⁰³⁾. Estudos internacionais indicam que longos períodos de tensão profissional afetam as relações pessoais e aumentam a baixa por motivo de doença e a rotatividade⁽¹⁶⁰⁾.

Devem-se considerar as ocasiões em que os profissionais comparecem ao ambiente laboral e realizam as atividades inerentes às suas funções, sem apresentarem bom desempenho caracterizando o presenteísmo⁽¹⁶¹⁾, situação que também ocorre no ambiente de trabalho da APS.

5.2 Satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

Nesta pesquisa, a maioria dos enfermeiros se considerou satisfeita (62,63%). O percentual deste estudo foi inferior aos percentuais obtidos entre enfermeiros de hospitais (66,6%)⁽¹⁷²⁾ e entre enfermeiros de terapia intensiva (65,1%)⁽¹⁷⁴⁾.

Dependendo da forma como o trabalho é organizado e executado, demanda ações, no sentido de suprir as necessidades dos trabalhadores, as quais podem gerar sentimentos de satisfação e insatisfação⁽⁵⁸⁾. Determinadas situações do trabalho que implicam na necessidade de estudar e obter conhecimento específico para lidar com elas, podem ser interpretadas como positivas e geradoras de satisfação profissional, em função do desejo de aprender⁽¹⁸⁴⁾, obter experiência profissional e maturidade, atuando como fator de proteção^(47,50) para o bem estar do enfermeiro e gerando satisfação no trabalho.

Na investigação, foi evidenciado que 34,85% dos enfermeiros se consideram insatisfeitos no trabalho e 1,52% se consideram muito insatisfeitos, percentual superior ao encontrado entre enfermeiros de terapia intensiva⁽¹⁷⁴⁾.

Levando em conta a ampliação das dimensões intelectuais do trabalho decorrentes da complexidade e dos desdobramentos dos diferentes processos de trabalho em saúde⁽¹³⁰⁾, autores identificaram e elencaram diversas *fontes de insatisfação no trabalho do enfermeiro* como: descompasso da assistência à saúde enquanto resultado da deformação do sistema de saúde; incoerência entre as necessidades e as finalidades do trabalho em saúde; existência de uma fragilidade teórica por um lado e de uma cristalização da prática, por outro e adesão ainda presente ao modelo biomédico de saúde⁽³⁵⁾.

Às vezes, a necessidade de estudar e obter conhecimento específico para lidar com situações diversas podem ser interpretadas como negativas, em função dos limites das capacidades sensitivas e motoras que variam de um indivíduo para outro e que se modificam

com o processo de envelhecimento⁽³⁷⁾, podendo gerar insatisfação no trabalho e serem interpretados como fatores de risco para a saúde^(47,50).

Um estudo acerca dos fatores de risco no ambiente de trabalho da enfermagem apontou que eles contribuem para um ambiente desfavorável para a realização da prática profissional⁽⁵¹⁾, gerando insatisfação no trabalho e, outro estudo mostrou que os fatores de riscos psicossociais foram evidenciados em todas as pesquisas revisadas e por isso o diagnóstico da situação laboral merece atenção⁽⁵³⁾. Geralmente jornada de trabalho, turnos, sobrecarga de atividades, salário incompatível com a responsabilidade, dificuldade de relacionamento interpessoal são considerados fatores de risco e geram insatisfação no trabalho⁽²⁰⁷⁾.

Ademais, as experiências de violência *do* trabalho, violência *no ambiente de* trabalho⁽¹³⁸⁾, violência indireta⁽¹³⁹⁾, sofrimento moral⁽¹⁴⁴⁻¹⁴⁶⁾ e assédio moral⁽¹⁴¹⁻¹⁴²⁾, também tem o potencial de gerar insatisfação profissional e agravos à saúde mental do enfermeiro no ambiente de sua prática profissional. No entanto nem sempre esses fenômenos ganham a visibilidade necessária na avaliação da situação de trabalho na área de saúde, em especial na APS, prevalecendo o silêncio epidemiológico⁽²⁰⁸⁾ acerca de vários eventos adversos aos quais estão expostos os enfermeiros.

Para monitorar políticas, metas organizacionais e qualidade dos serviços estudos apontaram que o grau de satisfação dos enfermeiros constitui importante indicador de qualidade do ambiente em que atuam^(61,160) e para a construção de indicadores do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem⁽⁶²⁾. Assegurar a satisfação profissional no ambiente de trabalho, embora seja um desafio para gestores e enfermeiros é a chave para promover a saúde dos trabalhadores, recrutar, reter e aumentar o contingente de bons profissionais nas instituições de saúde, especialmente na APS.

Em relação à percepção da *qualidade do cuidado* a maioria dos enfermeiros a considerou boa (78,97%), superior ao encontrado entre enfermeiros de hospitais (76,6%)⁽¹⁷²⁾ e

entre enfermeiros específicos de terapia intensiva (72,1%)⁽¹⁷⁴⁾. A avaliação da *qualidade do cuidado* em APS, na percepção do enfermeiro, depende dos critérios que ele entende serem pertinentes para avaliá-la, conjugados como o conceito de atenção primária à saúde (APS) que ele tem em mente, os quais implicarão no modelo de prestação de cuidados a ser oferecido no local de trabalho.

Há quatro principais entendimentos de APS: (1) como atenção primária seletiva, ofertada para pessoas pobres em regiões pobres, a quem se oferece exclusivamente um conjunto de tecnologias de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referências e níveis de atenção de maior densidade tecnológica⁽¹⁰⁹⁾; (2) como nível primário de acesso ao sistema de saúde, enfatizando o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada para que ela satisfaça as demandas da população restritas às ações de atenção para os problemas mais comuns de saúde da população e minimize os custos econômicos⁽¹¹⁰⁾; (3) como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e forma de organizar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS com a rede de atenção à saúde (RAS)⁽⁴⁵⁾ e; (4) como enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superam os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas, transparentes, apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde⁽¹¹¹⁾.

As primeiras três decodificações de APS convivem dentro de um mesmo país ao mesmo tempo⁽⁴⁵⁾ e a quarta decodificação pode ser verificada em textos legais^(1,2,108). Há distanciamento entre o que se verifica em textos legais e a prática cotidiana no que se refere à atenção à saúde e especialmente quanto à APS.

Para a OPAS, a quarta configuração de APS é fundamentada nas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar, é preciso corrigir debilidades e incoerências dos

enfoque mais limitados de APS, é necessário incorporar à prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar SUS efetividade, é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a sociedade para reduzir desigualdades em saúde e, a APS constitui prática sólida para abordar e superar a falta de saúde e desigualdades⁽⁴⁵⁾. De acordo com Mendes, a ESF está longe de consolidar-se na prática institucional porque não foram dadas as condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse⁽⁴⁵⁾.

Embora a nova PNAB tenha estabelecidos critérios para organização dos processos trabalho na APS, com ênfase na ESF, a APS é um problema complexo, com problemas estruturais complexos, baixos recursos alocados⁽⁴⁵⁾ que limitam sua operacionalização efetiva para cuidar das condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas da população adscrita.

O SUS é um sistema de saúde em constante construção no Brasil e sua APS têm muitos desafios de ordem financeira, operacional, estrutura e gestão a serem enfrentados. Além disso, os ganhos obtidos em saúde não são cumulativos, nem permanentes, o que já foi conquistado corre o risco de se perdido. Evidências demonstram que países que estruturam seus sistemas de saúde com base uma APS forte e resolutive, coordenadora do cuidado do usuário, têm resultados sanitários melhores⁽⁴⁵⁾.

A avaliação da qualidade do cuidado também depende da ambiência⁽¹³⁾ em que ele é oferecido. Segundo Mendes, 75% das unidades de saúde que compõem a APS no SUS não apresentam condições mínimas de infraestrutura e 18% estão instaladas em casa alugadas e reconhecidas pela população como “postinho de saúde”⁽⁴⁵⁾.

A qualidade do cuidado também é influenciada pelo modelo de prestação de cuidados adotados⁽³⁴⁾, que é limitado pela insuficiência de estrutura e financiamento da APS e pela visão ideológica de atenção primária seletiva que obscurece a complexidade da gerência de cuidados primários⁽⁴⁵⁾.

Qualidade na assistência significa o grau em que os serviços de saúde aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual⁽⁶³⁾. Por outro lado, a qualidade do serviço está intrinsecamente ligada aos aspectos de segurança no atendimento e depende do quantitativo de pessoal de enfermagem ajustado às demandas de cuidados requeridas pelos pacientes⁽⁶⁷⁾. Nesta pesquisa, 13,84% dos enfermeiros consideraram a qualidade do cuidado ruim e muito ruim e 86,15% a consideraram boa ou muito boa.

As evidências deste estudo confirmam que a medida da qualidade do cuidado traz consigo enorme grau de subjetividade⁽⁶³⁾, a qual pode estar relacionado com o conceito que o enfermeiro tem para si de atenção primária à saúde, pois a maioria avaliou recursos humanos e materiais como inadequados e mesmo assim consideram a qualidade do cuidado como boa e muito boa.

Por outro lado, é necessário retomar o contexto de instabilidade política da ocasião da coleta de dados em que possivelmente imperava o medo de ser prejudicado no desenvolvimento profissional ou na trajetória funcional⁽⁴⁸⁾ caso demonstrasse fragilidade, em meio a tantos outros profissionais que estavam sendo demitidos, e a possibilidade de ascensão profissional, caso demonstrasse capacidade de resistência aos conflitos do ambiente de trabalho⁽⁴⁹⁾.

Embora não tenha sido objetivo desta pesquisa avaliar a concepção de APS que vigi no ambiente real da prática profissional do enfermeiro, conjungando-se os resultados obtidos sobre qualidade do cuidado, recursos humanos e materiais, com os desafios estruturais, organizacionais, financeiros e ideológicos que a APS enfrenta para consolidar-se na prática, sugere-se que os principais modelos de APS vigentes na prática, nesta investigação são: o da atenção primária seletiva e o da porta de entrada, com incursões no modelo que implica na articulação da APS com a RAS.

Em face das evidências produzidas nesta pesquisa, realça-se a necessidade de aprofundar a discussão acerca de critérios de avaliação da qualidade do cuidado, satisfação do trabalho e dimensionamento de pessoal entre os enfermeiros da APS.

Quanto à *intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem*, ambas foram evidenciadas entre os enfermeiros da APS. A média da *intenção de deixar o trabalho atual* obtida entre os enfermeiros da APS foi de 28,40/100 milímetros e, comparada com outros estudos nacionais, foi superior à média encontrada entre enfermeiros de terapia intensiva (20,40/100 milímetros)⁽¹⁷⁴⁾ e semelhante à encontrada entre enfermeiros de hospitais (29,00/100 milímetros)⁽¹⁷²⁾.

Para tolerar os riscos das situações de trabalho muitas vezes os trabalhadores utilizam a estratégia de negá-los ou banalizá-los em função do medo de: desemprego, exclusão, não conseguir ser polifuncional, não dominar novos conhecimentos e técnicas, não aguentar as exigências do trabalho e adoecer, enlouquecer, ser desqualificado, prejudicado no desenvolvimento profissional ou na trajetória funcional⁽⁴⁸⁾ fazendo com que muitos enfermeiros neguem os riscos a que estão expostos no local de trabalho da APS para tolerar, resistir e sobreviver no emprego, mantendo o compromisso vocacional de profundo significado para suas existências, seu papel no mundo⁽⁴⁹⁾.

Por outro lado, quando esses riscos se tornam conscientes sobrevém a intenção de deixar o trabalho atual, em busca de melhores condições de trabalho, ou de abandonar a profissão, que nem sempre pode se concretizar pelos riscos de não encontrar um novo trabalho com condições melhores.

A percepção do enfermeiro acerca de seu ambiente geral de trabalho está significativamente relacionada com o seu sentimento de satisfação no trabalho e com a intenção de deixar o trabalho atual⁽¹⁵⁹⁾. Estudos tem demonstrado que a intenção dos

trabalhadores de deixar o trabalho atual é um fator preditor forte para *turnover*⁽⁸⁴⁾ ou rotatividade de pessoal⁽⁷⁶⁾.

Apesar de não ter sido objetivo desta investigação avaliar a rotatividade de pessoal na APS, acredita-se que a baixa de pessoal em função da extinção de contratos de trabalho, desafiará enfermeiros e gestores a lidarem com a sobrecarga de trabalho dos profissionais que permaneceram no trabalho, com grande potencial de aumentar e proporção de enfermeiros com síndrome de *burnout*, bem como com a rotatividade alta de pessoal.

Um estudo com profissionais da ESF apontou como principais causas para *turnover*: precarização do vínculo de trabalho e más condições de trabalho⁽⁷⁶⁾. Vale lembrar que alto *turnover* ou rotatividade de pessoal, em nível institucional, geralmente determina um agravamento da qualidade do serviço assistencial, envolve problemas de organização e de custos diretos e indiretos⁽⁸⁵⁾ causando dano à imagem da instituição e dano à saúde dos seus trabalhadores⁽⁷⁷⁾.

Em relação à equipe de saúde, a rotatividade de pessoal, pode resultar na perda de coesão na equipe e familiaridade entre seus membros, conduzir a episódios de intolerância e agressividade contra supervisores, subordinados e colegas e este agravamento no clima organizacional pode se transformar em causa para futuro abandono na profissão⁽⁸⁶⁾.

Em nível individual a rotatividade faz com que aumente a carga de trabalho para os trabalhadores de enfermagem que permanecem exercendo sua prática profissional na instituição, sendo forçados a aumentar o ritmo de trabalho a fim de manter os níveis precedentes de produtividade, a adaptarem-se aos horários laborais prolongados ou a uma troca de turnos e, eventualmente, a ficarem encarregados também com a formação e supervisão de novos trabalhadores⁽⁸²⁾.

Uma carga excessiva de trabalho físico e mental envolve os trabalhadores com mais tensão e, em longo prazo, causa sintomas musculoesqueléticos⁽⁸⁸⁾, doenças cardiovasculares,

osteointerarticulares, gastrointestinais, depressão, ansiedade e SB⁽⁸⁷⁾. Nessa direção, uma pesquisa europeia demonstrou que as condições precedentes de saúde dos trabalhadores expostos às condições negativas de trabalho, durante um ano, foram agravadas, e aqueles que foram expostos a condições ótimas de trabalho, por um ano, tiveram as condições de saúde melhoradas⁽⁷⁷⁾.

A média da *intenção de deixar a enfermagem* encontrada neste estudo (14,90/100 milímetros) foi próxima da encontrada entre enfermeiros de terapia intensiva (15,20/100 milímetros)⁽¹⁷⁴⁾.

A percepção negativa do ambiente da prática profissional está associada à baixa realização pessoal, ao desejo de deixar o trabalho atual⁽⁷⁶⁾, à insatisfação profissional e às perspectivas futuras de abandonar a profissão⁽⁷⁷⁾.

A intenção de deixar a enfermagem é um indicador que antecipa a saída efetiva estudado em países que descrevem a escassez do profissional no mercado de trabalho⁽⁸¹⁾. A razão considerada mais importante para a *intenção* de abandonar a enfermagem é o descontentamento na atmosfera de trabalho⁽⁸²⁾ e para o abandono *efetivo* da profissão são as condições de trabalho⁽⁸³⁾.

No contexto da fragilidade da universalização e da integralidade das ações na APS⁽¹³³⁾, que também se atribui ao município desta investigação, é essencial que seja reconhecida a complexidade da APS, bem como a complexidade das soluções para resolvê-las⁽⁴⁵⁾.

A avaliação da *intenção de deixar o trabalho atual* e *intenção de deixar a enfermagem*, contribui como *proxy* (indicador substituto) na avaliação da saúde do trabalhador, de recursos humanos e planejamento desses recursos, objetivando a qualificação do processo de cuidado de enfermagem, pois a intenção de deixar o trabalho atual prediz a rotatividade de pessoal⁽⁸⁴⁾ e a intenção de abandonar a enfermagem indica a saída efetiva⁽⁸¹⁾, estudada em países que descrevem a escassez do profissional^(81,163) no mercado de trabalho.

5.3 Percepções do ambiente da prática profissional do enfermeiro

Em relação aos achados sobre percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional, segundo as subescalas do *NWI-R*, o número de instrumentos totalmente preenchidos e contabilizados para as análises (168 sujeitos) foi semelhante à amostra obtida em estudo internacional que também utilizou o *NWI-R* em APS (167 sujeitos)⁽¹⁸⁶⁾.

Quanto à análise das percepções acerca dos atributos do ambiente da prática profissional, segundo as subescalas do *NWI-R*, cuja amplitude limite da escala de medida pode variar de um (ambiente favorável) a quatro (ambiente desfavorável) pontos, as médias oscilaram de 1,94 a 2,65 e evidenciaram que o ambiente da prática na APS é parcialmente favorável (1/3) para autonomia, relação profissional cordial entre enfermeiro e médico e suporte organizacional, cujas pontuações médias foram de 1,94 a 2,22, e para controle sobre o ambiente da prática, a média das pontuações de 2,65 indicou que o ambiente é parcialmente desfavorável (2/3).

Neste estudo, a média da pontuação da subescala *autonomia* do *NWI-R* (2,09) foi próxima da obtida entre enfermeiros específicos de terapia intensiva (2,2)⁽¹⁷⁷⁾ e ambas superiores à média obtida entre enfermeiros de hospitais gerais (1,8)⁽¹⁷⁵⁾. Sugere-se que em relação à autonomia, o ambiente da prática na APS é semelhante ao ambiente de terapia intensiva e está pior do que o ambiente da prática em hospitais, na percepção do enfermeiro.

Em estudo internacional que avaliou autonomia, por meio do *NWI-R*, as autoras registraram médias de 17,0 em hospitais gerais considerados atraentes para enfermeiros (magnéticos); 15,4 em hospitais especializados em AIDS e considerados não atraentes para enfermeiros (não magnéticos) e 14,2 em hospitais gerais considerados não atraentes para enfermeiros (não magnéticos)⁽¹⁶⁾. Presume-se que a diferença entre estes valores, quando comparados aos achados da presente investigação, seja decorrente da forma do cálculo da média *somada*, da versão do instrumento e da diferença cultural, sugerindo que se deve

estabelecer consenso acerca da interpretação dos resultados do *NWI-R* em diferentes populações e nacionalidades.

Enfermeiros mobilizam conhecimentos, habilidades e atitudes combinadas, frente a cada situação da prática profissional, de acordo com o grau de autonomia e domínio profissional que possuem⁽¹²⁸⁾, podendo ocorrer situações em que os gerentes de enfermagem com pouca autonomia, ficam em posição desconfortável ao se sentirem compelidos a defender discursos dominantes, em oposição às prioridades profissionais da enfermagem⁽⁹⁶⁾, o que pode ocorrer na APS.

A autonomia não é um fenômeno incorporado plenamente à prática profissional do enfermeiro, pois não depende somente do comportamento do profissional e está ligada a ações normalmente inovadoras nos serviços públicos e privados⁽²⁰⁹⁾, como a forma de conceber a APS e a ESF.

Em estudo acerca do trabalho do enfermeiro na ESF, a autora apontou os seguintes limites para o avanço da autonomia profissional do enfermeiro: a fragilidade dos discursos da política de atenção básica, a pouca apropriação sobre a historicidade da profissão, o apego a imagens idealizadas da enfermagem que não correspondem à realidade da prática social e a precarização das relações e das condições de trabalho na ESF⁽¹⁵⁸⁾.

Em relação às imagens idealizadas da enfermagem que não correspondem à realidade da prática profissional, um estudo denuncia que a formação profissional do enfermeiro deixa lacunas ao não explorar aspectos necessários do exercício profissional referindo-se a: recursos humanos e materiais insuficientes, recursos físicos deficitários e desorganização no processo de trabalho⁽¹⁰⁵⁾.

Dentre as percepções acerca do ambiente da prática profissional de enfermagem, destaca-se “dispor de autonomia para decidir sobre o seu trabalho”⁽²¹⁰⁾, pois a autonomia

confere ao ser humano a capacidade de refletir sobre as limitações que lhe são impostas, a partir das quais orienta sua ação frente aos condicionamentos⁽¹⁸⁾.

Quando a situação de trabalho do enfermeiro na APS passa a violentar seus valores éticos que muitas vezes foram decisivos na escolha profissional, impedindo-o de executar seu trabalho em consonância com os mesmos, o enfermeiro passa a questionar sua situação de trabalho, dentro dos limites da autonomia e liberdade que sente possuir no local de trabalho.

Concorda-se com Koerich *et al.*: sem a autonomia necessária para que sejam identificados os atos que deveriam ou não ser realizados, corre-se o risco de reproduzir apenas atos autônomos⁽¹⁸⁾ desarticulados e não sujeitos autônomos.

Considerando que um dos valores norteadores da PNH que orienta o SUS é justamente a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde⁽¹⁰⁸⁾ é necessário que o enfermeiro se sinta imbuído de autonomia, tanto para tomar decisões quanto a sua própria situação de trabalho, quanto para tomar decisões relacionadas ao gerenciamento do cuidado e ao trabalho em equipe, contribuindo efetivamente para a integralidade da assistência e com a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde.

A média da percepção de *controle sobre o ambiente da prática profissional*, obtida neste estudo (2,65) sugere ambiente parcialmente desfavorável à prática, sendo maior do que a obtida entre enfermeiros específicos de terapia intensiva (2,4)⁽¹⁷⁷⁾ e semelhante à obtida entre enfermeiros de hospitais (2,6)⁽¹⁷²⁾. Sugere-se que a percepção de controle sobre o ambiente na APS e no ambiente hospitalar são semelhantes e ambos são piores do que no ambiente de terapia intensiva.

Para alguns autores a percepção de *controle* está intimamente associada com autonomia⁽²¹⁾ e o grau em que a pessoa pode controlar suas atividades ou os acontecimentos em seu trabalho interfere no seu bem estar⁽²²⁾. O ser humano organiza-se coletivamente para

gerenciar as cargas de trabalho⁽³⁷⁾ e quando não é possível gerenciá-las coletivamente, perde-se controle sobre o ambiente.

Ambiente e demandas de trabalho conflitivas são fatores de risco psicossociais no trabalho⁽²¹¹⁾. A redução de controle sobre o ambiente da prática profissional constitui-se em risco psicossocial à saúde do enfermeiro na APS.

Quanto menor o nível de controle sobre o local de trabalho, menor a satisfação e maior o risco de desenvolver a SB. Contrariamente, quanto maior o nível de controle e participação nas decisões, maior a satisfação no trabalho e menores as chances de ocorrência da SB⁽²¹⁾. Portanto é fundamental que o enfermeiro se aperceba de controle sobre o ambiente na APS para realizar seu trabalho em consonância com os princípios do SUS, sem adoecer pelo trabalho⁽²¹²⁾

Nesta investigação, obteve-se 1,94 de média para a subescala *relação profissional cordial entre enfermeiro e médico*, indicando que o ambiente é parcialmente favorável à prática profissional para este atributo. A média foi menor do que as obtidas em estudo com enfermeiros de terapia intensiva (2,1)⁽¹⁷⁷⁾ e entre enfermeiros de hospitais (2,2)⁽¹⁷²⁾ que utilizaram a mesma versão do instrumento, sinalizando que a percepção de relação profissional cordial entre enfermeiro e médico está mais presente na APS do que em ambientes hospitalares.

A relação profissional cordial entre enfermeiro deve ser colaborativa, com respeito mútuo, boa comunicação e interdependência^(23,24) e o tipo de relacionamento mantido nos locais de trabalho pode contribuir para melhorar ou piorar aspectos da ambiência⁽¹³⁾, promovendo ambiente de trabalho saudável ou piorando as situações difíceis⁽²²⁾.

Relações interpessoais são fundamentais para a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros e são consideradas preditores importantes da satisfação no trabalho⁽²¹³⁾. No entanto, enfrentamentos e conflito entre equipe de enfermagem e equipe médica é comum no dia a dia dos enfermeiros⁽¹⁰⁵⁾ na APS.

Autores apontam que um dos principais aspectos da ocorrência da SB é justamente a escassez de senso de comunidade nas organizações, representado pela falta de qualidade nas relações interpessoais, presença de conflitos, ausência de suporte, formação de grupos fechados e dificuldades no trabalho em equipe⁽²¹⁴⁾.

Contrariamente, um estudo multicêntrico evidenciou que nas instituições hospitalares com melhores relações entre enfermeiros, médicos, outros profissionais de enfermagem e pacientes, bem como o envolvimento na tomada de decisões, estão associados com melhores resultados para o paciente, menor taxa de mortalidade e maior satisfação do paciente⁽²¹⁵⁾.

Esforços para promover relações profissionais cordiais podem ser determinantes na realização de ambiente de trabalho saudável na equipe multiprofissional em APS, favorecendo o despertar de nova cultura⁽⁷⁵⁾, clima organizacional⁽⁷³⁾ e ambiência⁽¹³⁾.

A média da subescala *suporte organizacional* (2,22) obtida neste estudo sugere ambiente parcialmente favorável. Quando a média foi comparada com outros estudos que utilizaram a mesma versão do *NWI-R*, em português do Brasil, foi verificado semelhança com a média obtida entre enfermeiros de específicos de terapia intensiva (2,2)⁽¹⁷⁷⁾, sendo ambas maiores, do que a obtida entre enfermeiros de hospitais (1,9)⁽¹⁷²⁾, sugerindo o ambiente da prática profissional do enfermeiro na APS é semelhante ao ambiente de terapia intensiva, e ambos estão piores que o ambiente em hospitais em relação à percepção de suporte organizacional.

De acordo com Tamayo e Tróccoli, o suporte organizacional percebido engloba: estilo de gestão da chefia, políticas e prática reguladoras do trabalho, produtividade definida para os trabalhadores, disponibilidade adequação e suficiência de recursos materiais e financeiros; apoio social e relacionamento interpessoal com a chefia, supervisores e colegas; recompensas como ascensão funcional e salário⁽²⁸⁾.

Quando há número excessivo de famílias sob a responsabilidade do enfermeiro a percepção de suporte organizacional insuficiente, relacionado à área física, medicamentos, apoio diagnóstico, atenção especializada e capacitação implica em não cumprimento de todas as normas da ESF⁽¹⁴⁷⁾ e requer enorme investimento afetivo e cognitivo, para diminuir a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado⁽²¹⁶⁾. As pressões advindas da racionalidade do trabalho, sobretudo quando o suporte organizacional é deficiente podem levar ao esgotamento e à redução da realização profissional^(148,217).

No que se refere à *confiabilidade do NWI-R*, os valores dos coeficientes alfa de Cronbach variaram de 0,52 a 0,78. A confiabilidade de um instrumento de mensuração indica o grau em que sua aplicação produz resultados consistentes e coerentes⁽¹⁸⁰⁾.

Os valores da confiabilidade acima de 0,60 foram considerados aceitáveis^(179,180) para as subescalas: relação profissional cordial entre enfermeiro e médico; controle sobre o ambiente da prática e suporte organizacional. Somente a subescala autonomia obteve coeficiente inferior ao aceitável (0,52) entre enfermeiros de APS.

Alguns autores denunciam que a representação de autonomia profissional em saúde pública é contraditória⁽²⁰⁹⁾, visto que a ela sofre influência de fatores externos, como a interferência de outras pessoas nas decisões do enfermeiro, dependências de outros para realizar alguma atividade, fatores econômicos, sociais e políticos envolvidos⁽²¹⁸⁾ o que é plausível com a confiabilidade abaixo da aceitável para a subescala autonomia entre os enfermeiros da APS.

Em outros estudos brasileiros, as autoras obtiveram coeficientes alfa de Cronbach para a subescala autonomia maiores, quando comparados com este estudo, sendo 0,78 entre enfermeiros de terapia intensiva⁽¹⁷⁷⁾ e 0,63 entre enfermeiros hospitalares⁽¹⁷⁵⁾. Estudo internacional registrou coeficiente alfa Cronbach de 0,80 para autonomia entre enfermeiros de hospitais gerais⁽¹⁷⁶⁾.

Estas diferenças sugerem que a confiabilidade da subescala autonomia do *NWI-R* é melhor entre enfermeiros de instituições hospitalares do que entre enfermeiros da APS, oportunizando a realização de novos estudos para avaliar o que representa autonomia entre os enfermeiros na APS.

Para a subescala controle sobre o ambiente da prática profissional foi obtido coeficiente alfa de Cronbach de 0,66 indicando confiabilidade aceitável^(179,180) entre os enfermeiros da APS e menor do que a registrada entre enfermeiros de terapia intensiva (0,73)⁽¹⁷⁷⁾, entre enfermeiros de hospitais gerais (0,75)⁽¹⁷⁵⁾ e em estudo internacional (0,82)⁽¹⁷⁶⁾. Estas diferenças sugerem que a confiabilidade obtida pelo coeficiente alfa de Cronbach, da subescala controle sobre o ambiente da prática profissional do *NWI-R* é melhor entre os enfermeiros de instituições hospitalares do que entre enfermeiros da APS.

Em relação à subescala suporte organizacional o coeficiente alfa de Cronbach de 0,72 indicou confiabilidade aceitável^(179,180), próxima da obtida entre enfermeiros de hospitais (0,75)⁽¹⁷⁵⁾ e ambas menores do que a obtida entre enfermeiros de terapia intensiva (0,80)⁽¹⁷⁷⁾. Sendo assim, sugere-se que a subescala suporte organizacional do *NWI-R* produz resultados consistentes entre os enfermeiros da APS.

No que se refere à confiabilidade da subescala relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, o alfa de Cronbach de 0,78 indicou que é aceitável^(179,180), maior do que a confiabilidade obtida pelo mesmo critério em estudo nacional com enfermeiros de hospitais (0,75)⁽¹⁷⁵⁾, menor do que a registrada entre enfermeiros de terapia intensiva (0,82)⁽¹⁷⁷⁾ e em estudo internacional (0,84)⁽¹⁷⁶⁾, sugerindo que a subescala relação profissional cordial entre enfermeiro e médico do *NWI-R* é consistente para avaliar este atributo entre enfermeiros da APS.

Não obstante às questões relacionadas à confiabilidade do *NWI-R*, em países onde a atenção primária é a porta de entrada para o sistema público de saúde⁽¹¹⁴⁾ e o enfermeiro é um

dos alicerces para a efetivação dessa política de saúde⁽¹⁰⁵⁾ é necessário estabelecer até que medida os fatores organizacionais relacionados ao trabalho, os quais influenciam a autonomia, o controle sobre o ambiente da prática profissional, a relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, o suporte organizacional, a qualidade do cuidado, a satisfação no trabalho, a intenção de deixar o trabalho atual, a intenção de deixar a profissão e a SB, determinam a prática do enfermeiro e da enfermagem⁽⁹⁵⁾.

Sem perder de vista as características psicofisiológicas humanas importantes que possibilitam melhor adaptação do ambiente ao homem⁽³⁷⁾, as evidências de ambiente parcialmente favorável e parcialmente desfavorável à prática profissional do enfermeiro na APS apontam para a necessidade de avaliar: o modelo da prática profissional do enfermeiro⁽³⁰⁾, o modelo de prestação de cuidados⁽³⁴⁾ e a mensuração de resultados das dimensões qualitativas⁽¹²⁹⁾ na APS, fundamentados no conceito de vigilância em saúde⁽¹³⁴⁾, a fim de se garantir a integralidade do cuidado⁽²¹⁹⁾, uma vez que os enfermeiros são articuladores do trabalho multiprofissional nas redes de atenção à saúde (RAS) e intervêm nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, famílias e grupos sociais, no contexto socioambiental comunitário⁽¹¹²⁾. Para essa avaliação, o sistema de saúde dispõe da estratégia da educação permanente, enquanto importante perspectiva de gestão e aprendizagem no trabalho^(104,116,117,128).

5.4 Dimensões da síndrome de *burnout*

Nesta investigação, destaca-se que 27,98% dos enfermeiros apresentaram pontuações altas para a subescala exaustão emocional; 32,14% apresentaram pontuações altas para a subescala despersonalização e 38,69% apresentaram pontuações baixas para a subescala realização pessoal, representando alto nível de *burnout* em cerca de um terço dos enfermeiros da APS.

Já o grau médio ou nível médio de *burnout* foi atribuído a 37,50% dos enfermeiros que apresentaram pontuações moderadas para a subescala exaustão emocional; 33,93% de enfermeiros que apresentaram pontuações moderadas para a subescala despersonalização e 33,33% de enfermeiros com pontuações moderadas na subescala realização pessoal.

As alterações introduzidas na organização do trabalho, nas últimas décadas, promoveram o agravamento das patologias mentais relacionadas ao trabalho⁽⁴¹⁾, entre elas a SB evidenciada entre os enfermeiros da APS.

Várias características do trabalho e da organização do trabalho são consideradas mediadoras de *burnout* como: tipo de ocupação (enfermagem), tempo de profissão, tempo de trabalho na instituição, sobrecarga, relacionamento com colegas de trabalho, relacionamento com pacientes, tipo de cliente, conflito e ambiguidade de papel profissional, suporte organizacional, satisfação profissional, autonomia e controle no ambiente de trabalho, responsabilidade, pressão no ambiente de trabalho, possibilidade de progresso, percepção de iniquidade, conflito entre o trabalho executado e valores pessoais, falta de *feed-back* no trabalho, mudanças organizacionais, clima organizacional, burocracia, comunicação, recompensa, segurança entre outros⁽²²⁰⁾. As características elencadas também se aplicam ao ambiente de trabalho do enfermeiro em APS.

A vulnerabilidade dos enfermeiros para a SB é potencializada pela vivência de estresse no ambiente de trabalho⁽²²¹⁾. Nessa direção, investigação canadense apontou que dimensão exaustão emocional da SB está positivamente associada com as demandas de trabalho⁽⁸³⁾ e estudo nacional verificou que as percepções acerca do ambiente são mediadas pela exaustão emocional e esta influencia negativamente a percepção da qualidade do cuidado, satisfação no trabalho e intenção de deixar o emprego⁽¹⁷⁹⁾.

A percepção de inutilidade do trabalho continuado e da dedicação à prestação de cuidados pode ser considerada um disparador de *burnout*⁽⁴⁹⁾, num contexto em que os

problemas de saúde da população adscrita ultrapassam demais a capacidade e os recursos que os enfermeiros dispõem em resolvê-los.

A média somada das pontuações da subescala exaustão emocional, que poderia variar entre nove a 45 pontos, foi de 24,61 entre os enfermeiros da APS, maior que a registrada entre os enfermeiros que atuavam em hospitais (23,5)⁽¹⁷²⁾ e que a encontrada entre os enfermeiros específicos de terapia intensiva (22,0)⁽¹⁷⁷⁾ sugerindo que a exaustão emocional é mais frequente entre os enfermeiros da APS do que entre os enfermeiros de ambientes hospitalares. Em estudo internacional, os autores registraram média de 22,36 para exaustão emocional, usando escala tipo Likert de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

Neste estudo a soma das pontuações da subescala despersonalização poderia variar de cinco a 25 pontos e a média somada obtida entre os enfermeiros da APS (9,36) foi maior do que as registradas em outros estudos nacionais, como entre enfermeiros de hospitais (8,5)⁽¹⁷²⁾ e enfermeiros de terapia intensiva (9,1)⁽¹⁷⁷⁾, sugerindo que a frequência de sentimentos de despersonalização é maior entre enfermeiros de APS do que entre enfermeiros de ambientes hospitalares. Estudo internacional registrou 6,30 de média para a subescala despersonalização, utilizando IBM com escala de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

Num estudo realizado com servidores públicos os autores verificaram que os índices de despersonalização aumentavam na medida em que os servidores percebiam o trabalho como estressante, com a presença de calúnias, fofocas, grosserias, conflitos interpessoais e a presença de pessoas que atrapalhavam o ambiente de trabalho⁽¹⁵⁷⁾. Em outro estudo, foi evidenciado que o reconhecimento do ambiente como democrático e participativo diminuíam os níveis de despersonalização⁽²²²⁾.

Acerca da subescala realização pessoal segundo o IBM, a soma da pontuação poderia variar de oito a 40 pontos e a média obtida neste estudo (30,38) foi semelhante à registrada em estudos nacionais: entre enfermeiros de hospitais (29,8)⁽¹⁷²⁾ e entre enfermeiros de terapia

intensiva (30,5)⁽¹⁷⁷⁾. Esses valores sugerem semelhanças quanto às percepções de realização pessoal entre enfermeiros de APS e de hospitais. Estudo internacional acusou média de 37,38 utilizando IBM com escala de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

A realização pessoal reduzida decorre da percepção de trabalho estressante, convívio com pessoas que atrapalham o ambiente laboral e impedimento de participação em resoluções da instituição, tornando difícil controlar os recursos necessários para a realização do trabalho⁽¹⁵⁷⁾, em um contexto em que a responsabilidade excede a autonomia e a autoridade⁽²²³⁾ indicando que o trabalho não é fonte de realização⁽²¹⁾. Quando a realização pessoal é baixa, o trabalhador (enfermeiro) se autoavalia de forma negativa, com sentimento de incompetência⁽²¹⁾, tornando-se infeliz e insatisfeito no trabalho⁽¹⁵⁵⁾.

Embora *burnout* seja um processo invisível, com risco de não ser percebido pelo trabalhador e pelos gestores públicos, os achados desta pesquisa dão visibilidade à prevalência de aproximadamente um terço dos enfermeiros da APS com alto nível de *burnout* e outro um terço com nível moderado, indicando a presença de fatores de risco psicossociais no *locus* de trabalho do enfermeiro em APS para o desenvolvimento da SB.

Riscos psicossociais podem interferir até mais que fatores físicos no desempenho no trabalho⁽²¹¹⁾ e sua negação ou banalização não reduzem seus efeitos deletérios à saúde dos enfermeiros. Por isso a problemática da exposição aos riscos no posto de trabalho que leva a ocorrência de *burnout* deve ser objeto de avaliação e enfrentamento pela equipe e gestores na APS, no sentido de promover ambientes de trabalho saudáveis para os profissionais de saúde.

A redução da exposição aos riscos de agravos à saúde e à segurança do trabalhador (enfermeiros) é um direito humano e constitucionalmente garantido⁽¹⁾ e é atribuição dos gestores da saúde⁽²⁾. Segundo alguns autores as intervenções focadas no indivíduo são ineficazes, sendo necessária a realização de estratégias preventivas, que atuem diretamente na organização e no ambiente da prática⁽¹⁵⁷⁾.

Em relação à *confiabilidade* do IBM, os coeficientes alfa de Cronbach variaram de 0,66 a 0,86 para as três subescalas e foram consideradas aceitáveis^(179,180) sugerindo que a versão do IBM utilizada é consistente para avaliar a síndrome de *burnout* entre os enfermeiros da APS.

O coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 da subescala exaustão emocional do IBM obtido entre os enfermeiros da APS foi semelhante ao registrado entre enfermeiros de hospitais (0,88)⁽¹⁷²⁾ e entre enfermeiros de terapia intensiva (0,90)⁽¹⁷⁷⁾, sugerindo que a versão do IBM utilizada tem consistência semelhante ao aferir a exaustão emocional entre os enfermeiros da APS e entre enfermeiros de ambientes hospitalares. Em estudo internacional foi registrado coeficiente alfa de Cronbach de 0,91, no entanto a escala utilizada foi de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

Em relação à subescala despersonalização o coeficiente alfa de Cronbach de 0,66 registrado entre os enfermeiros da APS, foi maior do que o obtido em outros estudos nacionais como entre enfermeiros de hospitais (0,59)⁽¹⁷²⁾ e entre enfermeiros específicos de terapia intensiva (0,54)⁽¹⁷⁷⁾, sugerindo que a versão do IBM utilizada é mais consistente entre os enfermeiros no ambiente da APS. Em estudo internacional, os autores registraram alfa de 0,78 usando IBM com escala de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

O coeficiente alfa de Cronbach 0,72 da subescala realização pessoal se assemelhou ao obtido entre enfermeiros de terapia intensiva (0,70)⁽¹⁷⁷⁾ e foi menor do que o registrado entre enfermeiros hospitalares (0,77)⁽¹⁷²⁾, com utilização da mesma versão do instrumento, sugerindo que a consistência desta subescala é menor entre enfermeiros que exercem atividade em APS. Estudo internacional registrou coeficiente alfa 0,80 usando IBM com escala de sete pontos⁽¹⁹⁹⁾.

5.5 Correlações entre percepções do ambiente da prática profissional e dimensões da síndrome de *burnout*

Uma questão metodológica importante a ser lembrada ao se utilizar correlações convergentes de constructos (224) (Fichman *et al.* 2010) é que, embora as correlações sejam

significantes, a magnitude tende a ser baixa⁽²²⁵⁾ uma vez que os instrumentos não se sobrepõem.

No presente estudo, tanto o *NWI-R*, quanto o IBM, avaliam percepções e sentimentos no ambiente de trabalho, que envolvem o modo de trabalhar, de vender a força de trabalho, o recompensar-se, o queimar-se profissionalmente trabalhando na APS, modulados por satisfação no trabalho, adesão ao posto de trabalho, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de abandonar a profissão.

O *NWI-R* e o IBM são construtos distintos que convergem em alguns pontos por representarem semelhanças da realidade observável⁽²²⁶⁾. Nesta investigação foram evidenciadas oito correlações significantes entre os dois construtos de magnitudes moderadas e fracas⁽¹⁸¹⁾.

A correlação significativa entre a subescala autonomia do *NWI-R* e a subescala exaustão emocional do IBM, sinaliza que conforme diminui a percepção de autonomia, aumenta o sentimento de exaustão emocional e vice-versa. Este resultado corrobora estudo internacional⁽¹⁶⁾ e estudos nacionais entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾ e enfermeiros específicos de terapia intensiva⁽¹⁷⁷⁾.

Entre a subescala autonomia do *NWI-R* e a subescala realização pessoal do IBM, o presente estudo evidenciou correlação significativa indicando que conforme diminui a percepção de autonomia, diminui o sentimento de realização pessoal, sendo o contrário também verdadeiro. A evidência corrobora estudo nacional realizado entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

Outro dado evidenciado que chama a atenção foi a ausência de correlação significativa entre a subescala autonomia do *NWI-R* e a subescala despersonalização do IBM, o que diferiu dos achados de outros autores⁽¹⁷⁵⁾ e contrariou a expectativa nesta investigação. É possível que a consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach inferior a 0,60 da subescala autonomia esteja relacionada com o resultado obtido, corroborando a afirmativa de que a

autonomia não é um fenômeno consolidado na prática profissional do enfermeiro⁽¹⁹⁾ no *locus* de trabalho da APS e sua percepção consciente, possibilita reflexões acerca das limitações impostas⁽¹⁸⁾ para o exercício profissional.

O estudo revelou correlação significativa de moderada magnitude⁽¹⁸¹⁾ entre a subescala controle sobre o ambiente da prática do *NWI-R* e a subescala exaustão emocional do IBM indicando que conforme diminui a percepção do controle sobre esse ambiente, aumenta o sentimento de exaustão emocional e vice-versa. A evidência corrobora estudos realizado entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾, incluindo os de terapia intensiva⁽¹⁷⁷⁾.

O grau com que o enfermeiro pode controlar suas atividades ou acontecimentos em seu local de trabalho interfere no seu bem estar⁽²²⁾ e muitas vezes os enfermeiros se vêem diante de situações de violência e insegurança no trabalho que os destitui de qualquer grau de controle no local de trabalho na APS, situações estas que frequentemente são noticiadas pela mídia⁽²²⁷⁾.

A presença de correlação significativa entre a subescala controle sobre o ambiente da prática profissional do *NWI-R* e a subescala despersonalização do IBM sinaliza que conforme diminui a percepção de controle, aumenta o sentimento de despersonalização e vice-versa, corroborando o estudo realizado entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

Já a correlação significativa entre a subescala controle sobre o ambiente da prática profissional do *NWI-R* e a subescala realização pessoal do IBM indica que conforme diminui a percepção do controle, reduz a realização pessoal, sendo que o inverso também é verdadeiro, corroborando outro estudo⁽¹⁷⁵⁾.

As evidências de correlações entre controle sobre o ambiente da prática profissional e as três dimensões de *burnout*, corroboram a afirmativa de outros autores de que pouco controle sobre o ambiente da prática favorece a ocorrência de *burnout*⁽²¹⁾ entre os enfermeiros da APS.

Em relação à subescala suporte organizacional do *NWI-R*, a evidência de correlação significativa moderada⁽¹⁸¹⁾ com a subescala exaustão emocional do IBM sugere que conforme

diminui a percepção de suporte organizacional, aumenta o sentimento de exaustão emocional, reciprocamente, sendo o mesmo verificado entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

O suporte organizacional inclui adequação de recursos, oportunidade para crescimento profissional⁽¹⁷⁾, a percepção do estilo de gestão da chefia, políticas e práticas reguladoras do trabalho, produtividade esperada e recompensas⁽²⁸⁾, o que nem sempre é oferecido/acessível a todos enfermeiros que laboram na APS.

Já a correlação significativa entre a subescala suporte organizacional do *NWI-R* e a subescala despersonalização do IBM sinaliza que conforme diminui a percepção de suporte organizacional, aumenta o sentimento de despersonalização e vice-versa, corroborando estudo de outros autores⁽¹⁷⁵⁾.

Ainda em relação à subescala suporte organizacional do *NWI-R*, foi evidenciado correlação significativa com a subescala realização pessoal do IBM, sugerindo que conforme diminui a percepção de suporte organizacional, o sentimento de realização pessoal se reduz, mutuamente, sendo o mesmo verificado por outros autores em hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

Neste estudo, as evidências de correlações significantes de magnitudes moderada e fracas entre suporte organizacional do *NWI-R* e três as subescalas do IBM são favoráveis a afirmativa de que suporte organizacional insuficiente é considerado um preditor significativo de *burnout*⁽²⁹⁾. Logo, faz-se necessário garantir suporte organizacional efetivo no ambiente da prática profissional do enfermeiro, para não facilitar a ocorrência de *burnout*.

Por outro lado, as evidências das correlações significantes sugerem semelhanças entre as interações que ocorrem no ambiente da prática profissional do enfermeiro em APS e na atenção hospitalar e fundamenta a necessidade de viabilizar melhores condições para o trabalho dos enfermeiros, num ambiente favorável à prática profissional das equipes de saúde e das equipes intersetoriais, conseqüentemente, proporcionando melhores serviços para a população e satisfação profissional na APS.

Numa perspectiva ampliada, as evidências das correlações convergentes significantes entre os construtos, um que avalia a percepção de atributos favoráveis à prática profissional (autonomia, controle sobre o ambiente da prática profissional, relação profissional cordial entre enfermeiro e médico) e outro que avalia sentimentos desfavoráveis à conservação da saúde mental do enfermeiro (exaustão emocional, despersonalização, redução da realização pessoal), sugerem que os processos de trabalho na APS se desenvolvem em ambiente conflituoso, possivelmente associado com diferentes modelos de atenção à saúde, diferentes concepções de APS e atravessamentos políticos que se expressam no *locus* de trabalho.

Nesta pesquisa não foram verificadas correlações convergentes significantes entre a subescala relação profissional cordial entre enfermeiro e médico do *NWI-R* e as subescalas do IBM, conforme era esperado inicialmente, diferenciando-se do estudo com enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

Segundo Pasquali, o construto é uma representação de uma realidade que depende do que é observável⁽²²⁶⁾ e nem sempre a representação é legítima daquilo que é observável⁽²²⁸⁾. Nessa perspectiva, a ausência de correlação convergente pode ser explicada pela diversidade das relações profissionais requeridas no local de trabalho do enfermeiro na APS que é principalmente trabalho em equipe, pautado em diversas relações interpessoais: na equipe de enfermagem, na equipe de saúde e em equipes de trabalho intersetoriais, não sendo suficiente mensurar apenas a relação profissional entre enfermeiro e médico para avaliar supostas conexões com as dimensões de *burnout* no ambiente da prática profissional em APS.

Ademais, para avaliar a relação entre enfermeiro e médico, em ambiente de trabalho da APS, exige do enfermeiro que destaque entre as outras relações interpessoais que se estabelecem no local de trabalho, podendo gerar confusão e induzir ao erro, no momento de interpretar os itens e assinalar a resposta mais adequada do *NWI-R*.

A ausência de correlações convergentes significantes oportuniza a realização de outros estudos de validade de construto em diferentes ambientes de trabalho do enfermeiro. A validade de construto idealmente requer um acúmulo de evidências de validação de construto envolvendo diferentes pesquisadores⁽²²⁶⁾. Validade constitui a propriedade do instrumento de medida, o qual pode estar calibrado ou não, e validação constitui a atividade do cientista para verificar tal propriedade⁽²²⁶⁾.

5.6 Correlações entre percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional e as variáveis: satisfação no trabalho, qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

Esperava-se encontrar evidências de correlações significantes entre as variáveis: satisfação no trabalho, qualidade do cuidado e intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem e as subescalas do *NWI-R*, mas não se esperava correlações de magnitudes fortes porque as representações observáveis do ambiente da APS que o *NWI-R* traduz e as representações observáveis do ambiente que as variáveis traduzem não se sobrepõem⁽²²⁶⁾. Nesta pesquisa foram evidenciadas sete correlações significantes de magnitudes fracas e moderada⁽¹⁸¹⁾ que oscilaram de 0,18 a 0,30.

A subescala controle sobre o ambiente da prática do *NWI-R* e a variável satisfação no trabalho apresentaram correlação significativa de magnitude moderada⁽¹⁸¹⁾, sinalizando que conforme diminui a percepção de controle sobre o ambiente da prática profissional, diminui a satisfação no trabalho, gerando insatisfação e vice-versa. A evidência corrobora outros estudos^(175, 177). Autores destacam que quanto maior o nível de controle e de participação nas decisões, maior a satisfação no trabalho⁽²¹⁾ o que é confirmado por esta pesquisa.

Correlação significativa foi evidenciada entre a subescala suporte organizacional do *NWI-R* e a variável satisfação no trabalho. Conforme diminui a percepção de suporte

organizacional, diminui a satisfação profissional, gerando insatisfação, e vice-versa o que corrobora estudo realizado entre enfermeiros em ambiente hospitalar⁽¹⁷⁵⁾.

A percepção de suporte organizacional refere-se ao apoio administrativo e gerencial, disponibilidade de recursos materiais e financeiros, oportunidade de crescimento profissional⁽¹⁷⁾ que conduz à satisfação no trabalho. No local de trabalho da APS, em geral o suporte organizacional não é suficiente para superar os desafios de ordem financeira, operacional, estrutural e de gestão impondo limites à satisfação profissional do enfermeiro.

Não foram evidenciadas correlações significantes entre satisfação profissional e autonomia (*NWI-R*), nem entre satisfação profissional e relação profissional cordial entre enfermeiro e médico (*NWI-R*), corroborando estudo internacional realizado entre enfermeiras em ambiente de cuidados ambulatoriais⁽²²⁹⁾.

A correlação significativa entre a subescala autonomia do *NWI-R* e a variável qualidade do cuidado indica que conforme diminui a percepção de autonomia, diminui também a percepção da qualidade do cuidado, reciprocamente, corroborando estudo em ambiente hospitalar⁽¹⁷⁵⁾ e estudo em ambiente específico de terapia intensiva⁽¹⁷⁷⁾.

A qualidade do cuidado depende de segurança no atendimento, quantitativo de pessoal de enfermagem⁽⁶⁷⁾, insumos disponíveis, organização e efetividade da RAS para garantir a integralidade da assistência do cidadão. Quando problemas estruturais e organizacionais⁽⁴⁵⁾ limitam o exercício profissional do enfermeiro em sua plenitude, com pouca autonomia, na porta de entrada da RAS, a qualidade do cuidado fica comprometida.

A correlação significativa de entre a subescala controle sobre o ambiente da prática do *NWI-R* e a variável percepção da qualidade do cuidado sugere que diminuindo a percepção de controle sobre o ambiente da prática, diminui a percepção da qualidade do cuidado e vice versa, corroborando outros achados em ambientes hospitalares^(175,177).

Controle sobre o ambiente da prática na enfermagem refere-se ao exercício de influência sobre outros para promover a qualidade do cuidado do paciente⁽¹⁷⁾ e sua percepção está intrinsecamente ligada ao grau de autonomia⁽²⁰⁾ para governar seu trabalho a partir de habilidades e conhecimentos. No ambiente da APS nem sempre se verifica autonomia e controle para o exercício da prática profissional do enfermeiro. Pouco ou nenhum controle sobre o ambiente conduz ao cuidado de pouca qualidade para os usuários.

Neste estudo, correlação significativa foi encontrada entre a subescala relação profissional cordial entre enfermeiro e médico do *NWI-R* e a variável qualidade do cuidado, indicando que conforme diminui a percepção da relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, diminui a percepção da qualidade do cuidado, mutuamente, corroborando outros estudos nacionais^(175,177).

A relação profissional cordial entre enfermeiro e médico favorece a comunicação entre ambos⁽²⁴⁾, facilita a troca de saberes⁽²⁵⁾, diminui a fragmentação do cuidado e favorece a integralidade da assistência⁽²⁶⁾, promovendo a qualidade do cuidado em benefício de seus usuários. No entanto, muitas vezes as diferenças entre responsabilidades, autonomias e autoridades⁽¹⁵⁸⁾ dos dois profissionais (enfermeiro e médico) em relação ao trabalho em equipe na APS, não permite que a relação profissional seja cordial o tempo todo e seus reflexos podem se expressar em cuidado não qualificado.

Nesta pesquisa, a evidência de correlação significativa encontrada entre a subescala suporte organizacional do *NWI-R* e a variável qualidade do cuidado, indica que diminuindo a percepção de suporte organizacional, diminui a percepção da qualidade do cuidado, onde o inverso também é verdadeiro e corrobora estudo realizado entre enfermeiros de hospitais⁽¹⁷⁵⁾.

Suporte organizacional favorece o acesso e o uso dos recursos em benefício do paciente⁽²⁷⁾ e conduz ao cuidado de boa qualidade quando é suficiente. No local de trabalho da APS, nem sempre o suporte organizacional é suficiente para garantir a qualidade do cuidado.

Destaca-se que foram evidenciadas correlações significantes entre qualidade do cuidado e todas as subescalas do *NWI-R* demonstrando a importância de percepções do enfermeiro acerca do ambiente de sua prática profissional para dispensar um cuidado de qualidade aos usuários do sistema de saúde.

Do ponto de vista lógico, não é crível que trabalho com recursos humanos e materiais insuficientes em ambiente parcialmente favorável (1/3) e desfavorável (2/3), conforme evidenciado nesta pesquisa, permita o cuidado de boa qualidade. No entanto, no contexto de concepção de APS seletiva a evidência é plausível.

A existência de correlação significativa entre a subescala autonomia do *NWI-R* e a variável intenção de deixar o trabalho atual indica que a diminuição da percepção de autonomia aumenta a intenção de deixar o trabalho atual, corroborando outro estudo⁽¹⁷⁷⁾.

A intenção de deixar o trabalho atual pode ser uma escolha voluntária devido a aspectos extrínsecos ao local de trabalho ou imposta pelo local de trabalho desfavorável à prática profissional que se apresenta diante do enfermeiro. O achado permite supor que na APS, os desafios de ordem financeira, operacional, estrutural e de gestão impõem limites à autonomia do enfermeiro e ao mesmo tempo aumentam o desejo de deixar o posto de trabalho.

Nesta investigação não foram evidenciadas correlações significantes entre intenção de deixar o trabalho atual e as subescalas: controle sobre o ambiente da prática, relação profissional entre enfermeiro e médico e suporte organizacional do *NWI-R*, nem correlações significantes do *NWI-R* com intenção de deixar a enfermagem, oportunizando a realização de novas pesquisas sobre ambiente de trabalho do enfermeiro na APS. Por outro lado as correlações significantes evidenciadas confirmam a complexidade das interações no ambiente de trabalho do enfermeiro⁽⁹³⁾ em APS.

5.7 Correlações entre dimensões da síndrome de *burnout* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem

Nesta investigação, foram encontradas evidências de oito correlações significantes entre as subescalas do *IBM* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem, de magnitudes moderadas e fracas (de 0,23 a 0,43) conforme era esperado, visto que as representações capturadas pelo *IBM* e as representações capturadas pelas variáveis não se sobrepõem⁽²²⁵⁾.

A correlação significativa de moderada magnitude⁽¹⁸¹⁾ entre satisfação profissional e exaustão emocional, sinaliza que conforme diminui a satisfação profissional no ambiente da APS, aumenta a exaustão emocional e o inverso também é verdadeiro. Este achado corrobora a evidência de outros autores, entre enfermeiros em ambiente de terapia intensiva⁽¹⁷⁷⁾.

O trabalho em saúde ocupa lugar central na vida do enfermeiro e dependendo da forma como ele é organizado e executado, demanda ações que suprem as necessidades dos trabalhadores podendo gerar sentimentos de satisfação⁽⁵⁸⁾ ou insatisfação⁽⁷⁷⁾ e conduzir à SB.

Foi evidenciada correlação significativa entre satisfação no trabalho e despersonalização, indicando que conforme diminui a satisfação, aumenta a despersonalização. Quando não há mais paixão naquilo que fazem, porque o tempo para o prazer de escutar o paciente e de dar atenção é substituído por aumento do número de pessoas a serem atendidas, ocorre o esvaziamento afetivo, insatisfação no trabalho e desejo de abandonar a profissão⁽⁴³⁾.

Também foi evidenciada correlação significativa entre satisfação profissional e realização pessoal, indicando que conforme diminui a satisfação no trabalho, diminui a realização pessoal.

Destaca-se que satisfação no trabalho apresentou correlações significantes com todas as dimensões de SB, sinalizando que o enfermeiro insatisfeito no trabalho tende a desenvolver *burnout* em uma ou mais de suas dimensões, no local de trabalho da APS.

No ambiente da prática profissional do enfermeiro em APS, muitas vezes a imagem do ambiente de fato não corresponde à imagem desejada e o enfermeiro tenta se adaptar ao ambiente real de trabalho, tolerando-o e enfrentando problemas que inclui a exposição aos fatores de risco à própria saúde e segurança, à falta de recursos, à insatisfação profissional etc. Quando o enfrentamento aos problemas do ambiente real de trabalho é ineficaz, o enfermeiro tende a se sentir esgotado profissionalmente podendo desenvolver uma ou mais dimensões da SB.

De outra perspectiva, a recorrência da tentativa de adaptação pode se converter em presenteísmo⁽¹⁶¹⁾, como uma estratégia de tolerância e resistência ao local trabalho e a visibilidade do presenteísmo pode resultar na ocorrência de faltas e afastamentos efetivos⁽¹⁶²⁾, constituindo-se em problema para gestores e colegas de trabalho.

Evidência de correlação significativa foi verificada entre percepção da qualidade do cuidado e despersonalização, indicando que conforme aumenta a despersonalização diminui a qualidade do cuidado e vice-versa. Correlação significativa de magnitude moderada⁽¹⁸¹⁾ também foi evidenciada entre percepção da qualidade do cuidado e realização pessoal, sugerindo que conforme diminui a realização pessoal, diminui a qualidade do cuidado percebida.

Na APS sabe-se que as condições de trabalho, em geral não favorecem a adesão ao posto de trabalho entre os enfermeiros por muito tempo. Enfermeiros com realização pessoal reduzida no trabalho sentem-se insatisfeitos, não avaliam bem a qualidade do cuidado e têm intenção de deixar o posto de trabalho, pois não resistem aos desafios de ordem financeira, operacional, estrutural e econômica do trabalho da APS o tempo todo.

De uma perspectiva ampliada, a insuficiência de recursos financeiros no SUS, reforçada pelo seu desvio para a atenção secundária e terciária à saúde, consolida na prática, a atenção primária seletiva que propõe uma atenção de baixo custo para pessoas pobres em regiões pobres⁽⁴⁵⁾, e concorre com a atenção primária organizadora e articuladora da rede de atenção à saúde, fundamentada na integralidade, na equidade e na universalidade.

Verificou-se correlação significativa de magnitude moderada⁽¹⁸¹⁾ entre exaustão emocional e a intenção de deixar o trabalho atual, indicando que conforme aumenta a exaustão emocional, aumenta a intenção de deixar o posto de trabalho no ambiente da APS, corroborando achados entre enfermeiros de terapia intensiva⁽¹⁷⁴⁾.

Se, no lugar da adesão ao trabalho, há a intenção de deixá-lo, não se pode esperar que o enfermeiro faça vínculo profissional e efetivo com o usuário, o que compromete os processos de trabalho já existentes e os processos de trabalho inovadores na APS.

Nesta pesquisa não foi evidenciada correlação significativa entre despersonalização e intenção de deixar o trabalho atual, mas foi evidenciada correlação significativa entre realização pessoal e intenção de deixar o trabalho atual, corroborando o estudo entre enfermeiros de terapia intensiva⁽¹⁷⁴⁾, indicando que conforme diminui a realização pessoal, aumenta a intenção de deixar o trabalho atual e vice-versa.

A intenção de deixar a enfermagem indica a saída efetiva⁽⁸¹⁾, constitui-se em indicador de avaliação de recursos humanos e prediz a rotatividade de pessoal⁽⁸⁴⁾. Estudos recentes verificaram que o descontentamento com a atmosfera de trabalho foi identificado como razão da *intenção* de deixar a enfermagem⁽⁸²⁾ e as condições de trabalho justificaram o abandono *efetivo* da profissão⁽⁸³⁾.

Foi encontrada correlação significativa entre exaustão emocional e intenção de deixar a enfermagem, indicando que conforme aumenta a exaustão emocional, aumenta a intenção de abandonar a profissão de enfermagem entre os enfermeiros da APS, corroborando outro

estudo⁽²³⁰⁾. A evidência reforça a afirmativa de que a percepção negativa do ambiente da prática profissional está associada às perspectivas futuras de abandonar a profissão, entre enfermeiros europeus⁽⁷⁷⁾.

Elementos da micropolítica do processo de trabalho e das dimensões organizacionais e macroestruturais dificultam o desempenho previsto para o enfermeiro na ESF, acentuando a insatisfação com as vivências laborais⁽¹⁴⁷⁾. Em muitas instituições públicas impera: burocracia, interferência político-partidária, centralização das decisões, paternalismo, interrupção de projetos de longo prazo, conflitos de objetivos e gestão nem sempre profissionalizadas⁽²²³⁾. Essas experiências podem influenciar negativamente a percepção do enfermeiro acerca do seu ambiente da prática profissional, gerando insatisfação no trabalho, percepção ruim da qualidade do cuidado oferecido aos usuários, intenção de deixar o trabalho e *burnout*.

As interações evidenciadas neste estudo indicam que dimensões da SB influenciam satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem; sugerem algumas semelhanças entre o ambiente da prática profissional do enfermeiro em APS e o ambiente da atenção hospitalar, e apoiam a implementação de medidas de prevenção e precauções em relação à saúde mental dos enfermeiros no ambiente da APS. O enfrentamento dessa problemática poderia ser viabilizada por meio da estratégia da educação permanente na perspectiva de atuação ampliada⁽¹⁰⁴⁾, considerada uma modalidade de aprendizagem pelo trabalho^(116,117,128).

5.8 Limitações do estudo

No que se refere à limitação deste estudo, destaca-se o contexto político em que foi realizada a coleta de dados no ano de 2012, o que provavelmente impossibilitou a adesão de mais enfermeiros à pesquisa, especialmente os enfermeiros celetistas com contratos por prazo determinado em processo de extinção, por determinação da justiça uma vez que foram considerados ilícitos⁽¹⁹¹⁾.

A administração pública, guiada pelos princípios da legalidade, moralidade, eficiência entre outros, deveria selecionar profissionais sempre por meio de concurso público de provas e títulos e empossá-los para cargos efetivos, pelo regime estatutário⁽¹⁹⁰⁾, o que não foi realizado efetivamente ao longo dos anos e resultou em um contingente de profissionais de saúde e de enfermeiros com vínculo precário de trabalho com a administração pública municipal, os quais, compreensivamente, não se dispuseram a participar na coleta de dados. Logo a ausência desses enfermeiros na pesquisa provavelmente se constituiu em viés de seleção, comum em estudos epidemiológicos⁽¹⁹⁵⁾.

Por outro lado, o estudo não realizou demanda estimulada para reforçar taxa de respostas e não coletou subamostra em recapturas⁽¹⁶⁹⁾ para descrever os enfermeiros não respondentes. Mesmo assim, obteve-se taxa de resposta não estimulada superior a 68% em relação à lista de 287 nomes de enfermeiros potencialmente presentes e ausentes e, superior a 74% em relação aos 266 enfermeiros participantes localizados, convidados em inquérito voluntário. Vale lembrar que a pesquisa abordou sujeitos de um único município, em cidade com sucessivas deposições de prefeitos, condições políticas para degradação dos serviços, subfinanciamento da saúde, dificuldade do acesso aos serviços de saúde, ameaças e demissões de profissionais, o que relativiza generalizações absolutas em relação a outros municípios.

Apesar das limitações, esta investigação denuncia aspectos negativos da situação do ambiente da prática profissional do enfermeiro na APS e produz informações para subsidiar intervenções que proporcionem ambientes favoráveis aos trabalhadores e à saúde de trabalhadores e usuários na APS.

6. CONCLUSÕES

Em relação ao perfil dos enfermeiros da atenção primária à saúde conclui-se que a maioria é do sexo feminino, solteira, possui pós-graduação *latu sensu* em saúde coletiva, não possui pós-graduação *strictu sensu*, é estatutária com um único vínculo de trabalho, labora em turno misto com intervalo para o almoço, considera insuficiente o número de profissionais e o de recursos. Conclui-se ainda que a maioria possui idade média maior que 36 anos, média de filhos menor que um, média do tempo de formado maior que dez anos, média do tempo de trabalho na unidade atual maior que quatro anos, média de tempo de trabalho na prefeitura maior que seis anos e média da carga horária de trabalho semanal maior que 38 horas.

Quanto às percepções dos enfermeiros acerca da satisfação profissional e percepção qualidade do cuidado, conclui-se que a maioria se sente satisfeita no trabalho, 34,85% se sente insatisfeita e a maioria qualifica o cuidado oferecido como bom, embora considere o número de recursos humanos e materiais insuficientes. Em relação à intenção de deixar o trabalho atual e à intenção de deixar a enfermagem, ambas foram evidenciadas entre os enfermeiros da APS.

Diante das percepções dos enfermeiros acerca dos atributos do ambiente da prática, segundo as subescalas do *NWI-R*, conclui-se que o ambiente da prática profissional do enfermeiro da APS é parcialmente favorável (1/3) para as percepções de: autonomia, relação profissional cordial entre enfermeiro e médico e suporte organizacional e parcialmente desfavorável (2/3) para a percepção de controle sobre o ambiente da prática.

Quanto aos níveis das dimensões da SB vivenciado pelos enfermeiros da APS, segundo as subescalas do IBM, conclui-se que cerca de um terço dos enfermeiros vivenciam níveis altos de sentimentos relacionados à síndrome de *burnout* e outro um terço, vivenciam níveis moderados.

No que se refere às correlações entre percepções do ambiente da prática profissional, avaliados pelo *NWI-R* e a SB, avaliada segundo as subescalas do IBM, conclui-se que existem oito correlações significantes de magnitudes moderadas e fracas indicando que as percepções

do enfermeiro acerca do ambiente da prática interagem com a frequência de sentimentos relacionados à SB da seguinte maneira:

- Autonomia: diminuindo a percepção de autonomia, aumenta a frequência do sentimento de exaustão emocional e diminui a frequência de sentimento de realização pessoal;
- Controle sobre o ambiente da prática profissional: diminuindo a percepção de controle sobre o ambiente da prática profissional, aumenta a frequência do sentimento de exaustão emocional e despersonalização e diminui a frequência de sentimento de realização pessoal;
- Suporte organizacional: diminuindo a percepção de suporte organizacional, aumenta a frequência de sentimento de exaustão emocional e despersonalização e diminui a frequência de sentimento de realização pessoal e;
- Relações profissionais cordiais entre enfermeiro e médico: para esta subescala não foram evidenciadas correlações significantes com as dimensões da SB entre os enfermeiros da APS.

No que se refere às correlações significantes entre subescalas do *NWI-R* e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem, conclui-se que existem sete correlações significantes de magnitudes moderada e fracas apontando que as percepções do enfermeiro acerca de determinados atributos do ambiente da prática influenciam a satisfação no trabalho, a percepção da qualidade do cuidado e a intenção de deixar o trabalho atual da seguinte maneira:

- Autonomia: diminuindo a percepção de autonomia, diminui a percepção da qualidade do cuidado e aumenta a intenção de deixar o trabalho atual;
- Controle sobre o ambiente da prática profissional: diminuindo o controle sobre o ambiente da prática profissional, diminui a satisfação no trabalho e a percepção da qualidade do cuidado;

- Relação profissional cordial entre enfermeiro e médico: diminuindo a percepção de relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, diminui a percepção da qualidade do cuidado e;
- Suporte organizacional: diminuindo a percepção de suporte organizacional, diminuí a satisfação no trabalho e a percepção da qualidade do cuidado.

Não foram evidenciadas correlações significantes entre os atributos do ambiente da prática profissional e a variável intenção de deixar a enfermagem.

No que se refere às correlações entre as dimensões da SB, segundo as subescalas do IBM e as variáveis: satisfação no trabalho, percepção da qualidade do cuidado, intenção de deixar o trabalho atual e intenção de deixar a enfermagem conclui-se que existem oito correlações significantes, sugerindo que os sentimentos relacionados à SB interagem com as quatro variáveis da seguinte maneira:

- Exaustão emocional: aumentando a frequência de sentimentos de exaustão emocional, diminui a satisfação no trabalho, aumentam as intenções de deixar o trabalho atual e de deixar a enfermagem;
- Despersonalização: aumentando a frequência de sentimentos de despersonalização, diminui a satisfação no trabalho e a percepção da qualidade do cuidado e;
- Realização pessoal: diminuindo a frequência de sentimento de realização pessoal, diminui a satisfação no trabalho e a percepção da qualidade do cuidado e aumenta a intenção de deixar o trabalho atual.

Esses achados dão visibilidade à situação de trabalho do enfermeiro na APS; contribuem para esclarecer a influência dos fatores organizacionais e psicossociais relacionados ao trabalho na prática de enfermagem; contribuem para a construção de indicadores para avaliação de serviços de saúde e de recursos humanos em enfermagem e de saúde do trabalhador; apontam para a necessidade de avaliar o modelo da prática profissional

do enfermeiro, o modelo de prestação de cuidados e a mensuração de resultados das dimensões qualitativas do trabalho do enfermeiro na APS, fundamentados no conceito de vigilância em saúde e auxiliados pela estratégia da educação permanente. Além disso, os achados desta investigação implicam em avanços no conhecimento científico da enfermagem e subsidiam transformações no ambiente da prática profissional que implicariam em ganhos para a sociedade que se beneficia do trabalho do enfermeiro.

Não obstante, à confiabilidade da subescala autonomia e à validade da subescala relação profissional cordial entre enfermeiro e médico, o *NWI-R* possibilitou a avaliação de percepções do enfermeiro acerca do ambiente da prática profissional na APS e o IBM possibilitou a mensuração dos níveis de *burnout* entre os enfermeiros da atenção primária à saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa de 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18/04/2014.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18/04/2014.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física, como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 18/04/2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf. Acesso em: 18/04/2014.
5. Pires DEP. Processo de Trabalho e Processo Enfermagem: de que estamos falando? In: Fórum Permanente e Interdisciplinar em saúde. Processo de Enfermagem na Atenção Básica e na Urgência e Emergência. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. São Paulo. Campinas. 2012. Disponível em:
http://www.foruns.unicamp.br/foruns/projetocotuca/biblioteca_virtual/arquivos/DENISE%20PIRESUniversidade.pdf. Acesso em: 18/04/2014.
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá

outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 18/04/2014.

7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: 18/04/2014.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2008.

9. Reveiz I, Chapman E, Flórez CEP, Torres R. Prioridades de investigación en políticas y sistemas de salud centradas en los recursos humanos en salud. Rev Panam Salud Publica. 2013. 34(5): 295-303.

10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.938 de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional de Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6938.htm. Acesso em: 18/04/2014.

11. Odone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiatella M, Re A. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hicitec, 1986.133p.

12. Organização Internacional do Trabalho/ Organização Mundial da saúde. Diretrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e o VIH/SIDA. Genebra: OIT. Depósito legal: 271149/08. 2007. 104p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde. Série B: Textos de saúde. 2010. 32 p.

14. Mehry EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec: 1997. p 71-122.
15. Sleutel MR. Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. J Nurs Adm. 2000 Feb. (30):53-8.
16. Aiken L, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs Res. 2000. 49(3):146-53.
17. Flynn L, Carrier J, Budge Cl. Organizational Attributes Valued by Hospital, Home care, and District Nurses in the United States and New Zeland. J Nurs Schol. 2005. 37(1):67-72.
18. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. Texto Contexto Enferm. 2005. 14(1):106-10.
19. Przenyczka RA, Lenardt MH, Mazza V, Lacerda MR. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2012. 21(2):427-31.
20. Karasek R. Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. [CD-ROM]. International Labour Organization. Geneva: 2005.
21. Maslach C, Shaufelli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001. 52(1): 397-422.
22. Benevides Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides Pereira organizadora. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: casa do Psicólogo. 2002. p 63-91.
23. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-physician relations in hospitals: 20000 nurses tell their story. Crit Care Nurse. 2009. 29(1):74-83.
24. Roche MA, Duffield CM. A comparison of the nursing practice environment in mental health and medical-surgical settings. J Nurs Scholarsh. 2010. 42(2):195-206.

25. Matos E, Pires DEP, Gelbecke FL. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. Rev. Eletr. Enf. 2012 abr/jun;14(2):230-9.
26. Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. Revista eletrônica Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2009. 3(2). Disponível em:
<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/730>. Acesso em: 18/04/2014.
27. Hinshaw AS. Building magnetism into health organizations. In: McClure ML, Hinshaw AS. Magnetic Hospitals revisited: attraction and retention of Professional nurses. American Nurses Publishing: Washington. 2002. 150p.
28. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. Estudos de Psicologia (Natal). 2002. 7(1):37-46.
29. Oliveira PR, Tristão RM, Neiva ER. *Burnout* e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. Educ Prof. 2006. 1(1):27-37.
30. Hoffart N, Woods CQ. Elements of a nursing Professional practice model. J Prof Nurs. 1996 Nov-Dec. 12(6):354-64.
31. Zelauskas B, Howes DG. The effects of implementing a Professional practice model. 1992 Jul-Aug. J Nurs Adm. 22(7-8):18-23.
32. Grindel CG, Peterson K, Kinneman M, Turner TL. The Practice Environment Project: A process for outcomes evaluation. J Nurs Adm. 1996. 26(5):43-51.
33. Erickson JI, Ditomassi M. Professional Practice Model: strategies for translating models into practice. Nurs Clin North Am. 2011 Mar. 46 (1):35-44.
34. Shirey MR. Nursing Practice Models for Acute and Critical Care Delivery Models. Crit Care Nurs Clin North Am. 2008 Dec. 20(4):365-73.

35. Lunardi Filho WD, Leopardi MT. O trabalho da enfermagem: sua inserção da estrutura geral do trabalho. Rio Grande: Edgrafurg. 1999. 84p.
36. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Editora Hucitec. 1989. 331p.
37. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de inspeção do trabalho. Manual de aplicação da NR 17. 2ª edição. 2002. 101p.
38. Camerino D, Conway PM. Fear of making errors in young and old Italian nurses. *Ergonomia: an international journal of ergonomics and human factors*. 2007. 29(3-4):211-7.
39. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011.19(2):[9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16. Acesso em: 18/04/2014.
40. Paraguai AIB. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: Mendes R (org). *Patologia do trabalho V1*. 2 Ed ampliada e atualizada. São Paulo: Ed. Atheneu. 2007. p 8-23.
41. Dejours C, Begue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Brasília: Paralelo 15. 2010. 128 p.
42. Fischer FM, Lieber RR. Trabalho em turnos. In: Mendes R. (org). *Patologia do trabalho*. 2 Ed. ampliada e atualizada. São Paulo: Ed. Atheneu. 2007. V1. p 825-68.
43. Olinski SR e Lacerda MR. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. *Cogitare enferm*. jul-dez 2004. 9(2):43-52.
44. David HMS, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FR. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto e Contexto Enferm*. 2009. 18(2): 206-14.
45. Mendes EV. O cotidiano das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: organização Pan-Americana de Saúde. 2012. 512p.

46. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005. 10(3):707-17.
47. Castejón E. Evaluación de riesgos. In: Benavides FG, Ruiz-Freitos C. Garcia AG. *Salud laboral: conceptos y técnicas para La prevencion de riesgos laborales*. 2 ed. Barcelona: Masson. 2004. p 223-34.
48. Seligmann-Silva E. Psicopatologia do trabalho: aspectos contemporâneos. In Ferreira JJ (coord geral), Penido LO (coord cient), Martins (coord adm). *Saúde mental no trabalho: coletânea de fórum de saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás*. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. 676p.
49. Seligmann-Silva E. Precarização da saúde mental no trabalho precarizado. In Ferreira JJ (coord geral), Penido LO (coord cient), Martins (coord adm). *Saúde mental no trabalho: coletânea de fórum de saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás*. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. 676p.
50. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Secretaria de Vigilância em saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da saúde: 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf. Acesso em: 18/04/2014.
51. Duarte NS, Mauro MYC. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. bras. saúde ocup*. 2010 June. 35(121):157-67.
52. Brasil. Instituto Nacional de Seguridade Social. Diretoria Colegiada. Instrução normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de dezembro de 2003. DOU 10/12/2003. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/>. Acesso em: 18/04/2014.
53. Chiodi MB, Marziale MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm*. 2006 June. 19(2):212-7.

54. Ramos Filho W, Pohlmann JCZ. A degradação do ambiente de trabalho em decorrência da violência dos novos métodos de gestão. In: Meio ambiente do trabalho aplicado: homenagem aos 110 anos da CODEMAT. 2013. p 268-86.
55. Ferreira MC. Atividade, categoria central na conceituação de trabalho em ergonomia. Rev Alethéia. Canoas – RS. 2000. 1(11):71-82.
56. Royas ADV, Marziale MHP. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. 2001. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 9(1):102-8.
57. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção RJ. Cartilha do trabalhador de enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aben.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
58. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Rev. Eletr. Enf. 2010.12(2):252-7.
59. Lima AFC, Kurganct P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. bras. enferm. 2009. 62(2):234-9.
60. Marqueze EC, Moreno CRC. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. Rev. bras. saúde ocup. 2005. 30(112):69-79.
61. Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009 set. 30(3):542-6.
62. Siqueira VTA, Kurcgant P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev esc enferm USP. 2012. 46(1):151-7.
63. Montserrat-Capella D, Cho M, Lima RS. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1ª edição. 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em 19/04/2014.

64. Travassos C, Caldas B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1ª edição. 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em 19/04/2014.

65. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring volume 1 The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press. 1980. 163 p.

66. Chassin MR, Galvin R. The urgent need to improve health care quality. Statement. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1988 Sep 16. 280(11):1000-5.

67. Laus AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Escola. Rev Esc Enferm USP. 2008. 42(4):681-9.

68. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª edição. Editora McGraw-Hill. 2013. 478 p.

69. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em 19/04/2014.

70. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: Victora C, Leal M, Barreto M, Schimidt M, Monteiro. Série

Saúde no Brasil 1. The Lancet. 2011 May.11-31. Disponível em:

<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso 17/04/2014.

71. Schein EH. Organizational culture and leadership. 4^a ed. San Francisco: Jossey-Bass. 2010. 464 p.

72. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. Cultures and organizations: software of the mind Intercultural cooperation and its importance for survival. 3 ed. New York: McGraw Hill. 2010. 576p.

73. Menezes IG, Gomes ACP. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. Psicologia em Revista. Belo Horizonte. 2010. 16 (1):158-79.

74. Glisson C. 2007. Assessing and changing organizational culture and climate for effective services. Research on Social Work Practice. November 2007 June 12. 17:736-47. Disponível em: <http://rsw.sagepub.com/content/17/6/736.full.pdf+html>. Acesso: 19/04/2014.

75. Jericó MC, Peres AM, Kurcgant P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008.42(3):569-77.

76. Medeiros CCRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Jun. 15(Supl1):1521-31.

77. Camerino D, Sarquis LMS, Giovanni, Costa G. Condições do trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores de Enfermagem na Europa (*nurses'early exit study*). 2009. Cogitare enferm jan/mar. 14(1):11-21.

78. Liou SR, Cheng CY. Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. J Clin Nurs. 2010 Jun. 19(11-12):1635-44.

79. Rick D, Hackett RD, Lapierre LM, Peter A, Hausdorf PA. Understanding the Links between Work Commitment Constructs. J Voc Behr. June 2001. 58(3):392-413.

80. Tai TWC, Sherry I, Bame SI, Robinson CD. Review of nursing turnover research, 1977–1996. *Soc Sci Med*. December 1998. 47(12):1905–24.
81. Cortese CG. Predictors of critical care nurses' intention to leave the unit, the hospital, and the nursing profession. *Open J Nurs*. 2012(2):311-26.
82. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: a literature review - an update. Jul 2012. *Int J Nurs Stud*. 49(7):887-905.
83. Jourdain G, Chênevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2010 Jun. 47(6):709-22.
84. Alexander JA, Lichtenstein R, Oh HJ, Ullman E. A Causal Model of Voluntary Turnover Among Nursing Personnel in Long-Term. 1998. *Psychiatric Settings Res Nursing Health*. 21:415-427.
85. O'Brien-Pallas L, Griffin P, Shamian J, Buchan J, Duffield C, Hughes F, et al. The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy Polit Nurs Pract*. 2006 Aug. 7(3):169-79.
86. Estryn-Béhar M, Le Nézet O, Van der Heijden BIJM, Oginska H, Camerino D, Conway PM et al. Inadequate teamwork and burnout as predictors of intent to leave nursing according to seniority. Stability of associations in a one-year interval in the European NEXT Study. *Ergonomia IJE&HF*. 2007. 29(3-4):225-33.
87. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. 2003 Dec. *J Adv Nurs*. 44(6):633-42.
88. Souza AC, Alexandre NMC. Musculoskeletal symptoms, work ability, and disability among nursing personnel. 2012 Aug. *Workplace Health Saf*. 60(8):353-60.
89. Simon M, Müller BH, Hasselhorn HM. Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses' intentions. 2010 Mar. *J Adv Nurs*. 66(3):616-26.
90. O'Brien-Pallas L, Murphy GT, Shamian J, Li X, Hayes LJ. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. 2010 Nov. *J Nurs Manag*. 18(8):1073-86.

91. Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Tradução do Serviço Social da Indústria – Brasília: SESI/DN. 2010. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces_portuguese.pdf 1/06/2013. Acesso: 30/03/2014.
92. São Paulo. Secretaria de saúde. Vigilância em saúde. Saúde do trabalhador. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/index.php?p=6984. Acesso em: 25/04/2013
93. Registered Nurses' Association of Ontário. Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurses. In: Nursing Best Practices Guidelines Program of Registered Nurses' Association of Ontário. 2008. Disponível em: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/workplace-health-safety-and-wellbeing-nurse-guideline>. Acesso 26/11/2013.
94. International Council of Nurses. Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit developed by Andrea Baumann for ICN. 2007. Geneva: International Council of Nurses. Disponível em: <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>. Acesso em 23/11/2013.
95. Pedro-Gomez JD, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bannasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Miquélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in a primary healthcare context. 2012. J Adv Nurs. 68(1):212-21.
96. Wall S. Critical perspectives in the study of nursing work. J Health Organ Manag. 2010. 24(2): 145-66.
97. Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Texto Contexto Enferm. 2007 Sep. 16(3): 426-32.
98. Aldana S. Financial impact of health promotions programs: A comprehensive review of the literature. Am J Health Promot. 2001. 15 (5) 296-320.

99. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. The effect of health care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report Thecnology Assessment, 2003. Number 74. Disponível em:
<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/work/work.pdf>. Acesso em: 19/04/2014.
100. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. Nurs Res. 2003. 52 (2):71-9.
101. Estrabooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. Nurs Res. 2005. 54(2):74-84.
102. Rääkkönen O, Perälä ML, Kahanpää A. Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long-term care settings: staff perceptions. A Adv Nurs. 2007. 60(6):615-26.
103. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. 2012. Acta paul. enferm. 25(5): 728-735.
104. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2012. 46(5):1274-8.
105. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. Cienc Cuid Saude. 2013 Abr/Jun; 12(2):331-7
106. International Council Nurses (ICN). Closing the Gap: Millennium Development Goals. Geneva; 2013. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2013.pdf. Acesso em: 23/04/2014.
107. Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 19/04/2014.

108. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19/04/2014.

109. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Science and Medicine*. 1986; 22: 1001-13.

110. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington: The National Academies Press. 1994.

111. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la salud. 2007.

112. Sant'anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010. 31(1):92-9.

113. Sousa MF, Hamann EM. Programa de saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc e saúde Colet*. 2009. 14 (supl1):1325-35.

114. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco/Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 19/04/2014.

115. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*. 2013 Sep. 66(esp):158-64.

116. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em:
http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_gm_ms_1996_20-08_2007.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
117. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos . Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 Aug. 21(4): 990-7.
118. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997. Brasília. DF. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
119. Costa EMA, Carbone MHR. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. 2009. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 280 p.
120. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 30 horas. Enfermagem em Revista. Publicação oficial do Coren SP. 2013. n 6.
121. Figueiredo EN. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. UNA-SUS Acervo de recursos educacionais em saúde. Coleção Objetos de aprendizagem. Versão 2. 2012. Disponível em:
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
122. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Graduação. Mercado de trabalho de Enfermagem. 2012. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/mercado-de-trabalho/>. Acesso em: 14/03/2014.
123. Poeira A, Mamede RP. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. Rev. Enf. Ref. 2011 Jul. ser III (4): 107-14.

124. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciênc. saúde coletiva. 2013 Jan. 18(1): 273-80.
125. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estud av. 27(78):7-26. São Paulo. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 19/04/2014.
126. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 Feb. 21(esp):146-54.
127. Jungues JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. Rev. esc. enferm. USP. 2009. 43(4): 937-44.
128. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. Texto Contexto Enfem. 2009. 18(2):313-20.
129. Maeda ST, Moleiro PF, Egry EY, Ciosak SI. Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. Rev. esc. enferm. USP. 2011 Dec. 45(esp2): 1651-5.
130. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rev Trab Educ Saúde. 2003. 1(1):75-91.
131. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev. bras. enferm. 2007 Abr. 60(2): 221-4.
132. Souza MMG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto enferm. 2013 Set. 22(3):772-9.
133. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto contexto enferm. 2013 Mar. 22(1):36-42.
134. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev. esc. Enferm USP. 2010 Set. 44(3):657-64.

135. Pires DEP, Bertoni JH, Trindade LL, Matos E, Azambuja E, Borges AMF. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. Rev. Gaúcha Enferm. 2012 Mar. 33(1):157-68.
136. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Cien Saude Colet. 2012. 17(9):2405-14.
137. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2009 Aug. (4): 682-8.
138. Campos A. Violência e trabalho. 2007. In: Mendes R. (org). Patologia do trabalho 2 Ed ampliada e atualizada. Volume 2. São Paulo: Ed. Atheneu. 2007. 1641-55.
139. Soares A. Un phénomène au pluriel: les violences. Effectif. 2001 sep-oct;4(4):26-33.
140. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2011 Mar. 32(1):48-55.
141. Hirigoyen MF. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2002. 352 p.
142. Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013.21(3):[7telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0758.pdf>. Acesso em: 19/04/2014.
143. Hutchinson M, Vickers MH, Wilkes L, Jackson D. "The worse you behave, the more you seem, to be rewar": bullying as organization corruption. Employ respons Rights. 2009. 21(3): 213-29.
144. Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnosis. Int J Nurs terminal Classif. 2005. 16(1): 3-13.

145. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência de sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. 2012. Rev. esc enferm USP. 2012. 46(3): 681-8.
146. Silén M, Tanq PF, Wadensten B, Ahlström G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. J Neurisc Nurs. 2008. 40(4): 222-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727338>. Acesso em: 19/04/2014.
147. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2010 June. 44(3): 520-7.
148. Soratto L, Pinto RM. Burnout e carga mental no trabalho. In: Codo W (coord). Educação: carinho e trabalho. 4 ed. Petrópolis. RJ: Vozes/Brasília. 2006. p 282-92.
149. Seligman-Silva E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: Mendes R (org). patologia do trabalho V2 . 2ª reimpressão. 2ª edição revista e ampliada. São Paulo: Atheneu. 2007. p 1141-82.
150. Vieira I, Ramos A, Martins D, Bucasio E, Benevides-Pereira AMT, Figueira I, Jardim S. *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. 2006. 28(3):352-6.
151. Borges LO, Argolo JCT, Baker MSC. Os valores organizacionais e a síndrome de *burnout*: dois momentos em uma maternidade pública. Psicol: Repl Crit Porto Alegre. 2006. 19(1): 34-43.
152. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Seguridade Social. Diretoria Colegiada. Resolução nº 10 de 23/12/1999. Aprova os protocolos médicos, com alterações realizadas pela coordenação de benefícios por incapacidade da diretoria de benefícios e dá outras providências. DOU 20/04/2000. seção 1. pp 60-61. 1999. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/inss-dc/1999/10.htm>. Acesso em: 19/04/2014.
153. Leiter MP. Burnout as a development process: considerations of models. In: Shaufelli WB, Maslach C, Marek T (Eds). Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Francis. 1993. 196 p.

154. Moreno-Jimenez B, Garrosa-Hernandes E, Gálvez M, González JL, Benevides-Pereira AMT. A avaliação de burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicol Estud.* 2002. 7(1):11-9.
155. Carloto MS, Palazzo LS. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública.* 2006. 22(5): 1017-26.
156. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latin Am Enferm.* 2005. 22(2):255-61.
157. Palazzo LS, Carlotto MS, Aerts DRGC. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Rev. Saúde Pública.* 2012 Dec. 46(6):1066-73.
158. Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011 Dec. 45(esp 2):1710-15.
159. Choi SPP, Cheung K, Pang SMC. Attributes of nursing work environmet as predictors of registered nurses' job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Manag.* 2013. 21(3):429-39.
160. Baulmann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassem M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron et al. Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. 2001. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
161. Laranjeira CA. O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa. *Rev Salud Pública.* 2009. 11(1):123-33.
162. Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012. 20(1): 159-66.
163. Cassiani SHB. Desafios para os recursos humanos em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013 Fev. 21(esp):1-2.
164. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª Ed. Artmed: Porto Alegre. 2011. 670 p.

165. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Dados populacionais. 2013. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso 20/12/2013.
166. Campinas. Secretaria Municipal de saúde. Estrutura do SUS. Campinas. <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/sus-em-campinas/estrutura-do-sus-campinas.php>. Acesso em: 30/03/2014.
167. Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. Rev. esc. enferm. USP. 2012 Dec.46(6):1462-70.
168. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 293 de 21 de setembro de 2004. Anexo III.
169. Schmid B, Silva NN. Estimação de sub-registro de nascidos vivos pelo método de captura e recaptura, Sergipe. Rev Saúde Pública. 2011.45(6):1088-98.
170. Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index Revised”. Acta Paul Enferm. 2009. 22(3)281-7.
171. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação]. Brasília. DF: Universidade de Brasília. 1997.
172. Gasparino RN. Adaptação cultural e validação do instrumento Nursing Work Index – Revised para a cultura brasileira [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008.
173. Lorenz VR. A síndrome do esgotamento profissional e os fatores de estresse em enfermeiros de um hospital universitário [dissertação]. 2009. Campinas: universidade Estadual de Campinas.
174. Panunto MR. Ambiente da prática profissional da equipe de enfermagem em terapia intensiva. [Dissertação]. 2012. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

175. Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index – Revised. J Clin Nurs. 2011. 20: 3494-501.
176. Li UF, Lake ET, Salles AE, Sharp ND, Greiner GT, Lowy E et al. Measuring Nurses’ Practice Environments with the Revised Nursing Work Index: evidence from registered nurses in the veterans health administration. Res in Nursing & health. 2007. 30(1):31-44.
177. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013. 21(3):765-72.
178. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Manual. 3ª ed. Consulting Psychologist’s Press: Palo Alto, 1996.
179. Hair JF, Anderson RH, Tatham RL, Brack WC. Análise Multivariada de dados. 5 ed. Porto Alegre: Bookman. 2005. 594p.
180. Sampieri RH, Callado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso. 2013. 624 p + 1 CD-ROM.
181. Azjen I, Fishbien M. Understanding Attitudes and Predcting Social Behaviour. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall. 1980. 278p.
182. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19/04/2014.
183. Griep RH, Fonseca MJM, Melo ECP, Portela LF, Rotemberg L. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. Rev.bras. enferm. 2013. 66 (esp):151-7.
184. Carrillo-Garcia C, Solano-Ruiz MC; Martinez-Roche ME, Gomez-Garcia CI. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013. 21(6):1314-20.
185. Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória. Rev Eletr Enf. 2010. 12(3):441-8.

186. Hansen C, Carryer J, Budge C. Public Health Nurses' views on their position within a changing health system, 2007. *Nursing Praxis in New Zealand*. 23(2):14-26.
187. Carreiro GSP, Ferreira Filha MOF, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* 2013. 15(1):146-55.
188. Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010 Mar. 44(1): 154-60.
189. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): OPAS. 2006. 215 p. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/360371>. Acesso em: 19/04/2014.
190. Medauar O. Servidores públicos. In: *Direito Administrativo Moderno*. 14^a ed revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais. 2010. p 271-325.
191. Brasil. Tribunal Regional do Trabalho da 15^ª Região. Sentença do processo 0101100-75.2008.5.15.0001. Juiz Carlos Eduardo Oliveira Dias. 29/01/2013. Disponível em: <http://consulta.trt15.jus.br/consulta/CPS/docs/010110075.2008.5.15.0001i853776.pdf>. Acesso 30/03/2014.
192. Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Resolução nº 01/2012. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/bibjuri/r01-26012012.htm. Acesso 30/03/2014
193. G1. Campinas pagará R\$ 13 milhões para demitir 622 funcionários até março. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2013/01/campinas-pagara-r-13-milhoes-para-demitir-622-funcionarios-ate-marco.html>. Acesso: 30/03/2014.
194. EPTV. Funcionários do Cândido fazem novo protesto contra a demissão de 1,3 mil. Disponível em: <http://www.viaeptv.com/epnoticia/campinas/noticias/NOT,1,1,389960,Funcionarios+do+Servico+>

de+Saude+Candido+Ferreira+fazem+novo+protesto+contra+demissao+de+13+mil+profissionais+em+frente+a+Cidade+Judiciaria+de+Campinas.aspx. Acesso: 30/03/2014.

195. Santana V, Cordeiro R. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: Mendes R (org). Patologia do trabalho atualizada e ampliada V 1. 2007. p 199-299.

196. Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Machado GFF, Mancia JR, Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. Rev. Gaucha Enferm. 2013.34(3):102-9.

197. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.648 de 07 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html. Acesso em: 19/04/2014.

198. Viegas SMF, Penna CMM. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. Rev. Enf. Ref. Coimbra. jul 2013. 3(10):99-108.

199. Leiter MP e Laschinger HK. Relationship oh work and practice environment to profssional burnout: testing a causal model. 2006. Nurs Res. 55(2):137-46.

200. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen>. Acesso em: 13/02/2014

201. Correa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ECF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica de Cuiabá – Mato Grosso. Rev Eletr Enf. 2012.14(1):171-80.

202. Ghisleni AP, Merlo ARC. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. Psicol. Reflex. Crít. 2005. 18(2):171-6.

203. Gehring Junior G, Correa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do SUS Campinas. Rev. Bras. Epidemiol. 2010.10(3):401-9.

204. Fernandes JC, Portela LF, Rotemberg L, Griep RH. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. Rev. Latino-Am. Enferm. 2013. 21(5):[8telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf. Acesso em: 19/04/2014.
205. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACSI. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006. 15(3):442-8.
206. Brasil. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei 2995/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>. Acesso em: 19/04/2014.
207. Jeong DJY, Kurcgant P. Fatores de insatisfação no trabalho, segundo a percepção dos enfermeiros de um hospital universitário. Rev. Gaucha Enferm. 2010. 31(4):655-61.
208. Corrêa JMJ. A construção social do silêncio epidemiológico do benzenismo: uma história negada [Dissertação]. Porto Alegre.RS. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2008.
209. Gomes ATT, Oliveira DC. Autonomia profissional um desenho atômico: representações sociais dos enfermeiros. Rev. Brasil. Enferm. 2010. 63(4):608-15.
210. Pires DEP. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. Rev. bras. enferm. 2013 Sep. 66(esp): 39-44.
211. Guimarães LAM. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In Ferreira JJ (coord geral), Penido LO (coord cient), Martins (coord adm). Saúde mental no trabalho: coletânea de fórum de saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. 676p.
212. Conselho nacional de Saúde (CNS). 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não!” – Coletânea de Textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência e Assistência Social. 2005.

213. Adams A, Bond S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. 2000. JAN. 32 (3):536-43.
214. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. J Appl Psychol, 2008. 93(3):498-512.
215. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. March 2012. BMJ. 344. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>. Acesso em: 20/04/2014.
216. Codo W, Wasques-Menezes I. O que é burnout?. In Codo W (coord). Educação: carinho e trabalho. 4 ed. Petrópolis. RJ: Vozes/Brasília. 2006. p 237-54.
217. Ruiz AO, Rios FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas 1. Int J Clin Health Psicol. 2004. 4(1)137-60.
218. Berti HW, Braga EM, Godoy I, Spiri WC, Bocchi SCM. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008. 16(2):184-91.
219. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saude soc. 2001 July. 1: 33-53.
220. Benevides-Pereira AMT. A síndrome de burnout. In Ferreira JJ (coord geral), Penido LO (coord cient), Martins (coord adm). Saúde mental no trabalho: coletânea de fórum de saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. 676p.
221. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. *Burnout* e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Dec. 8(6):1084-91.
222. Varhama LM, Báquena MJ, Toldos MP, Beleña MA, Roldan MC, Díaz A. Dysfunctional Workplace behavior among municipal employees in Spanish and Finish cities: across-national comparison. Percept Mot Skills. 2010; 110(2):463-8.

223. Pires JCSP, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. RAP Rio de Janeiro. 2006. 40(1):81-105.
224. Fichman HC, Dias LBT, Fernandes CS, Lourenço R, Caramelli P, Nitrini R. Normative data and construct validity of Rey Auditory Verbal Learning Test in a Brazilian elderly population. Psychol & Neurosc. 2010. 3(1):79-84.
225. Paula JJ, Melo LPC, Nicolato R, Moraes EN, Bicalho MA, Hamdan AC, Malloy-Diniz LF. Fidedeguidade e validade de construto do Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey em idosos brasileiros. Rev Psiqu Clin. 2012. 39(1):19-23.
226. Pasquali L. validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? Psicol: Teoria e Pesq. 2007. 23(n.esp.):99-107.
227. TVB. Disponível em: <http://www.tvb.com.br/sprecord/videos-exibe.asp?v=33107>.
Publicação: 02/04/2014. Acesso em 18/07/2014.
228. Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009. 43(Esp):992-9.
229. Wilkinson CS, Hite KJ. Nurse-Physician collaborative relationship on nurses' self-perceived job satisfaction in ambulatory care. Lippincotts Case Manag. March/april 2001. 6(2):68-78.
230. Gil Monte PR. Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Rev. Eletr. InterAção Psy. 1(1):19-33.

8. APÊNDICES

Apêndice 1. Ficha de Caracterização Pessoal e Profissional do Enfermeiro

Ficha de Caracterização Pessoal e Profissional do Enfermeiro

DADOS PESSOAIS			Data ____/____/____	
1. Idade ____ anos		2. Sexo		(1) Feminino (2) Masculino
3. Estado civil	(1) Solteiro	(2) Casado	(3) Viúvo	
	(4) Separado	(5) Divorciado	(6) Outros: _____	
4. Número de filhos: (0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais				
5. Ano de conclusão da graduação _____				
6. Formação profissional complementar				
(1) Especialização. Qual? _____		(2) Aprimoramento		(3) Residência
(4) Mestrado		(5) Doutorado		(6) Outros _____
7. Caso possua outra graduação, indique o curso: _____				
DADOS PROFISSIONAIS				
8.1 Unidade em que trabalha _____				
8.2 Tipo de vínculo	(1) estatutário	(2) CLT Contrato prazo indeterminado	(3) CLT Contrato prazo determinado	
	(4) autônomo	(5) cooperado	(6) Outro.	
8.3 Turno de trabalho	(1) Manhã:	(2) Tarde	(3) Noite	
	(4) Outro. Especifique _____			
9. Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde ____ anos ____ meses				
10. Tempo de trabalho na Prefeitura Municipal de Campinas ____ anos ____ meses				
11. Possui outro vínculo empregatício?		() não	() Sim Qual: _____	
12. Carga horária semanal de trabalho incluindo o outro vínculo empregatício		_____ horas/semana		
QUESTÕES GERAIS				
13. Número de <u>profissionais</u> sob sua supervisão no dia-a-dia _____				
14. Número de <u>usuários</u> sob sua responsabilidade no dia-a-dia _____				
15. Em sua opinião, o número de profissionais de enfermagem é adequado para a assistência prestada? (1) sim (2) não				

16. Os recursos materiais e tecnológico, estão adequados em número e qualidade?

(1)sim

(2) não

17. Como você se sente em relação ao seu trabalho atual na sua unidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

18. Como você avalia a qualidade do cuidado prestado aos usuários na sua unidade?

Muito ruim	Ruim	Boa	Muito Boa
1	2	3	4

19. Coloque uma marca, ao longo da linha, no ponto que melhor descreve a sua intenção em deixar o seu trabalho atual nos próximos 12 meses. Exemplo: _____

Nenhuma _____ Muita

20. Coloque uma marca, ao longo da linha, no ponto que melhor descreve a sua intenção em deixar a enfermagem nos próximos 12 meses.

Nenhuma _____ Muita

Apêndice 2. Versão Brasileira do *Nursing Work Index Revised* – 15 itens renumerados

VERSÃO BRASILEIRA DO *NURSING WORK INDEX* – REVISED

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

	Presente no Trabalho Atual	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
1	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2	Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros.	1	2	3	4
4	A enfermagem têm controle sobre sua prática.	1	2	3	4
5	Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
6	Equipe com número suficiente de enfermeiros para proporcionar aos pacientes um cuidado com qualidade.	1	2	3	4
7	O gerente de enfermagem que é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
8	Equipe suficiente para realizar o trabalho	1	2	3	4
9	Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho.	1	2	3	4
10	Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios.	1	2	3	4
11	Enfermeiros e médicos trabalham em equipe.	1	2	3	4
12	O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
13	Colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros/técnicos de enfermagem/auxiliares de enfermagem e médicos.	1	2	3	4
14	Oportunidade de trabalhar em uma unidade altamente especializada.	1	2	3	4
15	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (ex: um mesmo enfermeiro cuida de um paciente em dias consecutivos).	1	2	3	4

Fonte: Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index Revised”. Acta Paul Enferm. 2009. 22(3)282-7.

Apêndice 3. Pedido ao secretário municipal de saúde

Ao Senhor Secretário Municipal de Saúde do Município de Campinas

Prof. Dr. Francisco Kerr Saraiva

Em cumprimento aos preceitos da Resolução 196/96 e demais do Conselho Nacional de Saúde, para dar andamento ao projeto de pesquisa intitulada "O ambiente de prática profissional do enfermeiro nas unidades básicas de saúde" (anexo), cujos sujeitos serão os enfermeiros que exercem atividade profissional nas Unidades Básicas de Saúde, solicito a anuência da Secretária Municipal de Saúde, enquanto instituição Co-participante, por meio da assinatura da Folha de Rosto registrada no SISNEP sob o nº 430699 (anexo).

Esclareço que, em seguida, o projeto de pesquisa será protocolizado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, até a data de 10 de junho de 2011, para avaliação minuciosa dos aspectos éticos da pesquisa, objetivando autorização para o seu início efetivo.

Atenciosamente



Vera Regina Lorenz

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Unicamp

Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Campinas, 1º de junho de 2011.

*Recebido
2011/06/11*

Apêndice 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – nº _____

Estamos fazendo uma pesquisa intitulada “O AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”, com o objetivo de avaliar o ambiente de prática profissional do enfermeiro na rede básica de saúde para contribuir com a qualidade da assistência e do ambiente de trabalho, fornecendo elementos para avaliação, manutenção e modificação de ambiente e processos de trabalho, por meio da aplicação da versão brasileira do *Nursing Work Index – Revised (NWI-R)*.

Para os enfermeiros que concordarem em participar da pesquisa não há riscos previsíveis decorrentes da participação; não há ônus nem remuneração financeira pela participação e será garantido o anonimato em todas as fases do estudo e depois dele. Para participar, basta formalizar a aceitação por meio da assinatura deste documento e depois, preencher os instrumentos contidos no envelope e devolvê-lo conforme for combinado. Sua participação será muito importante para a construção do conhecimento científico na área da enfermagem. Muito obrigada!

Eu concordo em participar voluntariamente da pesquisa registrada no Comitê de Ética em Pesquisa /FCM/ Unicamp sob o número _____

Nome: _____

RG _____ Unidade da Federação _____

Email _____

Telefones: _____

Campinas, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Vera Regina Lorenz, Mestre em Enfermagem

Celular: 19-9720-5519 - Email: vrlorenz@gmail.com

Assinatura da pesquisadora _____

Orientadora: Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

Telefone: 19-3521-8837- E-mail: guirar@fcm.unicamp.br

Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/Unicamp

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária, Campinas, SP, 13084-970

Telefone: 3521-8936 - E-mail: cep@fcm.unicamp.br

9. ANEXOS

ANEXO 1. Versão brasileira do *Nursing Work Index Revised* – 57 itens

Fonte: Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index – Revised”. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 281-7.

APÊNDICE 1

Nursing Work Index - Revised -Versão Brasileira

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

Presente no trabalho atual	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1 Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	1	2	3	4
2 Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho	1	2	3	4
3 Um bom programa de orientação para enfermeiros recém-contratados	1	2	3	4
4 Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros	1	2	3	4
5 Um salário satisfatório	1	2	3	4
6 A enfermagem tem controle sobre sua prática	1	2	3	4
7 Programas de educação continuada eficazes, no serviço, para os enfermeiros	1	2	3	4
8 Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional	1	2	3	4
9 Oportunidade para os enfermeiros participarem das decisões administrativas	1	2	3	4
10 Suporte às idéias novas e criativas referentes aos cuidados do paciente	1	2	3	4
11 Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente	1	2	3	4
12 Equipe com número suficiente de enfermeiros para proporcionar aos pacientes um cuidado com qualidade	1	2	3	4
13 O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	1	2	3	4
14 O diretor do departamento de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe	1	2	3	4
15 Flexibilidade na alteração da escala de trabalho	1	2	3	4
16 Equipe suficiente para realizar o trabalho	1	2	3	4
17 Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho	1	2	3	4
18 Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	1	2	3	4
19 Enfermeiros especialistas que oferecem orientação no cuidado do paciente	1	2	3	4
20 "Enfermagem por equipe" como sistema de prestação da assistência de enfermagem ("Enfermagem por equipe": quando o enfermeiro designa ao auxiliar/técnico de enfermagem a responsabilidade pelo cuidado de um determinado número de pacientes)	1	2	3	4
21 "Cuidado total ao paciente" como sistema de prestação da assistência de enfermagem ("Cuidado total ao paciente": quando enfermeiros assumem total responsabilidade pelo atendimento de todas as necessidades dos pacientes a eles designados durante suas horas de trabalho)	1	2	3	4
22 "Enfermeiro de referência" como sistema de prestação da assistência de enfermagem ("Enfermeiro de referência": quando o enfermeiro assume a responsabilidade pelo planejamento do cuidado de um paciente desde sua admissão até o momento da alta)	1	2	3	4
23 Boas relações com outros serviços de apoio como o de serviços gerais e o de nutrição	1	2	3	4
24 Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios	1	2	3	4
25 Altos padrões de cuidados de enfermagem são esperados pela administração	1	2	3	4
26 O diretor do Departamento de Enfermagem tem o mesmo poder e autoridade que outros diretores da alta administração do hospital	1	2	3	4
27 Enfermeiros e médicos trabalham muito em equipe	1	2	3	4
28 Os médicos fornecem cuidados de alta qualidade	1	2	3	4

continua...

Acta Paul Enferm. 2009;22(3):281-7.

...continuação

Presente no trabalho atual	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
29 Oportunidades de aperfeiçoamento	1	2	3	4
30 A equipe de enfermagem recebe apoio para avançar na carreira profissional	1	2	3	4
31 Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente	1	2	3	4
32 Os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos	1	2	3	4
33 Trabalho com enfermeiros que são clinicamente competentes	1	2	3	4
34 A equipe de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos	1	2	3	4
35 O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico	1	2	3	4
36 Uma administração que ouve e responde às preocupações dos trabalhadores	1	2	3	4
37 Um programa atuante de garantia da qualidade	1	2	3	4
38 Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas)	1	2	3	4
39 Colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	1	2	3	4
40 Um programa de tutoria para enfermeiros recém-contratados	1	2	3	4
41 O cuidado de enfermagem é baseado mais em modelos de enfermagem do que em modelos médicos	1	2	3	4
42 Os enfermeiros têm oportunidade de participar de comissões do hospital e de enfermagem	1	2	3	4
43 As contribuições que os enfermeiros fazem para o cuidado do paciente são reconhecidas publicamente	1	2	3	4
44 Os gerentes de enfermagem consultam sua equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia	1	2	3	4
45 O ambiente de trabalho é agradável, atraente e confortável		2	3	4
46 Oportunidade de trabalhar em uma unidade altamente especializada	1	2	3	4
47 Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes	1	2	3	4
48 A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo enfermeiro cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)	1	2	3	4
49 Os enfermeiros que trabalham regular e permanentemente juntos nunca têm que cobrir outra unidade	1	2	3	4
50 Os enfermeiros participam ativamente na elaboração de sua escala de trabalho (isto é: dias que devem trabalhar; folgas, etc.)	1	2	3	4
51 Padronização de normas e procedimentos	1	2	3	4
52 Uso de diagnósticos de enfermagem	1	2	3	4
53 Deslocamento de pessoal para equilibrar as equipes entre as unidades	1	2	3	4
54 Cada unidade de enfermagem determina suas próprias normas e procedimentos	1	2	3	4
55 Uso de um prontuário médico orientado por problema (sistema de organização do prontuário, em que as anotações, terapêutica e diagnóstico estão relacionados a um problema específico)	1	2	3	4
56 Trabalho com enfermeiros experientes que "conhecem" o hospital	1	2	3	4
57 Os planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente de enfermeiro para enfermeiro	1	2	3	4

Traduzido de: Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs Res. 2000;49(3):146-53.

ANEXO 2. Versão brasileira do Inventário de *Burnout* de Maslach (a)

Fonte: Tamayo MR. Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. 1997.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Prezado (a) Sr. (a)

A presente pesquisa tem finalidade acadêmica e seu objetivo é conhecer como os trabalhadores percebem o seu trabalho e as pessoas com quem eles trabalham proximamente.

Na seguinte página você encontrará 22 afirmações relacionadas com sentimentos pelo trabalho. Por favor leia cada afirmação cuidadosamente e decida se você se sente desta forma com respeito ao seu trabalho. Se você acha que **nunca** teve esse sentimento marque 1 (um) no espaço antes da afirmação. Se você tem esse sentimento, marque o número (de 2 a 5) que melhor descreva **com que frequência você se sente desta maneira**. Um exemplo é apresentado a seguir.

FREQÜÊNCIA	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre

FREQÜÊNCIA

1 - 5 Afirmação:
_____ Eu me sinto deprimido no meu trabalho.

Se você **nunca** se sente deprimido no trabalho, você poderia escrever o **número 1 (um)** embaixo do título "FREQÜÊNCIA". Se você poucas vezes se sente deprimido no trabalho (**Raramente**), você poderia escrever o **número "2"**. Se os seus sentimentos de depressão aparecem **Algumas vezes** você poderia escrever o **número "3"**. Se os seus sentimentos de depressão aparecem muitas vezes (**Freqüentemente**) você poderia escrever o número "4". Se você **sempre** se sente deprimido no trabalho marque o **número "5"**.

ATENÇÃO!

Responda a **todas** as frases que compõem este questionário, não precisa escrever 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 sua opinião sincera.

FREQUÊNCIA :	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre

FREQUÊNCIA

1 - 5

AFIRMAÇÕES :

01. _____ Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.
02. _____ Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.
03. _____ Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.
04. _____ Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.
05. _____ Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.
06. _____ Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim .
07. _____ Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.
08. _____ Eu me sinto esgotado com meu trabalho.
09. _____ Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
10. _____ Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.
11. _____ Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.
12. _____ Eu me sinto muito cheio de energia.
13. _____ Eu me sinto frustrado com meu trabalho.
14. _____ Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.
15. _____ Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.
16. _____ Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.
17. _____ Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.
18. _____ Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.
19. _____ Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.
20. _____ No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.
21. _____ No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.
22. _____ Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.

Continua na seguinte página

DADOS COMPLEMENTARES

Idade _____

Sexo (marque com X) : Masculino () Feminino ()

Estado Civil : Solteiro () Casado () Separado () Amasiado () Viúvo ()

Tem filhos : Sim () Não () Número de filhos _____

Escolaridade : 2 grau incompleto () 2 grau () Univ. incompleto () Univ. completo ()

Aperfeiçoamento/Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós- Doutorado ()

Se você tem formação universitária especifique em que área _____

Ocupação _____ Tempo de serviço (meses -anos) _____

Você realiza no seu trabalho alguma atividade de tipo administrativo : Sim () Não ()

Especifique o tipo de atividade que você realiza _____

Você exerce algum cargo de chefia : Sim () Não () Especifique _____

Jornada de trabalho : Manhã () Tarde () Manhã e Tarde () Noite ()

Madrugada () Em horários alternados ()

Carga horária semanal (neste emprego): 20 horas () 30 horas () 40 horas ()

Dedicação exclusiva () Plantão ()

Número de clientes que atende diariamente (neste emprego) _____

Tempo médio que gasta para atender cada cliente (minutos ou horas) : _____

Você trabalha em alguma outra instituição : Sim () Não ()

COMENTÁRIOS:

AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 3. Versão brasileira do Inventário de *Burnout* de Maslach (b)

Fonte: Gasparino RC. Adaptação cultural e validação do instrumento “Nursing Work Index – Revised” para a cultura brasileira. [Dissertação]. Campinas. Universidade Estadual de Campinas. 2008.

INVENTÁRIO DE “BURNOUT” DE MASLACH

Por favor, leia cada afirmação, relacionada com sentimentos pelo trabalho, cuidadosamente e decida se você se sente desta forma com respeito ao seu trabalho. Se você acha que nunca teve esse sentimento, marque 1 (um) no espaço antes da afirmação. Se você tem esse sentimento, marque o número (de 2 a 5) que melhor descreve com que frequência você se sente desta maneira.

Frequência		1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Frequência	Afirmações				
01	_____	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.				
02	_____	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.				
03	_____	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.				
04	_____	Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.				
05	_____	Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.				
06	_____	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.				
07	_____	Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.				
08	_____	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.				
09	_____	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.				
10	_____	Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.				
11	_____	Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.				
12	_____	Eu me sinto muito cheio de energia.				
13	_____	Eu me sinto muito frustrado com meu trabalho.				
14	_____	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.				
15	_____	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.				
16	_____	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.				
17	_____	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.				
18	_____	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.				
19	_____	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.				
20	_____	No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.				
21	_____	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.				
22	_____	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.				

ANEXO 4. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos nº 430699



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 430699	
Projeto de Pesquisa O ambiente da prática profissional do enfermeiro nas unidades básicas de saúde					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Epide.				Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Ambiente de Instituições de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Enfermagem; Condições de trabalho; Satisfação no Trabalho; Esgotamento Profissional					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 249	Total Brasil 249	Nº de Sujeitos Total 249	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Vera Regina Lorenz			CPF 044.321.048-99	Identidade 10799124x	
Área de Especialização ENFERMAGEM			Maiores Titulação MESTRADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço AV. ENGº LUIZ ANTONIO LALONI, 321 CASA 323			Bairro TUUCO DAS TELHAS	Cidade CAMPINAS - SP	
Código Postal 13086-906	Telefone / (19) 9720-5519	Fax	Email vrlorenz@gmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 23/05/2011			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas - SP			CNPJ 04.606.842/0001-33	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Departamento de Enfermagem			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua Tessália Vieira de Camargo 126			Bairro Barão Geraldo	Cidade Campinas - SP	
Código Postal 13084-970	Telefone 19 35218936	Fax 19 35218936	Email cep@fcm.unicamp.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: Maria Isabel Botelho de Freitas			Assinatura		
Data: 30/05/2011			Assinatura		
Instituição Co-Participante					
Nome Prefeitura Municipal de Campinas/ Secretaria Municipal de Saúde			CNPJ 5.188.524/2000-14	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Secretaria Municipal de Saúde			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Av. Anchieta, n. 200			Bairro Centro	Cidade Campinas - SP	
Código Postal 13015-904	Telefone (19) 2116-0555	Fax (19) 32328415	Email cets-sm@campinas.sp.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: JOSE FRANCISCO KERR SARAIYA			Assinatura		
Data: 02/06/2011			Assinatura		

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 22/05/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⏮ Voltar

IMPRIMIR

ANEXO 5. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

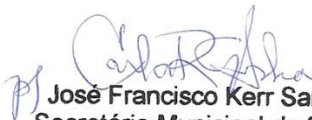


AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa em nível de Doutorado intitulada “**O AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**”, que tem por objetivo investigar o ambiente da prática profissional dos enfermeiros da rede básica de saúde no município de Campinas, por meio da aplicabilidade da versão brasileira do Nursing Work Index – Revised..

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, junto a enfermeiros e enfermeiras que atuam por período igual ou superior a seis meses nos Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, sob a orientação da Professora Doutora Edinêis de Brito Guirardello.

Campinas, 02 de junho de 2011


p/ José Francisco Kerr Saraiva
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 6. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP, 28/06/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 573/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0504.0.146.146-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “O AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vera Regina Lorenz

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/06/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/06/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Investigar o ambiente de prática profissional dos enfermeiros da rede básica de saúde no município de Campinas, por meio da aplicabilidade da versão brasileira do *Nursing Work Index – Revidsed*.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de um estudo de coorte transversal com abordagem quantitativa dos dados. Para compor a amostra pretende-se incluir a população de 249 enfermeiros(as) que trabalham nas 61 UBSs de município de Campinas. Os possíveis sujeitos do estudo serão contatados previamente pela pesquisadora por telefone ou e-mail a fim de agendar encontros nos quais lhes será apresentada a pesquisa e lhe será feito o convite para participarem como voluntários. Nesses encontros presencias, os profissionais que consentirem com a participação na pesquisa receberão três questionários: o “*Nursing Work Index – Revidsed*”, o “*Maslach Burnout Inventory*”, e um questionário para caracterização da amostra. Ao receberem o questionários, os sujeitos serão orientados sobre a forma de preenchimento e devolução do material, podendo ser: pessoalmente, pelo correio, ou por meio da chefia imediata em envelope lacrado.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

O estudo parece relevante para a compreensão da relação entre características do ambiente de trabalho e exaustão emocional, insatisfação pessoal e profissional. É de esperar, portanto, que os resultados desse estudo possam subsidiar a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem nas unidades básicas de saúde, o que, por sua vez, deverá se converter em benefícios para a população assistida por essas unidades.

Sugerimos que ao invés de pesquisar toda a população de enfermeiros, a pesquisadora poderia calcular uma amostra dessa população, o que reduziria custos e facilitaria a operacionalização da pesquisa



V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

