#### **CLAUDIA ROBERTA SANTOS**

# SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE SERRA-ES.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saude Coletiva do Centro de Ciências da Saude da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saude Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

# **Livros Grátis**

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP) (Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Santos, Claudia Roberta, 1970-

S237s

Síndrome de Burnout em trabalhadores de um serviço público do município de Serra-ES / Claudia Roberta Santos. – 2009. 180 f. : il.

Orientador: Luiz Henrique Borges.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saude.

1. Burnout (Psicologia). 2. Pessoal da área médica. 3. Trabalhadores - Saude e higiene. I. Borges, Luiz Henrique. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saude. III. Título.

CDU: 614

## **CLAUDIA ROBERTA SANTOS**

# SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE SERRA-ES.

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos para obtenção Grau de Mestre em Saude Coletiva.

15 de Abril de 2009

# Prof. Dr. Luiz Henrique Borges - PPGASC (Orientador) Prof. Drª Helen Campos Ferreira - UFF Prof. Drª Denise Silveira de Castro - PPGASC

Esta pesquisa está inserida na **Área de Concentração de Política e Gestão em Saude, linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Sistemas de Saude** do Programa de Pós Graduação em Atenção a Saude Coletiva do Centro de Ciências da Saude da Universidade Federal do Espírito Santo.

## **DEDICATÓRIA**

Para todos os trabalhadores que atuam no Pronto Atendimento de Carapina Adulto e Infantil e a Maternidade de Carapina que tornaram possível a concretização deste sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao concluir esta etapa, não poderia deixar de agradecer e incluir neste momento, as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a atravessar a ponte de mais uma graduação profissional, o recebimento do grau de Mestre.

Primeiramente a *DEUS* por todas as bênçãos derramadas na minha vida, por me conduzir e tornar iluminado todo meu caminho, de me desvelar o universo de ser enfermeira e por me ajudar a realizar mais um sonho.

Mais que especialmente, à minha filha *FABIANA*, que me mantém renovada a cada sorriso e manifestação de carinho, compreensiva nos momentos de ausência, inspiradora e maior incentivadora do meu sucesso.

À minha *FAMÍLIA*, pelo conforto, por ser meu alicerce. Aos meus pais, lés e Sônia que possibilitaram minha vinda ao mundo, ensinaram o amor incondicional e a me manter firme nas lutas e conquistas.

Aos meus irmãos amados por serem essenciais, Glícia, Flávia, Sandro, Francisco e Ierla. Aos meus cunhados, Wagner Barbieri e Adriano e as cunhadas Kelly e Keith, que dia a dia fortalecem o vínculo familiar.

Aos amigos sempre presentes na caminhada, Flavio e Marli.

Particularmente, à Glícia, pela ajuda com a pesquisa na formatação e nos programas de informática; à Flávia pela elaboração do abstract e a lerla pelo apoio no momento da exaustão.

Aos meus SOBRINHOS Breno, Vitor, Marina, Amanda e Lukas pela luz e por aquecerem meu coração a cada dia de vida.

À Raphaela que hoje, considerada uma filha, pela paciência e por estar sempre junto a Fabiana, alimentando essa amizade escolhida e predestinada por Deus.

Pelo amor eterno das minhas *MANCHAS*, amigas e irmãs, Adriani Ribeiro, Sheila Cruz e Regina Diniz. Por todo aprimoramento profissional alcançado, na união, por sermos tão diferentes, quanto complementares, que quase não se percebe o início e o fim de cada uma.

A minha amiga Daphne Faria, por me oferecer sua amizade e estar presente mesmo em meio a tantas turbulências científicas, acreditando e incentivando.

A minha amiga Juliana Borges, por me proporcionar bons momentos de relaxamento, principalmente na hora das crises filosofais.

A todos os Professores do PPGASC, pela competência e garra profissional, por permitir a inserção no processo de seleção do mestrado, e torná-lo essencial para melhoria da saude coletiva do nosso estado.

Aos funcionários do PPGASC, pelo apoio e carinho.

À Prefeitura da Serra e a secretaria de saude da Serra pela liberação para a realização do mestrado.

Ao meu Padrinho Nestório, pelo carinho e ajuda no processo de licença para o mestrado, e por estar sempre presente.

Ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, orientador e conselheiro, pelos inúmeros conhecimentos divididos comigo, pela paciência, por todo carinho e incentivo, expresso toda minha admiração e gratidão.

Aos meus colegas de mestrado pela amizade, pelos encontros e pelas trocas de idéias.

Ao estatístico Fabiano José Pereira pela força e paciência, porque sem ele, não seria possível realizar as análises quantitativas da pesquisa.

A Professora de Português Eliane Bissoli, que realizou a revisão, obrigada pelo carinho e disposição.

À Jeane Fonseca pela ajuda na coleta de dados e a amizade.

As Prof. Dr.ª Denise de Castro, Prof. Dr.ª Helen Campos e Prof. Dr.ª Maria Edla Bringuente, presentes na banca de qualificação e que em muito contribuíram com o meu trabalho, pela generosidade e disponibilidade com que interagiram com o objeto de minha pesquisa, e aos interesses e cuidados demonstrados.

Aos profissionais que gentilmente aceitaram participar como sujeitos desta pesquisa,

A todos, meu respeito, meu carinho e gratidão.

"Sim, sou eu, eu mesmo, tal qual resultei de tudo... Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou... Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me forma..."

**Fernando Pessoa** 

#### **RESUMO**

Burnout tem sido visto como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas. É uma síndrome formada por três dimensões relacionadas, mas independentes: a exaustão emocional, caracterizada por falta de energia e entusiasmo; a despersonalização, que caracteriza o desenvolvimento de uma insensibilidade emocional; e a diminuição da realização pessoal no trabalho, que é caracterizada por uma tendência do trabalhador a auto avaliar-se de forma negativa. Este estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores da Saude do Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade Municipal de Carapina, no município de Serra-ES; identificar a ocorrência da sintomatologia relacionada à Síndrome de Burnout (SB) e relacioná-la a aspectos sócio demográficos, laborais e dos trabalhadores. É um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com uma população constituída de 164 profissionais de saude (57 médicos, 20 enfermeiros e 87 auxiliares e técnicos de Enfermagem), no período de 01 de setembro a 30 de novembro de 2008. Para caracterizar o perfil dos trabalhadores da Saude dos locais estudados foi utilizado um questionário para coletar dados sobre aspectos sócio demográficos, situação de trabalho, características do trabalhador e fontes de tensão e cansaço. A ocorrência de sintomatologia relacionada à Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Saude foi identificada com a utilização do MBI (Malasch Burnout Inventory-HSS) e para relacioná-la com o perfil dos trabalhadores foram realizadas análises bivariadas. A manifestação da sintomatologia da síndrome apresentou o índice médio de 2.68 para a dimensão Exaustão Emocional (EE), o índice baixo de 2.09 para a dimensão Despersonalização (DE) e o índice baixo de 1,13 para a dimensão Realização Profissional (rRP). Provavelmente, a ocorrência sintomatologia relacionada à Síndrome de Burnout nos profissionais de saude estudados não é maior devido à existência de proporcionalmente grande realização pessoal no trabalho (3,87). Estiveram associados às três dimensões da SB: menor renda salarial, dificuldade de sono reparador após jornada de trabalho, sonolência no trabalho e aspectos relacionados à falta de controle pessoal sobre a organização do trabalho, que levam à insatisfação dos usuários atendidos. O surgimento da SB como problema de saude, ainda incipiente na área da saude do trabalhador; o desconhecimento pela maioria dos profissionais de saude sobre a síndrome e a predominância feminina entre os funcionários da área da saúde (caracterizada pela dupla jornada de trabalho) demonstram a necessidade de novas pesquisas que dêem conta de divulgar, creditar, tornar científico e construir um aporte teórico voltado para a realidade brasileira, bem como da elaboração de políticas públicas que contribuam com o enfrentamento desses problemas e a possibilidade de resolvê-los.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Profissionais de saude. Saude do Trabalhador

#### **ABSTRACT**

Burnout has been seen as a reaction to the chronic emotional strain of dealing too much with people. It is a syndrome comprising by three dimensions related but independent: the emotional exhaustion, which is characterized by lack of energy and enthusiasm, depersonalization, which is characterized by the development of an emotional insensitivity, and reduction of personal fulfillment at work, which is characterized by tendency of workers to self assess themselves in a negative way (CARLOTTO: PALAZZO, 2006). This study aimed to sociodemographic profile and labor of health workers at Pronto Atendimento Adulto, Infantil and Maternidade Municipal of Carapina (Ready Adult Care, Child and Parenting Municipal Carapina) in the municipality of Serra-ES; to identify the occurrence of symptomatology related to Burnout Syndrome (BS) and relate it to the sociodemographic aspects, labor and workers. It is a descriptive study with quantitative approach, conducted with a population consisting of 164 health professionals (57 doctors, 20 nurses and 87 nursing assistants and technicians) in the period from September 1st to November 30, 2008. To characterize the profile of health workers of sites studied it was used a questionnaire that collected data on socio-demographics aspects, work situation, the worker characteristics and sources of tension and fatigue. The occurrence of symptomatology related to Burnout Syndrome among Health Workers was identified using the MBI (Malasch Burnout Inventory-HSS) and to relate the occurrence of symptomatology with the profile of workers were bivariate analysis was performed with the dependent variable symptomatology of Burnout and the other independent variables. The appearance of symptomatology of the syndrome showed the average index of 2,68 for the dimension Emotional Exhaustion (EE), the low rate of 2,09 for the Depersonalization Scale (DS) and low index of 1,13 for the small Professional Achievement (PA). Probably, the occurrence of symptomatology related to Burnout Syndrome in health workers studied is not higher because of proportionally large personal fulfillment at work (3,87). Were associated with three dimensions of the BS: pay less income, difficulty in repairing sleep after work shift, sleepiness at work and issues related to lack of personal control over the work's organization, leading to dissatisfaction of the users served. The elaboration of public policies is required to face new problems and the impossibility to resolve them. The emergence of BS as a health problem, still incipient in the health of the worker, the ignorance by the majority of health professionals about the syndrome and the naturalization of female predominance in health demonstrate the need for public policy proposals, and research also giving consideration to spread, credit, make scientific and build a theoretical contribution toward the Brazilian reality.

**Keywords: Burnout Syndrome. Health professionals. Occupational Health.** 

# LISTA DE TABELAS

participação na pesquisa e categoria profissional. Serra-ES, 2008	
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores segundo o sexo. Serra-ES, 2008	(
Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores segundo estado civil. Serra-ES, 2008	(
Tabela 4 – Distribuição percentual de funcionários por local de trabalho. Serra-ES, 2008	(
Tabela 5 – Distribuição segundo o Turno de trabalho. Serra-ES, 2008	Ç
Tabela 6 – Distribuição percentual dos afastamentos, segundo licença médica. Serra-ES, 2008	10
Tabela 7 – Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo gozo de férias nos últimos 12 meses. Serra-ES, 2008	10
Tabela 8 – Distribuição percentual sobre aspectos do trabalhador e sua profissão. Serra-ES, 2008. (n=164)	10
Tabela 9 – Distribuição da ocorrência de relaxamento para alívio de tensão do trabalhador. Serra-ES, 2008	1
Tabela 10 – Distribuição da ocorrência de relaxamento para alívio de tensão do trabalhador, segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008	1
Tabela 11 – Distribuição percentual da manifestação do desejo de mudança de profissão. Serra-ES, 2008	1
Tabela 12 – Distribuição da manifestação do desejo de mudança de profissão, segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008	1
Tabela 13 – Distribuição percentual das fontes de tensão e cansaço. Serra-ES, 2008	1
Tabela 14 – Estatísticas descritivas dos valores do Burnout em suas dimensões. Serra, ES. 2008	1
Tabela 15 – Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão exaustão emocional do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008	1
Tabela 16 – Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão despersonalização do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008	1

Tabela 17 – Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão Realização Profissional do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008	116
Tabela 18 – Relação entre a dimensão de exaustão emocional e variáveis sócio-demográficas. Serra-ES, 2008	117
Tabela 19 – Relação entre a dimensão de despersonalização e variáveis sócio-demográficas. Serra-ES, 2008	118
Tabela 20 – Relação entre a dimensão de Realização profissional e variáveis sócio-demográficas. Serra-ES, 2008	118
Tabela 21 – Relação entre as dimensões do burnout com as variáveis idade, número de filhos e renda salarial. Serra-ES, 2008	119
Tabela 22 – Relação entre a dimensão de exaustão emocional e variáveis da caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008	122
Tabela 23 – Relação entre a dimensão de despersonalização e variáveis da caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008	124
Tabela 24 – Relação entre a dimensão de realização profissional e variáveis da caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008	125
Tabela 25 – Relação entre as dimensões do Burnout com as variáveis tempo de serviço, horas semanais de plantão e horas para aprimoramento profissional. Serra-ES, 2008	126
Tabela 26 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008	127
Tabela 27 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008	129
Tabela 28 – Relação entre a dimensão realização profissional e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008	132
Tabela 29 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008	136
Tabela 30 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008	138
Tabela 31 – Relação entre a dimensão realização profissional e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008	139

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos atendimentos no Pronto Atendimento Infantil, Adulto e Maternidade de Carapina – Serra	29
Quadro 2 – Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeadores do Burnout	55
Quadro 3 – Quantitativo de Funcionários segundo categoria profissional. Pronto Atendimento Adulto e infantil e Maternidade de Carapina. Serra - ES. Setembro a Novembro de 2008	73
Quadro 4 – Distribuições predominantes das Variáveis Sócio-demográficas por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	95
Quadro 5 – Distribuições predominantes das Variáveis da Situação de Trabalho por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	102
Quadro 6 – Distribuições predominantes das Variáveis das Características do trabalhador segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	105
Quadro 7 – Formas relatadas de relaxamento para alívio de tensão do trabalhador. Serra-ES, 2008	107
Quadro 8 – Motivos relatados quanto ao desejo de mudar de profissão. Serra-ES, 2008	108
Quadro 9 – Motivos relatados quanto ao desejo de não mudar de profissão. Serra-ES, 2008	109
Quadro 10 – Distribuições predominantes das variáveis das fontes de tensão e cansaço por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	112

# LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual da Categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	90
Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores por faixa etária. Serra-ES, 2008. (n=164)	91
Gráfico 3 – Distribuição percentual da variável Número de filhos. Serra-ES, 2008. (n=164)	92
Gráfico 4 – Distribuição percentual da renda salarial mensal. Serra-ES, 2008. (n=164)	92
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes segundo contribuição salarial na renda familiar. Serra-ES, 2008. (n=164)	93
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes segundo escolaridade. Serra-ES, 2008. (n=164)	93
Gráfico 7 – Distribuição percentual do número das instituições de saude em que trabalha. Serra-ES, 2008. (n=164)	96
Gráfico 8 – Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo Vínculo empregatício. Serra-ES, 2008. (n=164)	97
Gráfico 9 – Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo Titulação. Serra-ES, 2008. (n=164)	98
Gráfico 10 – Distribuição percentual, segundo o tipo de Titulação profissional. Serra-ES, 2008. (n=164)	98
Gráfico 11 – Distribuição percentual do tempo de serviço nos locais de trabalho. Serra-ES, 2008	99
Gráfico 12 – Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo a quantidade de horas semanais de jornada de trabalho. Serra-ES, 2008. (n=164)	99
Gráfico 13 – Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo horas de aprimoramento profissional semanais. Serra-ES, 2008. (n=164)	100

# **LISTA DE FIGURA**

Figura 1 – Relações entre os fatores organizacionais do trabalho e o surgimento de estresse e Burnout. 2008	64
Figura 2 – Valores médios do Burnout em suas dimensões	113
Figura 3 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e renda (SM)	120
Figura 4 – Relação entre a dimensão despersonalização e renda (SM)	120
Figura 5 – Relação entre a dimensão Realização profissional e Renda (SM)	121

# LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta convite aos profissionais de saude do Pronto atendimento adulto, infantil e Maternidade de Carapina, no município de Serra – ES	161
APÊNDICE B – Termo de consentimento informado livre e esclarecido profissionais trabalhadores em saude	162
APÊNDICE C – Questionário para entrevista referente à caracterização sociodemográfica e caracterização do trabalho, das fontes de tensão e cansaço e do trabalhador	164
APÊNDICE D – Quadros de distribuição de funcionários por setores do pronto atendimento adulto, infantil e maternidade de Carapina, no município de Serra- ES, 2008	167
APÊNDICE E – Quadro demonstrativo das dimensões da Síndrome de Burnout com as variáveis sexo e categoria profissional. Serra- ES, no período de setembro a novembro de 2008	168

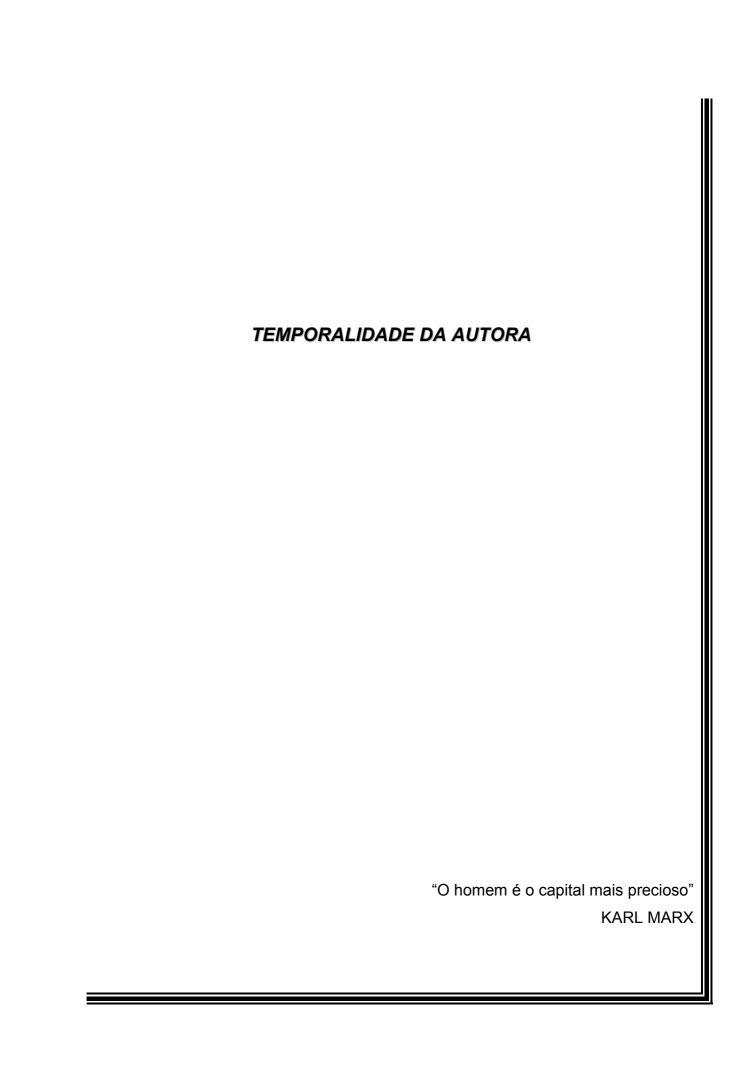
# **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de ética da UFES	172
ANEXO B – Questionário para entrevista referente à caracterização Sintomatologia da Síndrome de Burnout em profissionais de saude	173
ANEXO C – Testes de normalidade referente a analise bivariada	174

# SUMÁRIO

TEMPORALIDADE	21
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 OS PROFISSIONAIS DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE SERRA - ES	27
2 OBJETIVOS	33
2.1.1 OBJETIVO GERAL	33
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 CONCEPÇÕES E REFLEXÕES NO CAMPO DA SAUDE DO TRABALHADO	R 35
3.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAUDE	42
3.2 AS FORMAS DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR EM SAUDE	46
4 A SÍNDROME DE BURNOUT	51
4.1 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT	56
4.1.1 Diferenciando Burnout de outros Transtornos Mentais	61
4.2 A SUSCETIBILIDADE DOS TRABALHADORES DE SAUDE AO BURNOUT.	66
5 METODOLOGIA	70
5.1 LOCAL DA PESQUISA	70
5.2 POPULAÇÃO	72
5.2.1 Critérios de inclusão	73
5.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	74
5.3.1 Parte A:	74
5.3.2 Parte B:	75
5.3.3 Parte C:	75
5.3.4 Parte D	76
5.3.5 <b>Parte E</b>	76
5.4 VARIÁVEIS DA PESQUISA	77
5.4.1 Parte A - Variáveis de características sócio-demográficas	77
5.4.2 Parte B - Variáveis de caracterização da situação de trabalho	78
5.4.3 Parte C - Variáveis da caracterização da ocorrência da sintomatologi	a da
Síndrome de Burnout	79
5.4.3.1 Variável Exaustão Emocional (EE):	79
5.4.3.2 Variável Despersonalização (DE):	80
5.4.3.3 Variável Realização Profissional (RP):	81
5.4.4 Parte D - Variáveis da caracterização de Fontes de tensão e cansaço	81

5.5 P		.83
	ROCEDIMENTOS ÉTICOS	.84
5.6 C	OLETA DE DADOS	.85
5.7 A	NÁLISES DOS DADOS	.86
6 API	RESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	.89
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAUDE	.90
6.1.1	Características sócio-demográficas	.90
6.1.2	Caracterização da situação de trabalho	.96
6.1.3		
6.1.4	Caracterização de Fontes de tensão e cansaço1	09
6.2	CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA	
SÍND	ROME DE BURNOUT1	13
6.3	RELAÇÃO DA OCORRÊNCIA DA SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME	
BURN	IOUT COM O PERFIL DOS TRABALHADORES DE SAUDE1	17
6.3.1	Relação das dimensões do Burnout com os aspect	tos
encia	demográficos1	
<b>30010</b>		11/
6.3.2		
6.3.2		do
6.3.2	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização	do 121
6.3.2 traba 6.3.3	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização	do 121 de
6.3.2 traba 6.3.3	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do 121 de 126
6.3.2 traba 6.3.3 tensã 6.3.4	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do 121 de 126
6.3.2 traba 6.3.3 tensã 6.3.4 carac	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do 121 de 126 da
6.3.2 traba 6.3.3 tensã 6.3.4 carac 7 CO	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do  21  de  26  da  35
6.3.2 traba 6.3.3 tensã 6.3.4 carac 7 CO	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do  21  26  26  35  43
6.3.2 traba 6.3.3 tensã 6.3.4 carac 7 COI 8 COI 9 REI	Relação das dimensões do Burnout com a caracterização ho	do  21  26  da  35  43  49



#### **TEMPORALIDADE DA AUTORA**

Após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 1997, iniciei as minhas atividades profissionais na área hospitalar através do Instituto Estadual de Saude Pública (IESP) e, posteriormente, assumi em 1999 o cargo de Enfermeira na Prefeitura de Vitória/Secretaria Municipal de Saude.

Nessa secretaria fui admitida para exercer atividades no Departamento de Administração em Saude, tendo a oportunidade de desenvolver projetos na área de carência nutricional, padronização de procedimentos de urgência, protocolos de técnicas básicas, entre outras atividades técnicas e assistenciais.

Devido à realização dessas atividades, recebi o convite de uma escola para ministrar, inicialmente, a disciplina de Saude Pública e, posteriormente, Materno Infantil, Pediatria e Administração dos Serviços de Saude para o curso Técnico de Enfermagem. O início de atividades na área do ensino técnico motivou-me a buscar novos cursos de atualização e aperfeiçoamento. Através de processo seletivo, iniciei em 2001 na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF-RJ, o curso de Especialização em Enfermagem em *Home Care*, e no 2º semestre de 2001, ingressei no curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saude/ Enfermagem, através de um convênio entre a FIOCRUZ e a UFES, apresentando, em 2002, o trabalho de conclusão do curso.

A permanência em atividades de ensino e assistência em uma determinada área específica, como a saude pública, gerou não só experiência profissional, como a expectativa para a docência em instituições de ensino de nível Técnico e Superior.

A expansão das Faculdades que oferecem o curso de Graduação de Enfermagem no nosso Estado e a demanda constante do serviço público pela elaboração de projetos e protocolos (de acolhimento, de assistência à mulher, de urgência e emergência e de capacitação do trabalhador da saude), motivou-me buscar, junto à UFES, um processo de ensino e aprendizagem que pudesse acrescentar valores

técnicos e acadêmicos às minhas atividades profissionais.

Atualmente, devido o acompanhamento e supervisão de atividades que exerço em um serviço de Pronto Atendimento e Maternidade Municipal, onde os trabalhadores da saude estão constantemente sujeitos ao adoecimento, afastamento das atividades de trabalho, ao estresse causado pelas ações de assistência de urgência e emergência, superlotação do serviço, falta de segurança, execução de atividades repetitivas e de confronto com a falta de condições de trabalho pareceu-me relevante, entre as linhas de pesquisa ofertadas pelo Programa de Pós Graduação em Atenção à Saude Coletiva da UFES, desenvolver uma proposta de estudo para a área temática da saude do trabalhador.

Nessa área temática, a Síndrome de *Burnout* vem despontando como objeto de estudo de vários pesquisadores nacionais e internacionais, reconhecendo que a instalação desta síndrome afeta não só os trabalhadores, como também a instituição de trabalho, gerando prejuízo para ambos. Sua manifestação é gerada pela dificuldade de enfrentamento à organização do trabalho, aspectos que despertaram a minha atenção durante a permanência no ambiente de trabalho.

# CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

[ ] À medida que a sociedade passa a entender e valorizar a relevância de propiciar melhores condições laborais, também começam a brotar investigações que possam embasar as modificações necessárias para que tais condições se instalem. Talvez por isto, estamos tão atrasados neste aspecto e apenas começando a concentrar esforços neste sentido. Faz-se necessário compensarmos o tempo perdido PEREIRA

# 1 INTRODUÇÃO

A área de saude é composta por uma imensa gama de profissões e profissionais, em particular, a enfermagem e a medicina, que por sua atuação direta com o usuário do serviço, constituem as profissões com maior contingente de pessoal nas instituições de saude. As ações de assistência à saude em serviços de pronto atendimento oferecem aos trabalhadores dessas profissões, confronto com a vida e a morte no seu fazer diário (PITTA, 1994).

Para avaliar o cotidiano das atividades desses profissionais, faz-se necessário entender a dinâmica das suas relações, aspirações e motivações. Na sociedade moderna, o desemprego e a precarização do trabalho levam os profissionais a acumularem uma imensa jornada de trabalho, alternando turnos e locais de realização de atividades. O cansaço, a sobrecarga de atividades de confrontamento com o adoecer da população, a falta de um local adequado para descanso e horário de alimentação, dentre muitos fatores, vêm fragilizando a saude destes trabalhadores, já expostos ao estresse inerente às atividades desenvolvidas.

Nem sempre o estresse é prejudicial. O estresse pode ou não levar a um desgaste geral do organismo, dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em administrá-lo (SILVA, 2000).

Assim, o trabalho, além de possibilitar crescimento, transformações, reconhecimento e independência pessoal e profissional, também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação.

Para Silva (2000), a saude e a doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, mas estão vinculados ao contexto sócio-econômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções.

Os postos de trabalho da área da saude pública dividem-se em hospitais, policlínicas, pronto-atendimentos, pronto-socorros, unidades de saude básicas, da

família, entre outras, e as equipes de saude exercem atividades em cargas horárias de 6, 8 ou 12 h diárias, conforme vínculo empregatício. A interrupção do ciclo do sono, o cansaço acumulado e o estresse poderão levar não só ao adoecimento do trabalhador, como também à ocorrência da imperícia, negligência e imprudência na atividade executada.

Segundo Dejours (1994), incidentes e acidentes de trabalho não são dados excepcionais e as condições de trabalho continuam sendo problemas para a satisfação ou adaptação do trabalhador ao ambiente de trabalho. Além disso, a característica e a rotina de atendimento de um serviço de urgência expõem o trabalhador não só a atividades repetitivas de assistência ao usuário em estado grave, como também à prestação de cuidados à família em situação de perda súbita, atingindo, assim, a estrutura física e psicológica deste trabalhador.

Para compreender a dinâmica do sofrimento psíquico e adoecimento em destaque entre trabalhadores da área da saude, propôs-se a investigação através de uma revisão na literatura, o tema comum e/ou os fatores desencadeantes deste processo. A síndrome de *Burnout* na literatura nacional e internacional, figura como uma das patologias de destaque que vem acometendo os profissionais de saude.

Menegaz (2004) destaca em sua revisão que Maslach interessou-se pelo *Burnout* como resultado das investigações sobre a influência da carga emocional do trabalho no comportamento dos profissionais de serviços humanos. Para Pereira (2002), na esfera institucional, os efeitos do *Burnout* se fazem sentir tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absenteísmo, na alta rotatividade, no incremento de acidentes ocupacionais, na visão negativa da instituição denegrindo a imagem desta e, tendo como resultado importantes prejuízos financeiros, o que reforça a importância de se diagnosticar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* nas instituições.

A Síndrome de *Burnout* trata-se, segundo Maslach e Leiter (1999), de uma síndrome multidimensional, caracterizada por três componentes: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal no trabalho e despersonalização. O primeiro

refere-se a sentimentos de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora. O segundo refere-se à percepção de deterioração da autocompetência e falta de satisfação com as realizações e os seus sucessos no trabalho. O terceiro componente refere-se a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito a outras pessoas, especialmente os usuários dos serviços prestados pelo profissional. Este último fator foi designado recentemente como cinismo (MASLASCH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MASLASCH; LEITER, 1999).

Foi delimitado como problema investigativo o estudo da ocorrência da sintomatologia da Síndrome de *Burnout* em Trabalhadores de Saude, tendo como hipótese que esta Síndrome decorre da assistência que eles prestam à clientela no Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade de Carapina, no município da Serra - ES.

Embora os serviços de Pronto atendimento e a Maternidade de baixa complexidade, apresentem características diferenciadas quanto ao tipo de assistência, às especialidades e ao perfil dos trabalhadores, as manifestações psicológicas observadas eram parecidas, fato esse que levou a investigação da ocorrência da síndrome de *Burnout* nesses serviços e se esta síndrome está relacionada a aspectos da organização de trabalho, ou não.

#### 1.1 OS PROFISSIONAIS DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE SERRA - ES

Na atualidade, a Serra é um dos municípios do Brasil que mais cresce, é o segundo do Espírito Santo em população, contando com 118 bairros, e aproximadamente 330.874 habitantes, de acordo com o censo do IBGE de 2000, o que representa 23,2% da população da Região Metropolitana da Grande Vitória e 10,7% da população do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Desde 2003 a organização dos serviços de urgência do país vem sofrendo mudanças, que visam sistematizar uma rede de atenção integral para atendimento às urgências, organizando o fluxo dos pacientes da atenção básica até a alta

complexidade, implantando o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) instituído pela Portaria n.º 1.864/03 (BRASIL, 2003).

De acordo com essa Portaria o município de Serra implantou o serviço de regulação médica e estabeleceu o fluxo de referência e contra referencia. Em 2008, surge a Portaria nº 2.922/2008, que estabeleceu diretrizes para o fortalecimento e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Determinou que as Unidades de Pronto Atendimento fossem implementadas conforme parâmetros de: população de cobertura, números de atendimentos médicos em 24 horas, número mínimo de médico por plantão e leitos de observação (BRASIL, 2008).

No sentido de analisar as atividades realizadas pelos profissionais de saude nos locais de trabalho da pesquisa – Maternidade, Pronto atendimento Adulto e Infantil de Carapina, no município da Serra-ES, o Quadro 2 demonstra o volume de trabalho desses serviços, expressos no grande número de atendimentos realizados, no período de janeiro a setembro de 2008.

O número preconizado pela Portaria para os atendimento médicos em 24 horas é de 301 a 450 pacientes para uma população de 200.001 a 300.000 habitantes (Unidade de Pronto Atendimento PIII – UPA PIII), possuindo 6 médicos entre pediatras e clínicos e com 13 a 20 leitos de observação.

De acordo com o número de atendimentos realizados e observados no Quadro 1, os serviços possuem uma média de atendimento adulto diário de 160 a 301 atendimentos adultos e 156 a 195 atendimentos infantis, perfazendo um total de 316 a 496 atendimentos em 24 horas.

A visão macro da Portaria não contempla todos os aspectos fundamentais para a prática concreta destes cuidados, tais como: o tempo que o profissional deverá atender o paciente conforme sua necessidade integral; a reavaliação dos mesmos para nova terapêutica ou liberação de alta; número de pacientes que ficam mais de 12 e até 24 horas aguardando a regulação médica para transferência de pacientes

para local de maior complexidade, dentre outros, fatores estes que sobrecarregam o profissional de saude além do confrontamento diário com sofrimento e morte.

Art. 2º As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saude, Unidades de Saude da Família e a Rede Hospitalar, [...]. Assim, têm como principais missões: Desenvolver ações de saude através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e contra-referenciar para a rede de atenção à saude, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saude individual e coletivo da população; (BRASIL, 2008, p.1).

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	TOTAL
ATENDIMENTOS								I		
PAI CARAPINA	4780	4763	7905	9044	6474	5088	6150	6334	6297	56835
PAA CARAPINA	4669	5654	5491	5601	5834	5726	5746	5238	5757	49716
MATERNIDADE	1059	1024	1173	927	905	946	921	914	902	8771
OBSERVAÇÃO										
menos de 24H										
PAI CARAPINA	956	953	1581	1809	1295	1018	1230	1267	1259	11368
PAA CARAPINA	1446	1747	1919	2498	2540	2167	1903	1435	1535	17190
MATERNIDADE	3	2	2	2	3	8	1	1	1	23
OBSERVAÇÃO										
mais de 24H										
PAI CARAPINA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
PAA CARAPINA	105	115	108	150	103	91	105	84	116	977
MATERNIDADE	155	150	144	125	174	149	160	161	171	1389
TRANSFERÊNCIAS										
PAI CARAPINA	349	317	411	328	245	242	232	234	198	2556
PAA CARAPINA	43	31	28	27	32	27	33	33	29	283
MATERNIDADE	-	-	2	3	-	-	2	-	-	7
RECÉM NASCIDOS	5	4	5	4	5	5	2	2	5	37
PACIENTES SEM	37	51	75	55	43	61	63	58	54	497
INTERNAÇÃO										

Quadro 1 – Distribuição dos atendimentos no Pronto Atendimento Infantil, Adulto e Maternidade de Carapina – Serra.

Fonte: Relatórios de produção da Diretoria Administrativa dos locais de trabalho pesquisados. Serra - 2008

Sabe-se que a primeira reação do estresse ligado ao trabalho é a sensação de

exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental. O estresse crônico dos profissionais de saude diante das dificuldades para realizar encaminhamentos, transferências necessárias durante o exercício das suas atividades, faz com que os mesmos sejam submetidos a uma carga de desgaste emocional perigosa. (OLIVEIRA, 2001).

Se de um lado existe uma sobrecarga mental pela demanda crescente de usuários - observados no Quadro 1 - por outro, aumenta também a sobrecarga física, por atender mais pessoas, em menor tempo, para suprir as limitações ou deficiências na rede hierarquizada de serviços de saude, geradas pela sistematização deste serviço de regulação médica implantado.

Realçam-se, assim, as suscetibilidades dos profissionais de saude perante as variáveis organizacionais destes serviços, como de maior relevância na situação de burnout. Para além de realizarem o trabalho por turnos - um importante, mas geral, fator de estresse - os horários de trabalho destes trabalhadores de saude revelam a cultura de cada vez mais horas e cada vez mais dias. Ou seja, a legislação geral sobre o trabalho e as orientações de saude ocupacional aplicadas em outros contextos falham invariavelmente na sua aplicação.

Esses profissionais de saúde, além de trabalharem sujeitos a organizações e condições de trabalho que favorecem o sofrimento e adoecimento físico e psíquico, possuem, no município de Serra, somente os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT que, na sua maioria, desviam-se da função de reconhecer, avaliar e controlar as causas de acidentes, reproduzindo na rede pública a prática ineficaz destes serviços. A sua atuação é marcada, repetidamente, pela descontinuidade, seja por pressões externas, ou pela sucessão de novas administrações que não priorizam investimentos em ações que efetivamente minimizariam os impactos negativos na vida social e profissional do trabalhador de saúde. Estes trabalhadores ficam desprotegidos, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde e este fato representa um dos grandes desafios para a investigação e intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997).

# 1.2 CAPÍTULOS DA DISSERTAÇÃO

A dissertação foi organizada em oito capítulos e no primeiro, são apresentadas as indagações, os conceitos, as justificativas e os objetivos desta pesquisa.

Do segundo ao quinto capítulo foi construído um aporte teórico constituído de: O campo da Saude do Trabalhador; Organização do trabalho em saude; As formas do adoecimento do trabalho em saude e Os profissionais de saude e a Síndrome de *Burnout*, que deram embasamento para discussões e análises após a coleta dos dados na busca de elucidações do tema.

No sexto capítulo, foi tratado o método do estudo, subdividido em 8 tópicos, sendo: local da pesquisa, população pesquisada, critérios de inclusão, instrumentos da pesquisa, variáveis da pesquisa, procedimentos éticos, coleta de dados, análises dos dados, destacando-se a escolha dos instrumentos da pesquisa, as particularidades do mesmo e suas aplicações.

O sétimo capítulo tratou da apresentação, análise e discussão dos dados. Para cumprimento dos objetivos foram realizadas a análise descritiva, o teste de *shapiro-wilk*, os testes não-paramétricos de *Mann-Whitney*, *Kruskall-Wallis* e Correlação de *Spearman*.

No oitavo capítulo foram apresentadas as considerações finais, onde se procurou enfatizar as indagações acerca do perfil sociodemográfico, laboral e a relação da Síndrome com as características individuais, ocupacionais e organizacionais.

No nono capítulo foi apresentada a conclusão, enfatizando a necessidade de implantação de estratégias individuais e organizacionais para minimizar o impacto da Síndrome na população estudada e prevenção de novos casos da patologia.

Finalizando foram apresentadas as referências, apêndices e anexos, constando os documentos de pesquisa (questionário e outros dados importantes).

# **CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS**

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento."

**DEJOURS** 

## **2 OBJETIVOS**

## 2.1.1 OBJETIVO GERAL

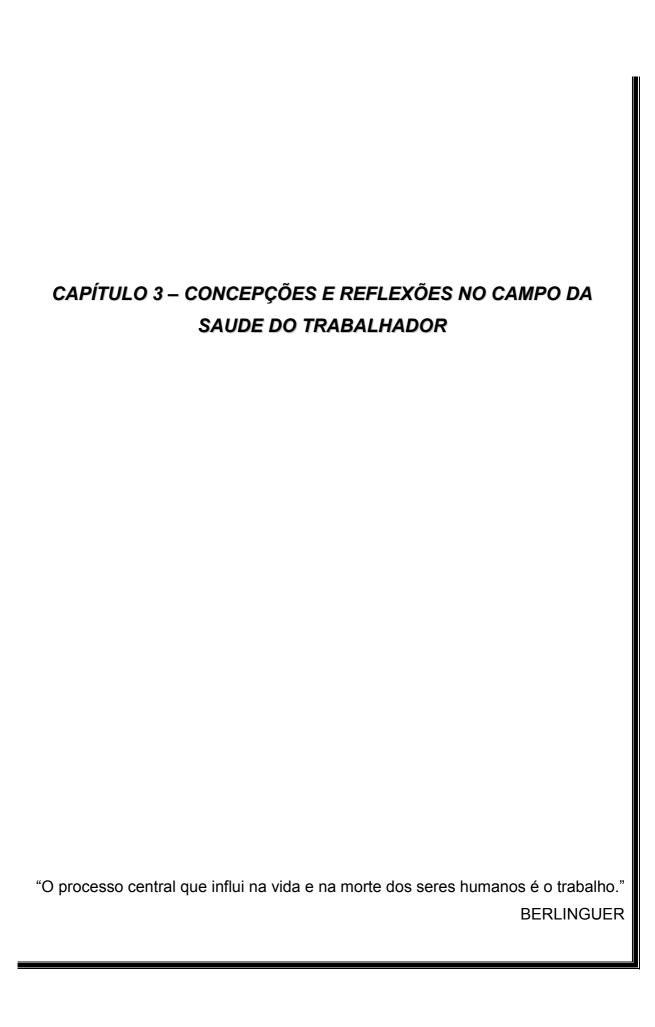
Investigar a Síndrome de *Burnout* entre os Trabalhadores da Saude em um Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade Municipal.

# 2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores da Saude;

Identificar a sintomatologia relacionada à Síndrome de Burnout;

Relacionar a sintomatologia da Síndrome de *Burnout* com o perfil dos trabalhadores.



# 3 CONCEPÇÕES E REFLEXÕES NO CAMPO DA SAUDE DO TRABALHADOR

A Saude do Trabalhador constitui uma área da Saude Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saude. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saude dos trabalhadores, através do desenvolvimento de ações de vigilância sobre os riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e sobre os agravos à saude dos trabalhadores, além da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no Sistema Único de Saude (SUS).

A Constituição Federal (CF) de 1988 nos artigos 196 ao 200, atribui ao SUS as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde. Estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho, nos planos de custeio e de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080/90.

Além da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saude, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, no âmbito do setor Saude, entre os quais se destacam as Portarias MS N.º 3.120, de 1/7/98 e MS N.º 3.908, de 30/10/98, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância da saúde do trabalhador e da prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis (DIAS, 2000).

A década de 1980 foi um período de grandes mudanças para a política de saúde brasileira, destacando-se a Constituição Federal, a VIII conferencia Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, marcos históricos para os profissionais, pois estes passaram a ser reconhecidos como sujeitos possuidores

de saber e não apenas consumidores de serviços de saúde (DIAS, 2000). Entretanto, apesar de muitas conquistas na área da Saúde do trabalhador, de vários direitos serem garantidos na legislação, ainda se encontra dificuldades na efetivação destas conquistas na prática, devido aos contextos políticos mais recentes.

Conforme Silva, Barreto Junior e Sant'Ana (2003, p. 56), o campo da saude do trabalhador tem um marco teórico-prático complexo "[...] que não pode ser visualizado por um único viés. Seu conhecimento e compreensão exigem visão ampla e profunda do contexto histórico ao qual a sociedade do trabalho está inserida e dos nexos causais trabalho/saude/doença".

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) relatam que ao longo das duas últimas décadas, acompanhando o processo de democratização do País, vem tomando corpo uma série de práticas no âmbito da Saude Coletiva, bem como em determinados setores sindicais e acadêmicos, que configuram o campo que passou a denominar-se Saude do Trabalhador. No entanto, cada vez mais têm surgido temas, estudos, abordagens que, embora afetos à relação trabalho-saude, apenas correspondem parcialmente ao que se entende por Saude do Trabalhador. É uma área passível de abrigar diferentes aproximações e de incluir uma variedade de estudos e práticas de indiscutível valor, mesmo na ausência de uma adequada precisão conceitual sobre o caráter da associação entre o trabalho e o processo saude-doença.

Já Mendes (1986) aponta para a gravidade dos problemas de saude dos trabalhadores brasileiros, em decorrência dos processos de trabalho a que estes estão submetidos, que necessitam ser mais bem estudados. Assim, seria importante avaliar a carga de trabalho presente no processo de trabalho e as políticas nacionais para a saude dos trabalhadores e suas especificidades, observando, se estes fatores são desencadeantes do processo de adoecimento da saude do trabalhador de saude.

Para melhor compreensão do Campo da Saude do Trabalhador, fez-se necessário uma revisão breve sobre as modificações ocorridas ao longo dos anos, desde o

surgimento da preocupação mundial acerca das formas de abordagem das relações entre saude, condições e organizações de trabalho.

Para Oliveira (2001), as questões referentes à saude e trabalho se apresentaram como um tema de preocupação pública mundial desde meados do século XIX, quando o adoecimento nos processos de produção aparece ainda nas etapas iniciais da industrialização. A Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra levou o trabalhador a se submeter às precárias condições de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso. Como apontam Mendes e Dias (1991), quando a fábrica se torna o local privilegiado para a realização das novas relações de produção, ocorre o surgimento da Medicina do Trabalho, visando o controle da força de trabalho para o aumento da produtividade.

Os mesmos autores afirmam que a presença do médico no interior da fábrica se apresenta como um meio principalmente de possibilitar a recuperação do trabalhador o mais rápido possível, num momento em que a força de trabalho era necessária à industrialização. Desta forma o surgimento da Medicina do Trabalho em 1830, se deu nas iniciativas dos empresários, centradas na atuação médica e se mantém até os dias atuais, dentro de um enfoque biologicista e individual, buscando a causa das doenças e acidentes de trabalho com uma abordagem unicausal.

A Medicina do Trabalho procurou resolver o problema do capital, esquecendo-se das conseqüências que o processo da produção poderia trazer para os trabalhadores, sendo os agentes/riscos assumidos como peculiaridades "naturalizadas" de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem. As medidas que deveriam assegurar a saude do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995).

Segundo Mendes e Dias (1991), a preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da

Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Assim, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saude dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho".

Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem do dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho" (BARROS; MENDES, 2003).

De acordo com Facchini (1993), o modelo unicausal não respondia o porquê da ocorrência de determinadas doenças, o que levou muitos pesquisadores, após a segunda Guerra Mundial, a concluírem que o processo saude-doença era a síntese de múltiplas determinações (modelo multicausal) e para o seu estudo havia a necessidade de se compor uma equipe multiprofissional, já que uma disciplina só não resolveria todos os aspectos relacionados e implicados a este processo.

Barros e Mendes (2003) apontam que a tecnologia industrial evoluíra de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. Desta forma a Saude Ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com а organização de equipes progressivamente multiprofissionais e a ênfase na "higiene industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. Assim, de um lado a saude ocupacional passa a ser considerada como um ramo da saude ambiental, no outro, desenvolvem-se fortes unidades de higiene industrial no Brasil.

A Saude Ocupacional surge como um reflexo da impotência da Medicina do Trabalho em resolver os problemas de saude causados pelos processos de

produção, mas também não consegue atingir o seu objetivo, principalmente porque manteve o trabalhador como sujeito passivo do processo e condições de trabalho, bem como das intervenções "higiênicas" sobre este trabalho e, desta forma, estava trabalhando a favor da necessidade da produção e não da saude do próprio trabalhador. Surgiu então, ao longo dos anos, uma série de discussões sobre o processo social, desenvolvendo-se a teoria da determinação social do processo saude-doença. O lugar do trabalhador como protagonista do processo saude-doença, um momento particular do processo social, contribui para aumentar os questionamentos à Medicina do Trabalho e à Saude Ocupacional.

Este debate trouxe como conseqüências: a desconfiança dos trabalhadores nos profissionais de medicina e segurança do trabalho; o questionamento da validade de alguns procedimentos clássicos dentro da saude ocupacional, como, por exemplo, os exames médicos pré admissionais; o questionamento sobre os limites de tolerância, em função de estudos sobre efeitos de pequenas doses e o aparecimento de alterações nos trabalhadores, pondo em dúvida a eficiência da proteção à saude e da noção da exposição segura (MENDES; DIAS, 1991).

Para Arouca (2003), num olhar crítico à atuação destas disciplinas, aponta que a abordagem das relações entre trabalho e o processo saude-doença parte da idéia cartesiana do corpo como máquina, o qual se expõe a agentes/fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas. Em conseqüência dessa compreensão, o controle da saude preconizado pela Saude Ocupacional resume-se à estratégia de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho.

Mendes e Dias (1991) analisam que na medida em que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saude, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho, que "atropelam" a Saude Ocupacional. Desloca-se, assim, a vocação da saude ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saude", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida".

Garcia Junior (2006) descreve que no Brasil, atualmente, são utilizadas as práticas dos dois modelos de compreensão da relação saude-trabalho: o da medicina do trabalho, que atua no interior das fábricas, nos serviços de engenharia e medicina do Trabalho (SESMT) e de empresas prestadoras de serviços de Medicina do Trabalho, e da Saude Ocupacional que é uma concepção utilizada por algumas grandes empresas e entidades de pesquisa, incorporando a prática de Medicina do Trabalho.

Neste contexto, uma questão nova estava posta: a emergência da Saude do Trabalhador. A construção deste campo se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saude Ocupacional, pois compreende o processo de trabalho a partir da discussão do campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social, trazida para a relação saude e processo de trabalho (OLIVEIRA, 2001).

A Saude do Trabalhador tem suas origens na Medicina Social Latino-Americana e na Saude Coletiva. Apresenta como premissa básica, o enfoque na relação saude/trabalho, compreendendo o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexo biopsíquico das coletividades nas sociedades capitalistas industriais (LAURELL; NORIEGA, 1989).

No Brasil, a emergência da Saude do Trabalhador pode ser identificada no início de 1980, no contexto da transição democrática. Este processo social se desdobrou em uma série de iniciativas e se expressou nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saude e na realização da I Conferência Nacional de Saude dos Trabalhadores, sendo decisivo para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988. Mais recentemente, a denominação "Saude do Trabalhador" aparece, também, incorporada na nova Lei Orgânica de Saude, que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saude neste campo. É considerada uma atividade especial das comissões intersetoriais, ligadas diretamente ao Conselho Nacional de Saude, sendo responsáveis pela articulação das políticas e programas de interesse para a saude, cuja execução poderá envolver áreas não ligadas diretamente ao âmbito do SUS (GARCIA JUNIOR, 2006).

A Constituição Federal de 1988 alterou profundamente o arcabouço jurídico-

institucional do sistema público de saude, criando novas relações entre as diferentes esferas do governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saude – SUS, regulamentado através da lei 8.080/90, que propiciou, enfim, o resgate da intervenção da saude no espaço do trabalho, espaço esse que fora assumido em 1930 pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (WERNER, 2006).

Neste panorama, o Ministério da Saude (BRASIL, 2001, p. 18) dispõem que:

[...] as políticas de governo para a área de saude do trabalhador devem definir as atribuições e competências dos diversos setores envolvidos, incluindo as políticas econômica, da indústria, do comércio, da agricultura, da ciência e da tecnologia [...] entre outras. Também devem estar articuladas às estruturas organizadas da sociedade civil, por meio de formas de atuação sistemáticas e organizadas que resultem na garantia de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores.

A política de saude é a ação do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saude e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saude dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2003).

De acordo com Vasconcelos e Oliveira (1992), a Política Nacional de Saude do Trabalhador, enquanto parte da política para o setor saude, está submetida a um movimento real e concreto de forças sociais, cuja expressão se intensifica na dinâmica das variáveis conjunturais presentes na relação entre Estado e Sociedade Civil. Uma característica marcante na política de Saude do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. A multiplicidade de ações na área de Saude do Trabalhador, com reflexos desanimadores no que tange aos resultados, é uma constatação histórica fartamente documentada por vários estudiosos.

A análise do discurso e das práticas de uma determinada política implica uma compreensão abrangente dos contextos sociais onde esta se realiza, considerandose os níveis político, ideológico e econômico, que não podem ser tratados de forma

estanque e separados.

Barreto (2000) aponta que a dificuldade de reconhecer o nexo causal da doença com o trabalho, faz com que o adoecido tenha que comprovar a sua doença e correlacioná-la ao seu trabalho. Sofrendo a partir daí, pressões e ameaças, sendo ridicularizado e humilhado, o sujeito chega, muitas vezes, a concordar com a demissão e ainda sentir-se culpado. Todos esses problemas, provavelmente ocorrem por que o trabalho extrapola a atividade em si. Na relação com o sujeito, o trabalho invade e permeia todas as suas atividades e é determinado pela estrutura política, social e cultural, entrando na composição de sua identidade (CASTELHANO, 2005).

A saude do trabalhador tem sido discutida intensamente nestes últimos 30 anos, se destacando na Saude Pública, tendo como objetivo de estudo a promoção e a proteção à saude dos trabalhadores e só é compreendida quando são considerados todos os aspectos que condicionam a vida destas pessoas, sejam sociais, tecnológicos, organizacionais e os fatores de riscos ocupacionais presentes no processo de produção. Neste sentido, se faz necessário mais pesquisas científicas, para desvendar a saude do trabalhador, de acordo com os processos biológicos, psicológicos e sociais de desgaste e surgimento de doenças (GARCIA JUNIOR, 2006).

# 3.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAUDE

Segundo Dejours (1986) as repercussões do trabalho sobre a saude do trabalhador são derivadas tanto das condições de trabalho como da organização do trabalho.

Pode-se analisar como o ser humano é afetado para desempenhar a atividade que executa, através dos conflitos que perpassam, de um lado, o regime da organização de trabalho e a necessidade de atingir as metas determinadas pelo sistema e, de outro, a exigência pessoal, desempenho, ritmo, produção e rendimento que o trabalhador acaba desenvolvendo por causa da própria exigência da organização (MASLOW, 2000).

A organização do trabalho determina o planejamento, a execução e a avaliação, passando por todas as etapas do processo produtivo. Ela descreve normas e parâmetros que determina quem fará, o que será feito, como, quando e com quais equipamentos; em que tempo, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, dá diretriz e rotinas para se cumprir e chegar a um resultado geral, a realização do trabalho/produto que se deseja.

Dentro do campo da saude do trabalhador, o processo de trabalho é uma categoria fundamental, facilitando as análises sobre o adoecimento e o sofrimento ligados a ele, e que permitem propor novos modelos de abordagem do processo saudedoença. Disso resultaram análises sobre o problema do desgaste físico e psíquico ligado a tipos específicos de atividade produtiva ou laborativa (MACHADO; CORREA, 2002).

Machado e Correa (2002) relatam que o processo de trabalho em saude é pouco estudado, sendo recentes as pesquisas em nosso meio sobre o tema, geralmente iniciadas na década de 1990. O processo de trabalho é múltiplo e complexo, podendo ser desenvolvido em diversos níveis: ambulatorial, hospitalar e clínica privada. Esse trabalho complexo é pouco articulado pela diferenciação e hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no trabalho em saude e em função do próprio discurso médico-hospitalar dominante sobre partes dos corpos.

A organização do processo de trabalho em saude apresenta vários determinantes, tendo como exemplo a variabilidade de serviços, os clientes, as jornadas de trabalho, os salários, a penosidade no trabalho, o estresse, a fadiga, o controle, a interação de diferentes categorias profissionais.

Sendo também um trabalho sistematizado e direcionado pelo Sistema Único de Saude (SUS), possui interferência direta dos seus avanços e problemáticas, bem como das medidas adotadas nas políticas públicas de saude (nos âmbitos, Federal Estadual e Municipal), pela organização governamental e dependente da estrutura de vida sócio econômica da população.

Segundo VIEIRA (1996), os modelos de organização do trabalho e as diversas

propostas de processos participativos podem ser vistos de modo benéfico para os trabalhadores quando apresentam fatores que lhe proporcionam satisfação, salário adequado, possibilidade de promoção, posto de trabalho adequado, saude, segurança no trabalho e conseqüente qualidade de vida no trabalho, mas também podem ser vistos de modo a exercerem pressões para que os trabalhadores alcancem um objetivo predeterminado pelos mesmos, que podem levar ao absenteísmo elevado, alta rotatividade, ou gerar estresse, frustração, ansiedade e conseqüentemente ocasionar os acidentes do trabalho.

As condições de trabalho e a organização do trabalho influenciam também de forma significativa na tolerância ao trabalho em turnos e noturno. Trabalhar em horários noturnos pode levar os trabalhadores a ter pior desempenho em suas tarefas, a expô-los a maiores riscos de acidentes de trabalho e a estressores ambientais, que podem levá-los à incapacidade funcional precoce. As causas que envolvem a fadiga no trabalho são múltiplas e em geral decorrentes das associações entre as más condições de trabalho, o desencontro entre os ritmos biológicos e os horários de trabalho (MORENO; FISHER; ROTENBERG, 2001).

Segundo Borges, Argolo e Baker (2006, p. 34), "[...] os serviços de atenção à saude guardam especificidades relativas ao trato com a dor, ao sofrimento e ao mal-estar orgânico, emocional e social das pessoas". Por isso, além das condições inerentes ao exercício profissional que incluem trabalho em turnos e escalas com fortes pressões externas, estes serviços requerem dos profissionais uma carga adicional de competências interpessoais.

O sofrimento propiciado no contexto do trabalho pode ser decorrente de uma incompatibilidade entre a história individual do sujeito (perpassada por sonhos, desejos, necessidades, projetos, esperanças) e uma organização do trabalho que ignora isso. Desencadeando-se, nesse caso, o sofrimento psíquico pelo fato de o homem no seu trabalho se perceber impossibilitado de empreender modificações na atividade que realiza, tendo em vista torná-la mais adequada às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isto é, quando o trabalho se torna completamente alheio a quem o executa (MARTINS, 2005; DEJOURS, 1986).

Muito se discute atualmente sobre as relações entre o trabalho e processo saudedoença (principalmente as doenças mentais). Citações de Jardim (2001) em seu texto apontam a relação entre trabalho e doença mental, analisando quatro níveis: sociocultural, subjetivo, biológico e político.

O sociocultural é o entrelaçamento do valor simbólico atribuído ao trabalho nas sociedades produtivistas e a identificação do profissional e suas implicações como estatuto social. Destaca que o trabalho pode ser encarado como local de exclusão social, percebendo o trabalhador adoecido como inapto para o trabalho, como também num local de relações de solidariedade e coletividade de trabalho, despertando o prazer e satisfação no trabalho. O trabalho neste nível garante a subsistência próprio status de ser trabalhador. 0 estatuto trabalhador/profissional que dignifica o homem através de um reconhecimento social.

Em contrapartida, o nível subjetivo, que implica admitir o "valor" que o trabalho confere nas sociedades modernas. Neste caso, confere ao trabalhador (sujeito do trabalho) uma subjetividade marcada pela organização do trabalho e suas necessidades, determinando-lhe sentimentos de pressão, humilhação, satisfação e etc., que podem desencadear quadros psicopatológicos. A falta do emprego ocasiona sofrimento, podendo produzir quadros psicopatológicos de intensidade variável.

O biológico é apontado como um nível de determinação de sofrimento psíquico pouco estudado no campo da saude mental e trabalho. Algumas patologias que acometem o organismo físico - como intoxicações e acidentes ocupacionais - podem também ser relacionadas pelos profissionais em seu nexo causal com os transtornos mentais. Tais quadros psicopatológicos são freqüentemente ignorados pelos profissionais pela inexperiência na clínica e ineficiência da nosologia. Os processos e as condições de trabalho insalubres são determinantes de acometimento e manifestações corporais dos trabalhadores, ao exercerem a profissão em locais onde existem perigos com risco de acidente e de morte para os trabalhadores, causando traumas psíquicos, incapacidade e outros, gerando efeitos de desgastes para a saude dos trabalhadores e seus familiares.

O nível político é o da negociação da saude, desde por melhores condições salariais e de trabalho, até o reconhecimento do trabalho como gerador de desgaste, sofrimento e adoecimento do trabalhador. Existe ainda uma dificuldade em se reconhecer uma síndrome depressiva como podendo ser determinada pelo trabalho, pois há uma dicotomia entre a psicopatologia geral e a do trabalho, sendo necessárias negociações para determinar, em cada instituição, qual o melhor diagnóstico, tratamento, afastamento ou não do trabalho, reabilitação e reintegração ao trabalho.

As relações no trabalho possuem muitas variáveis intervenientes no processo saude-doença e devem ser discutidas transdisciplinarmente, para que se possa quebrar a separação artificial entre vida, trabalho, doença, assim como, da mesma forma, as relações familiares, conjugais, com os amigos e a vizinhança também devem ser consideradas como variáveis. Abrindo, assim, um campo onde as relações sociais são confrontadas com a prática clínica, fazendo com que, em cada caso com alguma queixa psiquiátrica, o trabalhador seja direcionado a perceber o lugar que o trabalho ocupa na vida do sujeito.

A complexidade humana faz com que seu desenvolvimento dependa da interação de seu ambiente interno e de seu ambiente externo. Portanto, não há como separar as emoções, as sensações, as percepções. Perceber este fato é muito importante para as organizações e para os trabalhadores. Jardim (2001) afirma que não há uma clínica do sujeito e outra do trabalho, e sim, uma clínica que leva em conta os sujeitos e o trabalho.

### 3.2 AS FORMAS DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR EM SAUDE

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, está relacionado a agravos que têm relação com as condições específicas de trabalho, doenças que podem surgir ou se tornarem graves quando modificadas pelo trabalho e doenças comuns que, embora não guardem relação com o trabalho, podem afetar a saude dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

Embora algumas questões contribuam para modificar o perfil de saude do

trabalhador, como a adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho, percebe-se que o adoecimento e sofrimento dos trabalhadores encontram-se presentes em seus cotidianos. Estas questões são objetos de atenção do Ministério do Trabalho e Emprego que classifica as doenças relacionadas ao trabalho, sendo mais freqüentes as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER / DORT), sofrimento mental e formas de adoecimento mal caracterizadas que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2005).

Pitta (1994) inclui o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas. Este processo comporta inúmeras atividades desenvolvidas por diferentes agentes com qualificação e formação também diferenciadas, que vão desde a formação de nível superior (médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos), passando pelo nível médio (técnicos de raio-X, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, etc.) até o nível elementar (atendentes de enfermagem, agentes de saude, agentes operacionais, etc.).

No Brasil, a preocupação com a questão da saude dos trabalhadores hospitalares iniciou-se na década de 1970, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saude ocupacional em trabalhadores hospitalares. Durante o ano de 1971 aconteceram 4.468 acidentes de trabalho em hospitais, cortes com ampolas, queimaduras em estufa e outros. Apesar do relatado, os trabalhadores da área da saude não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho, fato que mudou a partir do surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) como epidemia nos anos de 1980 (MIRANDA; STANCATO, 2008).

De acordo com Olivar (2006), numa unidade de Saude o processo de trabalho se desenvolve mediante as várias atividades realizadas por profissionais de saude que compartilham o mesmo ambiente físico e disponibilidade de recursos materiais. As atividades destes profissionais, embora sejam diferentes, são de certa forma, interdependentes, que os condiciona a situações de exposição aos riscos e cargas

de trabalho. Estas exposições podem ter manifestações diferenciadas em função de características individuais e específicas, sendo relativas assim ao contexto das atividades, condições de saude e estratégias individuais empregadas.

A exposição ocupacional aos agentes biológicos é considerada como a principal fonte de risco à saude dos profissionais de saude, motivo pelo qual as ações de vigilância dirigidas à saude destes profissionais estão focadas na exposição ao agente etiológico da AIDS e da Hepatite, durante os acidentes com instrumentos pérfurocortantes ou contaminação de mucosas com fluídos corpóreos dos doentes. Muitos estudos realizados nas últimas décadas, aqui no Brasil, comprovam a magnitude deste assunto (SARQUIS et al 2004; BASSO, 1999).

As desordens psicológicas no trabalho constituem algumas das dez mais freqüentes categorias de "doença" ocupacional. Silva (2000) aponta uma diversidade de variáveis organizacionais, que contribuem para situações provocadoras de reações psicológicas e psicossomáticas.

O estresse relacionado ao trabalho está associado com alterações fisiológicas - maiores riscos de infecções, alterações neuroendócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidemia, hiperglicemia e aumento do risco cardiovascular – a alterações comportamentais - abuso de álcool e substâncias, risco de suicídio e transtornos ansiosos e depressivos - além de implicações socioeconômicas, como absenteísmo, abandono de especialidade e queda de produtividade (VIEIRA *et al,* 2006).

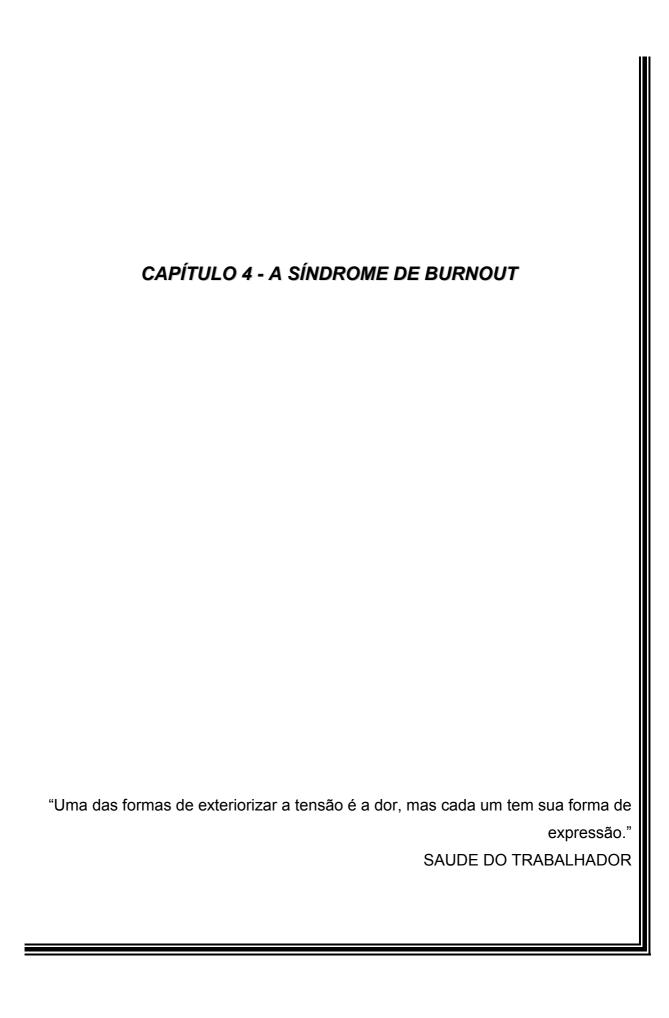
O estresse apresenta ainda um alto custo para as empresas, pois, além da diminuição da produtividade através de faltas, horas de trabalho perdidas, desperdício de material de trabalho e custos elevados em assistência médica, reflete negativamente na imagem da empresa (SILVA, 2000).

O sofrimento psíquico no trabalho hospitalar manifesta-se através de um mal-estar, que constitui uma etapa inicial para uma situação patológica visível pelos instrumentos utilizados pela clínica. Para além das conhecidas condições de insalubridade relacionadas às contaminações por agentes biológicos, no trabalho hospitalar, somam-se as que decorrem da organização do trabalho e as da natureza

do trabalho com pessoas adoecidas, que são evidenciadas por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. Essência do trabalho hospitalar, o contato constante com pessoas adoecidas gravemente submete os profissionais à execução de tarefas agradáveis ou repulsivas, situação de trabalho que suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos profissionais durante a rotina de trabalho. A convivência com a doença, o sofrimento, a dor e a morte do outro causam um desgaste físico e mental para o trabalhador da saude, que, na sua condição de pessoa humana depara-se com a sua morte. (PITTA, 1999).

Dentre as formas de adoecimento dos trabalhadores, de importância particular da área da saude, Borges *et al* (2002, p. 191), apontam a síndrome de *Burnout*, e tomam como referência o conceito adotado por Maslach e Jackson (1994) definindo-a como:

[...] um problema que atinge profissionais de serviço, principalmente aqueles voltados para atividades de cuidado com outros, no qual a oferta do cuidado ou serviço freqüentemente ocorre em situações de mudanças emocionais. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da realização do objetivo. O exercício destas profissões implica uma relação com o cliente permeada de ambigüidades, como conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro.



## **4 A SÍNDROME DE BURNOUT**

Com base na observação do cotidiano do serviço de um pronto atendimento e maternidade municipal e nos estudos de vários autores, a respeito das formas de adoecimento dos trabalhadores da área da saude, pode-se afirmar, assim como o fazem Raffone e Hennington (2005), que existe a real necessidade de novas pesquisas, visando aprofundar o conhecimento sobre o processo saude-doença e melhoria de condições de vida e trabalho, particularmente em relação a possibilidade de ocorrência de *Burnout*.

O primeiro a utilizar o termo *Burnout* foi Freudenberger, em meados de 1970, que o considerou como um resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge como conseqüência das profissões que possuem, em seu fazer diário, contato direto com pessoas que necessitam da assistência, física, mental ou social. Amorim *et. al.* (1998) acrescentam, ainda, que alguns pesquisadores realizaram propostas de delimitação conceitual e assim estabeleceram procedimentos e critérios para o diagnóstico diferencial do *Burnout*.

No estudo da ocorrência da síndrome de *Burnout* (SB), deve-se considerar não só as conseqüências individuais, como também as organizacionais, como o absenteísmo, desmotivação para o trabalho e a queda da qualidade. Segundo Codo (apud BORGES et al 2002, p. 191) "a persistência da síndrome e a generalização da sua incidência conduzem os trabalhadores a apresentarem uma 'retirada' psíquica do trabalho [...]", que consiste em manter o vínculo empregatício, enfraquecendo o envolvimento com o trabalho e as decisões que lhe são inerentes.

Murofuse *et al* (2005), em seu artigo, reforçam que, ainda que não exista uma definição única sobre *Burnout*, já há um consenso de que se trata de uma resposta ao estresse laboral crônico; contudo, não deve ser confundido com estresse e nem tampouco tratá-lo como sinônimo. No caso do *Burnout*, estão envolvidas atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho. É um processo gradual, de uma experiência subjetiva, envolve atitudes e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à

organização. Ocorre quando o lado humano do trabalho não é considerado. Já no estresse não estão envolvidos tais atitudes e condutas, pois se trata de um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

Maslach e Jackson (1981) assumem uma concepção multidimensional para a síndrome, cuja manifestação se caracteriza por esgotamento emocional, redução da realização pessoal no trabalho e despersonalização. A primeira pode ser entendida pela situação que os trabalhadores sentem quando já não podem dar mais de si mesmo afetivamente, uma situação de esgotamento da energia dos recursos emocionais próprios, uma experiência de estar emocionalmente esgotado, devido ao contato diário mantido com pessoas que irão atender, como objeto de trabalho. A despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos, atitudes negativas e cinismo para as pessoas destinatárias do trabalho, sendo tratadas de forma desumanizada, rotuladas negativamente, devido a um endurecimento afetivo e dos profissionais, que ainda os responsabilizam por seus problemas. Maslach e Jackson (1981) afirmaram então que o *Burnout* estava estritamente ligado a profissionais de saude, que perdiam o interesse, a empatia e o próprio respeito por seus pacientes.

A falta de realização pessoal no trabalho constitui-se como a tendência desses profissionais a avaliar-se negativamente e, de forma especial, essa avaliação negativa afeta a habilidade na realização do trabalho e a relação com as pessoas que atendem. Os trabalhadores sentem-se descontentes consigo mesmos e insatisfeitos com seus resultados no trabalho.

Estes sintomas podem desenvolver-se naqueles sujeitos cujo objeto de trabalho são pessoas em qualquer tipo de atividade. No entanto, deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias funcionais de enfrentamento que o sujeito pode empregar e se comporta como variável mediadora entre o estresse percebido e suas conseqüências. Esse enfrentamento é definido por França e Rodrigues (1997), como sendo o conjunto de esforços que se desenvolve para lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas pela pessoa como excessivas ou acima de suas possibilidades.

Assim, esta síndrome é considerada um passo intermediário na relação estresse-conseqüência do estresse, de forma que, se permanece durante um longo tempo, o estresse laboral terá conseqüências nocivas para o indivíduo, sob a forma de enfermidade, falta de saude, alterações psicossomáticas (cardiorespiratórias, gastrointestinais e úlcera), dificuldade para dormir e náuseas. Para a organização, as conseqüências podem se apresentar na forma de deterioração do rendimento ou da qualidade de trabalho (SILVA, 2000).

Para Lautert (1997), a instalação da Síndrome de *Burnout* ocorre de maneira lenta e gradual, acometendo o indivíduo progressivamente. Alguns autores distinguem três momentos para a manifestação da síndrome. Num primeiro momento, as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um estresse laboral no indivíduo. Sendo característico a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa. No segundo momento, evidenciase um esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Aparecem então, sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e até mesmo, ansiedade. Assim, essa etapa, exige uma adaptação psicológica do sujeito, a qual reflete no seu trabalho, reduzindo o seu interesse e a responsabilidade pela sua função. E, finalmente, num terceiro momento, ocorre o enfrentamento defensivo, ou seja, o sujeito produz uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, ocasionando comportamentos de distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez (PEREIRA, 2000; CARLOTTO, 2004; LAUTERT, 1997).

No mesmo sentido, Pereira (2002) considera que, no primeiro momento, o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, o estresse; no segundo momento, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade e, finalmente, o indivíduo desenvolve estratégias de defesa, que utiliza de maneira constante. Essas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

Jacques (1996) discute a importância do trabalho na formação da identidade da pessoa e afirma que os diferentes espaços de trabalhos oferecidos constituem-se em oportunidades diferenciadas para a aquisição de atributos qualificativos da

identidade de trabalhador. Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa (KANAANE, 1994).

Em contrapartida à motivação e à satisfação, alguns fatores contribuem para a ocorrência do sofrimento mental e físico. Fazem com que os trabalhadores continuem trabalhando, mesmo que não tão bem como antes e este acontecimento compromete seriamente a qualidade e a produtividade do trabalho. O desgaste físico e emocional não é um fenômeno novo. Há mais de 20 anos tem sido uma preocupação importante para aqueles que têm profissões voltadas para o cuidado do ser humano, tais como assistência social, educação e saude. O número de doenças diretamente relacionadas com o estresse vem aumentando e, concomitantemente, a preocupação com as formas de prevenção e cura. O estresse e seus estados crônicos afetam diretamente a execução de tarefas e desenvolvimento do trabalho.

Pereira (2002) resume os principais fatores que podem facilitar ou desencadear a Síndrome de *Burnout*, configurando-os em quatro grandes grupos: características Pessoais, Organizacionais, Sociais e do Trabalho, conforme mostra o Quadro 2.

Carlotto (2002) e Menegaz (2004) destacam que compreender o *Burnout* é entendêlo como uma experiência subjetiva do trabalhador que recebe influência direta do
mundo do trabalho, como condição para a determinação dessa síndrome. Tanto
como para o estresse, para o *Burnout* é difícil estabelecer um consenso entre
autores quanto à definição e modelos explicativos; entretanto, Observou-se, que os
autores de uma forma geral, adotam quatro concepções: clínica, sócio-psicológica,
organizacional e sócio-histórica.

## Facilitadores e/ou desencadeadores do Burnout

Características pessoais Características do trabalho

IdadeTipo de ocupaçãoSexoTempo de profissãoNível educacionalTempo na instituição

Filhos Trabalho por turnos ou noturno

Personalidade: Sobrecarga

Hardness, a personalidade resistente ao Relacionamento entre os colegas de estresse trabalho

Lócus de Controle
 Relação profissional-cliente

Padrão de personalidade Tipo A
 Variáveis do 'self'
 Tipo de cliente
 Conflito de papel

Estratégias de enfrentamento
 Ambigüidade de papel

Neuroticismo Suporte organizacional Satisfação

Otimismo x Pessimismo Controle

Perfeccionismo
 Sentido de coerência
 Responsabilidade
 Pressão

Motivação Percepção de iniquidade Idealismo Possibilidade de progresso

Conflito com valores pessoais

Características Organizacionais Falta de feedback

Ambiente físico

Mudanças organizacionais

Características sociais

Normas institucionais Cultura

Burocracia Suporte social Comunicação Suporte familiar

Autonomia Prestígio Segurança

Quadro 2 - Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeadores do Burnout.

Fonte: Pereira (2002, p. 69).

De acordo com Murofose *et al* (2005), a perspectiva clínica (proposta por Freudenberger) percebe a síndrome de *Burnout* como composta por um conjunto de sintomas e representa um estado de exaustão devido ao trabalho, onde este trabalho é tão exaustivo que faz com que o trabalhador deixe de lado até as próprias necessidades. Na perspectiva sócio-psicológica (proposta por Maslach e Jackson), o *Burnout* aparece como uma reação à tensão emocional crônica, gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, com o cuidar de outro, uma vez que este cuidar exige tensão emocional constante e grandes responsabilidades profissionais. Já na perspectiva organizacional os sintomas que compõem a síndrome seriam respostas possíveis para um trabalho cuja organização institucional o torne estressante, frustrante ou monótono. Na concepção sócio-histórica, pondera-

se que se as condições sociais não focarem os interesses de uma pessoa para ajudar outra, torna-se difícil manter o comprometimento de servir aos demais no trabalho, podendo ocasionar o afastamento do lado humano do profissional perante seus clientes.

A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sócio-psicológica. Nela, as características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciariam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome.

O *Burnout* pode, então, ser entendido como um fenômeno multifacetado, resultante do desempenho das atividades de cuidados profissionalizados, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e professores. Manifesta-se por meio de uma conjunção de sintomas físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, dentre outros), sintomas psíquicos (falta de atenção, alterações da memória, dentre outros), sintomas comportamentais (negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade e outros) e sintomas defensivos, como a tendência ao isolamento, o sentimento de onipotência, dentre outros (PEREIRA, 2002; MENEGAZ, 2004).

Em estudos realizados pelos mesmos autores, sobre estresse em profissionais, foram obtidos como resultados, que os profissionais mais afetadas pela síndrome são: Enfermagem, Magistério e da Carreira Policial.

Maslach e Leiter (1999) e Pereira (2002), destacam a ocorrência frequente de *Burnout* nos profissionais de saude, verificando, como consequência, a diminuição da qualidade do serviço que a organização oferece aos seus clientes e da qualidade de vida do trabalhador.

## 4.1 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT

Para melhor compreensão do conceito e dos estudos sobre a ocorrência/manifestação da síndrome de burnout entre os profissionais de saude, foi realizado um levantamento sistemático de 1980 a 2008 em bases de dados de artigos científicos sobre o tema. Foram consultadas as seguintes bases de pesquisa,

disponibilizadas em páginas eletrônicas na Internet: BDENF, BVS, MEDLINE, LILACS, *MedCarib*, SciELO. As palavras chaves inicialmente utilizadas na pesquisa foram: "Síndrome de *Burnout*" e "*Burnout*", sendo localizados mais de três mil artigos. Em seguida, foi realizado um filtro, direcionando os artigos para Síndrome de burnout em profissionais da área de saude – enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de Enfermagem – população alvo desta pesquisa, de língua portuguesa ou espanhola, utilizando os descritores: "Profissionais de saude" e "Trabalhadores de saude".

O próximo passo foi organizar o material por meio de fichamento que se constituiu uma primeira aproximação do assunto, agrupando os conteúdos encontrados conforme os aspectos conceituais. Através da leitura dos artigos de periódicos científicos, outras bibliografias citadas foram pesquisadas, incluindo livros relacionados ao tema e aos objetivos propostos neste trabalho.

Após o fichamento, vinte artigos foram selecionados, pois estavam relacionados especificamente à população alvo deste estudo. Dentre os artigos selecionados, quatro eram sobre a incidência ou revisão de literatura da síndrome de *burnout* na categoria médica que atuam nos setores de urgência, hospitais gerais ou residentes. Cinco artigos abordavam a categoria de Enfermagem (sendo dois contemplando o enfermeiro, um o auxiliar de enfermagem e dois a equipe de enfermagem como um todo), profissionais que trabalham nos setores de oncologia, pediatria e clínica geral. Seis artigos descrevem sobre a síndrome, mas abordam os profissionais de saude de maneira mais abrangente, sem categorizá-los. Por fim, foram encontrados mais cinco artigos que conceituam a síndrome e destacam outros achados importantes, como toda evolução histórica das dimensões do construto.

Segundo Benevides-Pereira (2003), a primeira publicação no Brasil sobre o "burnout", data de 1987, na Revista Brasileira de Medicina escrito por França. As primeiras teses e outras publicações começaram a aparecer na década de 1990, despertando os profissionais acerca do tema e em 1996 a síndrome de burnout foi incluída no Anexo II da Previdência Social no que se refere aos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais.

A autora relata também, em seu artigo, que muitos autores referem-se à síndrome com outras denominações. No Brasil, são encontradas as seguintes denominações como, neurose profissional ou neurose de excelência ou síndrome do esgotamento profissional, o que confunde e, muitas vezes, dificulta um levantamento de pesquisas na área.

Do ponto de vista da prevalência da Síndrome, encontrou-se somente estudos na categoria médica, destacando-se: Menegaz (2004), que trabalhou com 41 profissionais pediatras, tendo como resultado principal a ocorrência de *burnout* em 53,7% da amostra; Magalhães e Glina (2006), estudando 76 médicos plantonistas de um hospital público em São Paulo, encontraram um índice de 11% e Lima *et al* (2004) que encontraram 20,8% em uma amostra de 120 médicos residentes.

Menegaz (2004) destaca que encontrou uma ocorrência de 82,9% de classificação alta na dimensão Exaustão emocional, 63,4% de classificação alta para a dimensão despersonalização e 53,7% de classificação baixa para dimensão realização profissional. Magalhães e Glina (2006) reforçam que apesar do índice de B*urnout* na sua pesquisa se apresentar baixo, deve-se observar que foi evidenciada uma grande porcentagem dos profissionais próximos a desencadear a síndrome, dado os elevados índices de exaustão emocional e despersonalização (cerca de 80%), o que não ocorreu ainda devido à alta realização profissional na profissão. Os estudos realizados na categoria médica apontam a necessidade de uma continuidade nas pesquisas relacionadas ao fenômeno, pois viabilizarão o desenvolvimento de modelos mais complexos para análise da síndrome.

Os artigos sobre a categoria de Enfermagem não abordam a prevalência da síndrome, sendo, em sua maioria, revisões de literatura. O artigo de Murofuse et al (2005) reflete sobre estresse e *Burnout* dentro da categoria e conclui que a existência dessa nova enfermidade para os trabalhadores da enfermagem abre novas perspectivas para as possibilidades de entendimento e transformação do seu processo de trabalho, numa tentativa de resgatar as dimensões afetivas contidas no cotidiano de quem cuida.

Campos (2005), revisando a literatura sobre Burnout na Enfermagem oncológica,

localizou 8 artigos, quase todos na língua inglesa, onde a análise de conteúdo revelou sete categorias temáticas: conceituação da SB, avaliação dos níveis da SB, identificação dos fatores desencadeantes, sintomas físicos e emocionais, conseqüências da SB, identificação e mensuração do estresse e manobras de enfrentamento e ajuda a SB.

O artigo de Costa e Lima (2005) estudou 26 profissionais de enfermagem que vinham vivenciados a experiência de enfrentamento no processo de morte e morrer, nos setores de urgência de um hospital pediátrico. Esta pesquisa mostra a importância de se capacitar e preparar os profissionais para atuarem com a vida e a morte nos hospitais, utilizando as manobras de enfrentamento e a ajuda da instituição, com o auxilio da educação permanente, visando prevenir a SB nestes profissionais. Popim e Boemer (2005), também trabalharam com profissionais da área oncológica, mais precisamente com 15 enfermeiros, percebendo uma escassez de profissionais especialistas nesta área. O *Burnout*, o desgaste emocional, é uma causa importante para este fato, visto que é uma área estressante e possui especificidades de atuações, fazendo assim, com que os profissionais especializados mudem de especialidade, procurando outras menos estressantes.

Pereira (2002) relata que, no ambiente de trabalho médico, os agentes que exercem pressão elevam o grau de risco da ocorrência de *Burnout*, sendo os principais estressores: a demanda acima das condições para um bom atendimento, pouco reconhecimento profissional, reduzida participação nas decisões organizativas de gestão e planificação do trabalho, plantões, longas jornadas de trabalho, pressão do tempo e atuações de urgência, convivência com o sofrimento e a morte, problemas de comunicação, competição no ambiente laboral e burocracia na prática médica.

Murofuse et al (2005) destacam a Enfermagem como uma das profissões mais estressantes, no setor público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social. Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os quais: o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saude, em relação ao excesso de atividades que eles executam e as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Além

disso, a situação de achatamento de salários agrava a situação, obrigando os profissionais a ter mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante.

Em se tratando de formas de prevenção de *Burnout*, Silva (2000) acrescenta: aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; prevenir o excesso de horas extras; dar melhor suporte social às pessoas; melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Em relação às formas de prevenção de *Burnout*, França e Rodrigues (1997) destacam ações como: aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; prevenir o excesso de horas extras; dar melhor suporte social às pessoas; melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Já Silva (2000) diz que a primeira medida para evitar a síndrome de *Burnout* é conhecer suas manifestações. Existem, porém, outras formas de prevenção e que podem ser agrupadas em: estratégias individuais, estratégias grupais e estratégicas organizacionais. As estratégias individuais referem-se à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, participar de programas de combate ao estresse, entre outros. As estratégias grupais consistem em buscar o apoio grupal e finalmente às estratégias organizacionais referem-se em relacionar as estratégias individuais e grupais para que estas sejam eficazes no contexto organizacional.

Menegaz (2004) afirma que a extensão territorial do Brasil, com suas diferenças regionais e sócio-culturais, nos dá uma dimensão aproximada do quanto ainda resta por investigar sobre níveis de incidência de Burnout em médicos, para que se consiga falar em âmbito nacional sobre estudos consistentes que respaldem a adaptação e elaboração de instrumentos pertinentes à nossa realidade. Assim sendo, as possibilidades e necessidades de avanço no conhecimento sobre Burnout justificam-se devido ao desconhecimento desta síndrome pelos profissionais de saude que, ignorando este tipo de transtorno no que se refere à sua etiologia

multifatorial, bem como formas de prevenção e intervenção, não prescrevem adequadamente o tratamento efetivo.

Esta mesma autora reforça que, para que as organizações priorizem a prevenção e tratamento do *Burnout*, será necessário que pesquisas atuais sobre o fenômeno se direcionem para a investigação da influência de variáveis concernentes ao vínculo indivíduo-organização, pois, dessa forma, esses estudos viabilizarão o desenvolvimento de modelos mais complexos referentes ao processo de *Burnout* no contexto laboral brasileiro e assim esse fenômeno deixará de ser identificado unicamente como ligado às características de personalidade do indivíduo, ou ao vínculo do profissional com os usuários, e será tratado como um problema derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização.

## 4.1.1 Diferenciando Burnout de outros Transtornos Mentais

A literatura recente tem descrito e conceituado a Síndrome de *Burnout* com diversas terminologias que manifestam sintomas disfóricos, tais como Transtorno de Estresse, exaustão, fadiga, perda da auto-estima e Depressão. Sabe-se que existem similaridades, diferenças e complementaridades entre elas, sendo necessário destacá-las para melhor aprimoramento e elucidação de possíveis dúvidas diagnósticas.

O Decreto n. 3048/99 de 06/05/1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social apresenta uma nova lista de Doenças Ocupacionais e Relacionadas ao Trabalho, a qual inclui doze categorias diagnósticas de Transtornos Mentais. Entre elas, encontram-se a Síndrome de Esgotamento Profissional - *Burnout*, relacionada a "Problemas relacionados ao emprego e desemprego: ritmo de trabalho penoso" (Z. 56.3) ou "Circunstância relativa às condições de trabalho" (Z. 56.6). Algumas outras categorias diagnósticas podem ser úteis para o diagnóstico diferencial com o *Burnout:* os episódios depressivos relacionados ao trabalho (F. 32) Transtornos de Estresse (F.43) e a síndrome de fadiga (Neurastenia - F. 48.0) (BRASIL, 1999).

Um dos transtornos mentais que se destaca como sendo similar ao Burnout é o

Transtorno de Estresse. Hans Selye, em 1926, citado por Maslach (1999) utilizou o termo estresse pela primeira vez, referindo-se a um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço para a ela se adaptar. (SILVA, 2000).

Cabe salientar que o *Burnout* é formado por diversos estados sucessivos que ocorrem em um tempo e representam uma forma de adaptação às fontes de estresse. Assim, *Burnout* e estresse são fenômenos que expressam sua relevância na saude do indivíduo e da organização (MASLACH, 1999).

Em uma visão biopsicossocial, França e Rodrigues (1997) afirmam que o estresse constitui-se de uma relação particular entre a pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que são avaliadas como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar.

A preocupação científica com a questão do estresse reside na sua provável relação com o adoecimento ou sofrimento que ele provoca. Os sintomas físicos mais comuns são: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (MUROFOSE et al, 2005).

O estresse ocupacional é considerado, quando ocorrem situações em que o indivíduo percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador: quando suas necessidades de realização pessoal e profissional (e/ou de sua saude física ou mental) não são satisfeitas; prejudicam a interação desta com o trabalho; este ambiente tenha demandas excessivas a ela ou que ela não contenha recursos adequados para enfrentar tais situações. Os agentes estressores ocupacionais variam de acordo com as atividades exercidas pelos profissionais, podendo ser de natureza física, química, biológica, psicológica e social, resultando de fatores intrínsecos ou extrínsecos ao trabalhador. (FRANÇA; RODRIGUES, 1997)

O termo estresse ocupacional, entretanto, é genérico e refere-se a um processo temporário de adaptação que ocorre quando há um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa - físicos e mentais. Em contrapartida, burnout pode ser considerado um fenômeno caracterizado pela cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho. (MENEGAZ, 2004).

Situações de vida estressantes constituem fatores que podem estar associados ao surgimento de sintomas depressivos ou, mesmo, de transtornos depressivos específicos (ZIMMERMAN; CHRISTAKIS; STOEP, 2004; TENNANT, 2001; WANG, 2005). O trabalho constitui fonte importante de situações de vida estressantes, podendo, portanto, desencadear quadros depressivos, principalmente em contextos onde ocorrem decepções gradativas, superexigências no cumprimento de metas de produção, assédio moral em relações hierárquicas.

Os quadros depressivos são evidenciados por sintomas como: tristeza, falta de energia, sensação de cansaço, sentimento de culpa, baixa autoestima e outros.

Pereira (2002) destaca a diferença entre *Burnout* e depressão, reforçando que, no Burnout, a vivência básica identifica o trabalho como desencadeante do processo e se concretiza numa sintomatologia em que prevalecem sentimentos de desapontamento e tristeza; por outro lado, na depressão há prevalência de sentimentos de derrota e culpa, além de uma maior expressão letárgica.

A manifestação depressiva do *Burnout* geralmente está presente temporariamente, mas, quadros de transtorno depressivos mais definidos podem estar presentes concomitantemente, nos casos de maior gravidade do Burnout e que, nesses casos, os dois diagnósticos devem ser realizados (JARDIM *et al*, 2006).

Pelas descrições anteriores, evidencia-se que apesar das semelhanças, o *Burnout* não se confunde com tédio, alienação, ansiedade, insatisfação no trabalho, fadiga, depressão ou estresse. Sua distinção no âmbito das doenças mentais em trabalhadores está bem definida, sendo delimitada por suas dimensões de exaustão

emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho. (MAGALHÃES; GLINA, 2006).

A figura 1 sintetiza as relações entre fatores organizacionais do trabalho e o surgimento de transtornos de estresse e *Burnout*, desencadeando sintomas ou quadro depressivos.

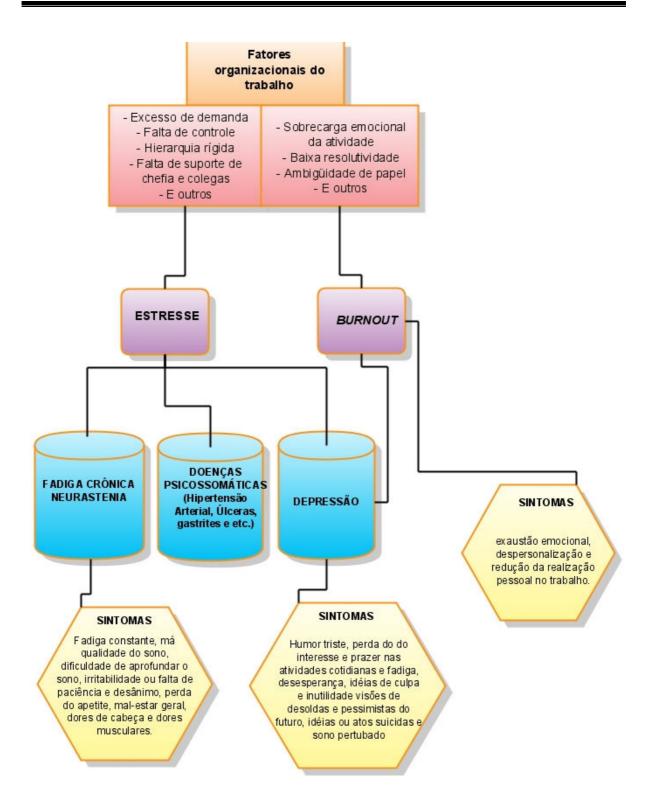


FIGURA 1 – Relações entre os fatores organizacionais do trabalho e o surgimento de estresse e *Burnout*. 2008<sup>1</sup>

Fonte: Manual de procedimentos do serviço de saude - Doenças relacionadas ao trabalho, (BRASIL, 2001).

.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Esquema elaborado para esta pesquisa.

## 4.2 A SUSCETIBILIDADE DOS TRABALHADORES DE SAUDE AO BURNOUT

A suscetibilidade dos trabalhadores de saude à síndrome tem sido destacada desde suas primeiras descrições. Está relacionada à natureza do trabalho com o cuidado à saude, à forma com que este cuidado é organizado nas instituições de saude e à maneira pessoal de responder a estes fatores, incluindo aí as formas de enfrentamento individuais e coletivas.

Nas categorias profissionais de saude existem diferenças nos fatores que podem desencadear a síndrome, mas a sua manifestação acontece independentemente da profissão. Sendo assim, os trabalhadores submetidos à mesma organização do serviço de saude podem desenvolver a síndrome, independente da formação profissional, baseando-se que o *Burnout* é uma manifestação relacionada ao trabalho. Por outro lado, ocorrerão especificidades de cada categoria - expressas nos chamados fatores predisponentes, facilitadores ou protetores da síndrome - que configurarão a suscetibilidade profissional.

Dentre as categorias da área da saude, os profissionais da equipe médica e de Enfermagem constituem o maior contingente e o mais estudado, do ponto de vista da suscetibilidade ao *Burnout*. Os estudos da Enfermagem, na maioria das vezes, não diferenciam os níveis educacionais, superior e médio, nivelando o tipo de atividade e procedimentos realizados, exceto em relação à hierarquia dos primeiros sobre os últimos.

Para evidenciar a suscetibilidade peculiar do trabalho da Enfermagem deve-se analisar a composição da força de trabalho, a formação técnica heterogênea das equipes, formas de organização e divisão de trabalho, a predominância do sexo feminino, a remuneração, o trabalho em turnos e a constante vivência de tensões, entre outras (RIBEIRO; SHIMUZU, 2007).

É enorme a carga gerada pelo ritmo acelerado de trabalho, não-interação pessoal, pressão da equipe médica, freqüentes dobras de plantão, trabalho repetitivo e insatisfação salarial. Soma-se ainda, ao Enfermeiro, a supervisão estrita, a pressão da chefia e outros profissionais, e ainda fatores como a falta de autonomia.

Além disso, por ser majoritariamente feminino, o trabalho na Enfermagem tem acrescido ao desgaste hospitalar a dupla jornada de trabalho, quando a mulher concilia profissão e atividades domésticas. Saliente-se que, trabalhadores de enfermagem da área hospitalar estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de fins de semana e feriados. O convívio social é prejudicado e estudos mostram que plantões noturnos geram doenças e distúrbios psicossomáticos. Sua atenção ao trabalho diminui e lhes compele a fortes pressões físico-emocionais (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

O processo de trabalho da equipe de Enfermagem apresenta inúmeras situações que expõem esses trabalhadores de saude a um desgaste contínuo, com conseqüentes perdas das condições satisfatórias de vida. Santos (2001) afirma que, apesar dos estudos identificarem os diversos fatores de risco e cargas de trabalho, em particular com o trabalho da equipe de enfermagem, não relacionam esses fatores aos processos de trabalho.

A ausência dessa relação trabalho e processo de trabalho, tem implicado na falta de um maior conhecimento do trabalho real e as implicações relacionadas com a saude dos trabalhadores de enfermagem, devido à variabilidade deste trabalho, características organizacionais e ergonômicas deste processo de trabalho e seu macro ambiente — o hospital. Que apresenta especificidade de ambiente, de prestação de serviços, de envolvimento de diversos saberes e trabalhadores, que atuam em um mesmo processo de trabalho, de forma especifica a sua formação profissional, tendo em comum o objeto central do trabalho, a quem se direciona o produto do trabalho, que e o paciente, com suas singularidades e peculiaridades (SANTOS, 2001, p. 08).

A autora reforça que o trabalho de enfermagem se caracteriza por ter ações de saude e atividades diversificadas, organizado pela lógica administrativa *taylorista*, consistindo-se em um trabalho decomposto em tarefas que hierarquizam os trabalhadores por categorias profissionais.

As diretrizes da Enfermagem se baseiam na Lei Federal nº 7.498 de junho de 1986 e no Decreto Lei n 94.406 de 08 de junho de 1987, que estabelecem as atividades a serem realizadas e as categorizam em maior e menor grau de complexidade, de acordo com as categorias/formação profissional e conhecimentos com saberes teóricos científicos, habilidades técnicas e de prática, adquiridos pela experiência profissional e especializações, o que configura um processo de trabalho com a

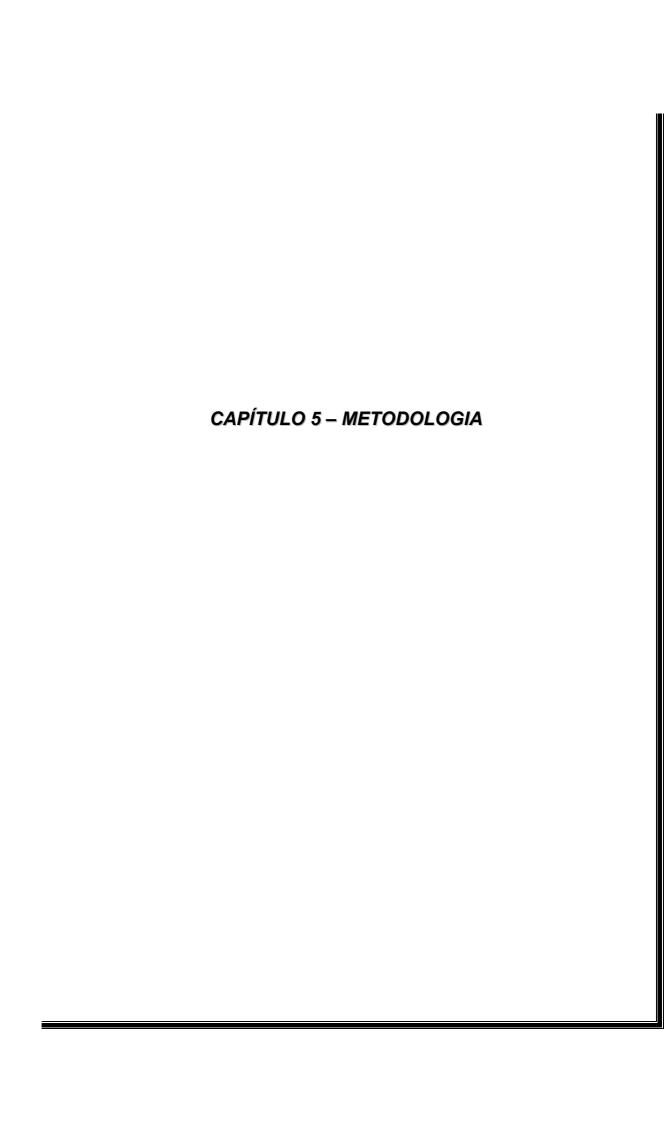
exigência de qualificação, habilidade e destreza, e uma distribuição de atividades em graus de maior e menor apreço, organizado de forma hierarquizada, de acordo com grau de formação e nível de escolaridade.

Um dos aspectos que muito contribui para aumentar a suscetibilidade do trabalhador de enfermagem e de todo o pessoal do setor saude é a falta de formação da maioria de seus integrantes em assuntos relativos à saude do trabalhador. Isto porque reforça a presença de dois importantes fatores influentes na ampliação dos riscos ocupacionais: a ignorância do risco e a dificuldade para compreender, aceitar e cumprir as medidas de higiene e segurança do trabalho (LIMA, 1994).

Na categoria médica existem fatores aproximados com os da categoria de Enfermagem - turnos, jornada de plantão, trabalho noturno, insatisfação salarial, vários vínculos empregatícios, confrontamento diário com a morte e outros - enquanto outros fatores são mais específicos da profissão.

De acordo com Frasquilho (2005), nos médicos com funções de assistência, o baixo salário, a progressão na carreira e estilo de gestão do hospital são os maiores estressores. As taxas de depressão foram estudadas em diversas especialidades (excluindo a clínica geral), contando com o diferenciador gênero. Verifica-se que para os médicos as especialidades que geram mais depressão são, a ginecologia, a psiquiatria, a radiologia, a anestesiologia e a medicina interna, enquanto que para as médicas é a cirurgia, a psiquiatria, a ginecologia, a pediatria e a anatomia patológica.

Tanto o trabalho sob pressão como os fatores sociais e ambientes relacionais no trabalho são importantes fontes de estresse, e este está intrinsecamente associado à insatisfação capaz de afetar a motivação para o trabalho e a opção por *desistir* emocionalmente ou, em último caso, abandonar objetivamente o trabalho (dedicar menos horas ou demitir-se). A desmotivação instala-se quando se constata que o trabalho não cumpre as necessidades básicas humanas (sobrevivência, segurança, de pertença, de reconhecimento, de realização pessoal) ... o altruísmo, o humanismo, a atitude de valorizar o ato praticado, mas as altas expectativas geram ilusões que no contato com a realidade se desfazem em múltiplas frustrações (FRASQUILHO, 2005, p. 06).



## **5 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva baseia-se, segundo Tobar e Yalour (2001), na caracterização de determinado fenômeno ou população, proporcionando uma visão geral sobre o tema, podendo estabelecer correlações entre variáveis, sem estabelecer a profundidade do recorte explicativo.

Utiliza técnicas de coleta de dados como entrevista ou questionários, procedimentos de amostragem, podendo verificar hipóteses, realizar avaliação de programas ou descrição de populações (TRIPODI *et al*, 1981).

### 5.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nos Pronto Atendimento Adulto (PAA), Pronto Atendimento Infantil (PAI) e Maternidade (PAM) de Carapina, no município de Serra-ES.

A Maternidade e o Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Carapina são instituições da Prefeitura Municipal de Serra – ES, situadas em Jardim Limoeiro, Carapina, que atendem pela razão social de Maternidade e Pronto Atendimento Coronel Leôncio Vieira de Rezende. Foi inaugurada em 1982 e, após passar por reformas estruturais, físicas e de pessoal, reinaugurada em 1998.

Até 2006, o Pronto Atendimento Adulto era anexo à Maternidade Carapina, funcionando no primeiro andar do prédio. Após este período, um novo prédio foi erguido ao lado da Maternidade de Carapina, com três pavimentos e 900 m² de área útil. No primeiro pavimento funciona atualmente o PAA, no segundo, o PAI e, no terceiro, a Administração da unidade, o refeitório, banheiros de funcionários e salas de repouso.

O PAI funcionava anteriormente no Centro de Referência Ambulatorial, em frente à

Maternidade de Carapina. Atualmente funciona em regime de 24 horas e é composto por: recepção, três consultórios médicos, sala de urgência infantil com dois leitos, sala de nebulização e injeção, sala de curativo, raio X, expurgo e esterilização, posto de enfermagem, sala de observação com 10 leitos e banheiros. A equipe profissional é formada por pediatras, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e recepcionistas. É o PA Infantil de referência do município de Serra em atendimento de urgência.

O PAA possui os mesmos serviços do PAI, além de sala de sutura e de pequena cirurgia com 24 horas de funcionamento. A equipe profissional é formada por clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e recepcionistas. É o PA Adulto de referência do município de Serra em atendimento de urgência.

A Maternidade Coronel Leôncio Vieira de Rezende (PAM) é a única maternidade municipal. Tem como característica de assistência, a baixa complexidade, sendo referência para realização de partos de baixo risco, laqueaduras e atendimento a parturientes soropositivas do Município de Serra. No primeiro andar está localizado o consultório para Atendimento e/ou admissão das parturientes; uma sala de repouso e administração de medicamentos com dois leitos e a recepção. O segundo andar e composto por três enfermarias (alojamento conjunto). A enfermaria "A" possui 09 leitos e a enfermaria "B" possui 7 leitos, sendo cada leito com seu respectivo berço ao lado. A enfermaria "C" (enfermaria de isolamento) possui um leito para atendimento às infecções puerperais. A sala de pré-parto possui dois leitos e banheiro. A sala de parto tem duas mesas clínicas e um berço aquecido para atendimento imediato do recém nascido. O centro cirúrgico possui duas salas para cirurgias; sala para supervisão de enfermagem; posto de enfermagem; berçário patológico (com 03 berços aquecidos), posto de coleta de leite humano; sala de repouso médico e de enfermagem. A equipe profissional é formada por obstetras, neonatologistas, anestesiologistas (contratados através de cooperativa), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, recepcionistas e atendentes da central de vagas.

A carga horária de trabalho destes trabalhadores (APÊNDICE D) se divide por

categoria profissional conforme descrito abaixo:

Enfermeiros: trabalham em regime de 30 horas semanais numa escala de 12x 60h, no período noturno ou diurno, realizando atividades de supervisão do plantão. Cada instituição possui apenas um enfermeiro a cada 12 horas.

Médicos: trabalham em regime de 20 horas semanais, cumprindo dois plantões semanais de 12 horas, um no período diurno e outro noturno. Desta forma realizam 04 horas extras por semana.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: trabalham em regime de 30 horas semanais, numa escala de 12x 60h, no período noturno ou diurno. Variam de número conforme o setor de trabalho (um ou dois funcionários por setor).

Alguns plantões possuem diferentes escalas, devido quadro incompleto de funcionários. Dos 215 funcionários lotados nos três serviços (PAA, PAI e PAM), 32 estão de licença.

# 5.2 POPULAÇÃO

A população pesquisada foi constituída por auxiliares e técnicos de Enfermagem, enfermeiros e médicos nos referidos serviços de saude. O fato se justifica por serem estes, os profissionais que mais se expõem na assistência direta aos pacientes, e, perfazem o maior contingente de trabalhadores envolvidos nos cuidados diretos de saude. Pereira (2002) destaca que os profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, assistindo-as, ou como responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento do *Burnout*.

O Quadro 3 apresenta o quantitativo de funcionários segundo categoria profissional dos locais de realização da pesquisa.

Local	PAI	PAM	PAA	TOTAL
Médico Obstetra	-	22	-	22
Médico Neonatologista	-	16	-	16
Médico Pediatra	21	-	-	21
Médico Clínico Geral	-	-	25	25
Enfermeiro	08	80	07	23
Aux. e Téc. de Enfermagem	33	41	34	93
TOTAL	62	87	66	215

Quadro 3 – Quantitativo de Funcionários segundo categoria profissional. Pronto Atendimento Adulto e infantil e Maternidade de Carapina - Serra - ES. Setembro a Novembro de 2008.

Fonte: Departamento de Administração/RH da PMS, 2008.

Perfazem um total de 215 profissionais lotados nas instituições pesquisadas, divididos por instituição. A maternidade de Carapina possui um quantitativo de 87 funcionários, sendo 38 da categoria médica, 08 enfermeiros e 41 auxiliares e técnicos de enfermagem. O Pronto Atendimento adulto possui 25 médicos, 07 enfermeiros e 34 auxiliares e técnicos de enfermagem, enquanto que no Pronto Atendimento Infantil estão lotados 21 médicos pediatras, 08 enfermeiros e 33 auxiliares e técnicos de enfermagem.

Aderiram a esta pesquisa 87 auxiliares e técnicos de Enfermagem, 20 enfermeiros e 57 médicos nos referidos serviços de saúde, no total de 164 profissionais.

#### 5.2.1 Critérios de inclusão

De acordo com Chizzotti (2000) os dados de um estudo devem ser obtidos com as pessoas capazes de fornecer informações úteis aos objetivos do mesmo. Assim, os profissionais de saude participantes atenderam aos seguintes quesitos:

- a. Estar lotado no PAI, PAA e PAM de Carapina;
- b. Estar desempenhando funções assistenciais;
- c. Estar em atividade durante o período da coleta de dados;
- d. Ser estatutário ou celetista. Os cooperativados não foram incluídos nessa

pesquisa por só trabalharem de sobreaviso na instituição;

e. Concordar voluntariamente em participar deste estudo.

#### 5.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Chizzotti (2000) afirma ser o questionário um instrumento formulado com a intenção de obter dos participantes as informações/opiniões que dispõem sobre determinado assunto. Este mesmo autor ressalta, ainda, alguns cuidados a serem observados para a elaboração do questionário: que o pesquisador tenha claro os objetivos do estudo, que o instrumento seja progressivo, preciso, coerente e ordenado, e que se utilize linguagem clara, evitando ambiguidades, dúvidas ou incompreensões.

As vantagens da utilização do questionário, descritas por Richardson e cols. (1999), são: a facilidade de obter informações de um grande número de pessoas em um curto espaço de tempo; a relativa uniformidade (devida à padronização do instrumento); o anonimato possibilitando a livre expressão dos participantes e a facilidade da tabulação dos dados.

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado com perguntas em sua maioria fechadas abordando fatores predisponentes individuais, desencadeados pelo trabalho e de enfrentamento (APÊNDICE C), e identificação de sintomatologia do Burnout (ANEXO B). Desta forma o questionário foi constituído de:

#### 5.3.1 Parte A:

Os dados sociodemográficos coletados foram: sexo, idade, estado civil, companheiro ser da área da saude, ter filhos, número de filhos, renda mensal líquida, contribuição do salário na renda familiar e escolaridade.

## 5.3.2 Parte B:

Na caracterização da situação de trabalho foram avaliados: números de instituições de saude em que trabalha, turno de trabalho, vínculo empregatício, categoria profissional, titulação, tempo de exercício da profissão em organizações hospitalares, horas de trabalho e de aprimoramento profissional semanais, quantidade de afastamento por licença médica, quantidade de afastamento não justificado, gozo das últimas férias.

#### 5.3.3 Parte C:

Para avaliar a ocorrência de sintomatologia da Síndrome de *Burnout* foi utilizado o instrumento denominado Maslach *Burnout* Inventory – MBI - elaborado por Maslach e Jackson (1978).

Foi escolhido por ser o instrumento mais utilizado para avaliar Burnout, um consenso entre vários autores, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem. Sua construção partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização, sendo que a terceira dimensão, realização profissional, surgiu após estudo desenvolvido com centenas de pessoas de uma ampla gama de profissionais (MASLACH, 1993 apud CARLOTTO; CAMARA, 2004).

A segunda edição do MBI, realizada em 1986, passou a utilizar somente a avaliação da freqüência, pois foi detectada a existência de alta associação entre as duas escalas, sendo que muitos estudos apontaram correlação superior a 0,80. O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências de seu processo. Ele avalia índices de Burnout de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (esta subescala é inversa) indicam alto nível de Burnout (MASLACH; JACKSON, 1986 apud CARLOTTO; CAMARA, 2004).

A versão utilizada neste estudo foi a adaptação brasileira do instrumento, realizada por Robayo - Tamayo (1997), baseada na segunda versão do MBI-HSS/1986. A

versão brasileira é composta de 22 questões, auto-aplicáveis, desenvolvidas em torno de três eixos: esgotamento emocional (EE), com nove itens; despersonalização (DE), com cinco itens realização pessoal trabalho/profissional (rRP), com oito itens. A pontuação total do questionário é o resultado da soma de todos os pontos das frequencias respondidas nos três eixos ou dimensões do construto. As respostas aos itens são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre.

Segundo Carlotto e Palazzo (2006), a ocorrência de Burnout é estimada através do cálculo da média das pontuações obtidas em cada dimensão, o que dará o índice alcançado em cada uma delas. O MBI possui validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias. A validade convergente e a divergente são igualmente aceitáveis e não apresentam problemas especiais. Na versão original americana, a consistência interna das três dimensões do inventário apresenta um alfa de Cronbach que vai de 0,71 até 0,90 e os coeficientes de teste e reteste vão de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (MASLACH; JACKSON, 1981 apud CARLOTTO; CAMARA, 2004).

#### 5.3.4 Parte D

A caracterização das fontes de tensão e cansaço foi realizada através da resposta a um formulário composto de 21 perguntas que abordam situações de trabalho possíveis de serem geradoras de tensão e cansaço em trabalhadores de saude. Esse formulário foi baseado em instrumento elaborado por Borges (2001), a partir de situações de trabalho na categoria bancária, sendo adaptado em diferentes estudos como o de Garcia Junior (2006) e o de Zandonadi (2007).

#### 5.3.5 Parte E

Na caracterização do trabalhador foram avaliadas questões como: sono restaurador após jornada de trabalho, sonolência durante a jornada de trabalho, utilização de método de relaxamento para dormir, utilização de medicamento para dormir,

utilização de bebidas alcoólicas para relaxar e dormir, intervalo para lanches ou repousos, refeições e outros, desenvolvimento de hobby, realização de atividade física, mudança frequente da chefia imediata, local de repouso adequado, desejo de mudar de profissão, formas de relaxamento de tensão.

## 5.4 VARIÁVEIS DA PESQUISA

#### 5.4.1 Parte A - Variáveis de características sócio-demográficas

#### Sexo

Foi categorizada em sexo masculino e feminino.

#### Idade

Avaliada em número de anos vividos.

#### Estado civil

Foram consideradas as categorias: solteiro (a), casado (a) ou vive maritalmente com alguém, viúvo (a), divorciado (a) /desquitado (a) /separado (a).

#### Companheiro ser da área da saude

Categorizado em resposta dicotômica (sim ou não)

#### Ter filhos

Categorizado em resposta dicotômica (sim ou não)

#### Número de filhos

Foi considerado o número de filhos vivos.

#### Renda Mensal Líquida

Foi considerado o valor líquido em número de salários mínimos (salário mínimo vigente no momento do levantamento de dados), a quantidade de salários mínimos com até uma casa decimal.

## Contribuição do salário na renda familiar.

Foi categorizado como: menos da metade, metade, mais da metade ou total.

#### **Escolaridade**

Foi dividida de acordo com o grau de instrução em: ensino fundamental, médio e superior.

## 5.4.2 Parte B - Variáveis de caracterização da situação de trabalho

## Número de instituições de saude em que trabalha

Foi anotado o número de instituições de saude em que trabalha.

#### Turno de trabalho

Categorizado em diurno, noturno ou nos dois turnos.

## Vínculo empregatício

Foram consideradas duas categorias: celetistas e estatutários.

#### Categoria profissional

Foram divididas em quatro categorias: médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e técnico de Enfermagem.

## Titulação

Categorizado em resposta dicotômica (sim ou não).

## Tipo de Titulação

Categorizado em especialização pós-médio, pós-graduação lato sensu/especialização, mestrado e Doutorado.

#### Horas de trabalho em organizações hospitalares

Mensurado através da quantidade de horas semanais de plantão.

## Horas de aprimoramento profissional semanais.

Mensurado através da quantidade de horas semanais dedicadas a aprimoramento profissional.

#### Quantidade de afastamento por licença médica

Mensurado através da quantidade de dias de afastamento no último mês por atestado médico

#### Quantidade de afastamento não justificado

Mensurado através da quantidade de vezes de afastamento no último mês sem atestado médico

#### Gozo de férias nos últimos 12 meses

Categorizadas em resposta dicotômica (sim ou não).

# 5.4.3 Parte C - Variáveis da caracterização da ocorrência da sintomatologia da Síndrome de Burnout

#### 5.4.3.1 Variável Exaustão Emocional (EE):

As respostas aos itens são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = freqüentemente e 5 = sempre. Avaliada através da média dos escores obtidos em cada item.

Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.

Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.

Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.

Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.

Eu me sinto esgotado com meu trabalho.

Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.

Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.

Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.

No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.

5.4.3.2 Variável Despersonalização (DE):

As respostas aos itens são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = freqüentemente e 5 = sempre. Avaliada através da média dos escores obtidos em cada item.

Eu sinto que trato algumas das pessoas que tenho que atender como se fossem objetos.

Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.

Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.

Eu não me importo realmente com o que acontece com algumas das pessoas que tenho que atender.

Eu sinto que as pessoas que atendo me culpam por alguns de seus problemas.

## 5.4.3.3 Variável Realização Profissional (RP):

As respostas aos itens são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = freqüentemente e 5 = sempre. Avaliada através da média dos escores obtidos em cada item.

Eu posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender acerca das coisas que acontecem no dia a dia.

Eu trato de forma adequada os problemas das pessoas que tenho que atender.

Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas desde que comecei este trabalho.

Eu me sinto muito cheio de energia.

Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com as pessoas que tenho que atender.

Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com as pessoas que atendo.

Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.

No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.

## 5.4.4 Parte D - Variáveis da caracterização de Fontes de tensão e cansaço

Cada uma delas foi categorizada em respostas do tipo: sim, às vezes e não.

Jornada de trabalho muito extensa, como fonte de tensão e cansaço;

Pouco tempo para pausas, como fonte de tensão e cansaço;

Trabalhar em plantões noturnos, como fonte de tensão e cansaço;

Trabalhar em plantões de finais de semana, como fonte de tensão e cansaço;

Não poder sugerir modificações para realizar o trabalho, como fonte de tensão e cansaço;

Problemas com chefia, como fonte de tensão e cansaço;

Falta de cooperação entre os colegas de mesma categoria profissional, como fonte de tensão e cansaço;

Falta de cooperação entre os outros colegas de trabalho, como fonte de tensão e cansaço;

Pressão da população usuária de serviço, como fonte de tensão e cansaço;

Situações de violência e agressões por parte da população usuária, como fonte de tensão e cansaço;

Má remuneração pelo trabalho que realiza como fonte de tensão e cansaço;

Falta de condições materiais para realização adequada do trabalho, como fonte de tensão e cansaço;

Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho, como fonte de tensão e cansaço;

O trabalho é monótono e desinteressante, como fonte de tensão e cansaço;

Ritmo de trabalho muito acelerado, como fonte de tensão e cansaço;

Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente, como fonte de tensão e

cansaço;

Sobrecarga de trabalho devido ao número insuficiente de funcionários no hospital, como fonte de tensão e cansaço;

Más condições para conforto durante os plantões, como fonte de tensão e cansaço;

Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades da família, como fonte de tensão e cansaço;

Ter pouco tempo para dedicar-se a outras necessidades pessoais, como fonte de tensão e cansaço;

## 5.4.5 Parte E - Variáveis da caracterização do trabalhador

Cada uma delas foi categorizada em respostas do tipo: sim, às vezes e não.

Sono restaurador após jornada de trabalho;

Sonolência durante a jornada de trabalho;

Utilização de método de relaxamento para dormir;

Utilização de medicamento para dormir;

Utilização de bebidas alcoólicas para relaxar e dormir;

Realização de intervalo para lanches ou repousos de no mínimo 30 minutos;

Realização de intervalo para refeições de no mínimo 1 hora;

Realização de outras pausas durante a jornada de trabalho;

## Desenvolvimento de hobby;

Prática de atividade física de no mínimo 2 vezes na semana;

Mudança frequente da chefia imediata;

## Local de repouso adequado;

As variáveis abaixo foram categorizadas de forma diferente das variáveis descritas acima.

#### Desejo de mudança de profissão;

Categorizada em respostas do tipo: Sim ou Não.

#### Motivo do desejo de mudança de profissão;

Foram anotados quais os motivos expressos em relação ao desejo de mudança de profissão, sendo posteriormente categorizados por semelhança temática.

## Realização de formas de relaxamento da tensão;

Categorizada em respostas do tipo: Sim ou Não.

#### Formas de relaxamento da tensão;

Foram anotadas quais as formas que utiliza para relaxar a tensão, sendo posteriormente categorizadas por semelhança temática.

## 5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente foi agendada uma reunião com o diretor clínico das unidades de serviço com objetivo de solicitar a liberação da realização da pesquisa. O Diretor Clínico é o responsável técnico pelas três unidades de trabalho que foram os locais da pesquisa. Naquele momento, os objetivos do estudo, assim como os procedimentos a serem realizados foram expostos.

Após exposição do projeto de pesquisa, a folha de rosto foi assinada pelo diretor clínico e pelo orientador da pesquisa, em duas vias, sendo uma encaminhada a comissão de ética da instituição e a outra para análise do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), conforme o disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho nacional de Saude. Desta forma a pesquisa obteve o consentimento para realização, tanto no Comitê da Universidade com o protocolo nº 013/08 (ANEXO A), quanto na Comissão da Instituição.

Não houve resistência a realização da pesquisa por parte das direções clínica, administrativa e geral, coordenações e funcionários. Todos os dados necessários para elucidar e favorecer o andamento da pesquisa foram disponibilizados.

#### 5.6 COLETA DE DADOS

Os trabalhadores de saude foram convidados a participar da pesquisa através de uma carta convite (APÊNDICE A). Nela, foi esclarecido o objetivo da pesquisa, ressaltando tratar-se de pesquisa acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saude Coletiva da UFES. Esta carta foi elaborada pelos pesquisadores e, com ciência dos diretores clínico e geral, afixada em locais visíveis aos profissionais de saude.

Posteriormente, os profissionais foram abordados pela pesquisadora e uma colaboradora (acadêmica de Enfermagem), que explicavam individualmente o objetivo e perguntavam, se os mesmos, gostariam de aderir a pesquisa.

Após aceitação, receberam o Termo de Consentimento informado livre e esclarecido conforme a Resolução de 196/96 (APÊNDICE B). Por meio desse termo, os participantes da pesquisa foram informados da confidencialidade dos dados coletados e que seriam identificados apenas por um código de letras e números.

Foi oferecida aos trabalhadores que queriam saber o resultado individual sobre a ocorrência de sintomatologia da síndrome, a opção de identificar-se no questionário auto-aplicável para ser posteriormente informado pessoalmente.

Nesta ocasião foram novamente fornecidas as informações referentes à pesquisa, tais como: objetivo do estudo, motivo e forma de realização, como seria a participação dos trabalhadores na pesquisa e a quem deveriam dirigir-se para maiores informações sobre a pesquisa.

Após adesão, foi entregue a cada funcionário o questionário auto-aplicável. (APÊNDICE C e ANEXO B), sendo recolhido no mesmo dia, ou no dia subsequente (para os profissionais que devido à urgência do serviço, não puderam responder imediatamente, mas que gostariam de participar da pesquisa), com horário agendado para recolhimento, no período de setembro a novembro de 2008.

## 5.7 ANÁLISES DOS DADOS

Os questionários respondidos foram inicialmente examinados para identificação de possíveis erros ou omissões nas respostas e verificou-se que todos os 164 questionários estavam em condições de serem analisados. Após esta fase de revisão, os dados coletados foram digitados em planilha Microsoft Excel 2003.

Para caracterizar o perfil dos trabalhadores da Saude dos locais estudados foi realizada uma análise descritiva com objetivo de demonstrar os resultados obtidos na pesquisa, em relação ao total de casos válidos em cada item de interesse da pesquisa.

As variáveis quantitativo-contínuas foram analisadas através dos valores da média e do desvio padrão, sendo representadas graficamente por histogramas; enquanto que as variáveis quantitativo-discretas foram organizadas em tabelas de distribuição de freqüências absoluta e relativa e representadas graficamente através do diagrama de círculos. As variáveis qualitativas não ordenáveis e ordenáveis foram organizadas e apresentadas através de representação gráfica pelo diagrama de círculos ou de barras separadas.

Após organização dos resultados em cada um dos aspectos que caracterizavam o perfil dos trabalhadores: sociodemográficos, situação de trabalho, características do

trabalhador e fontes de tensão e cansaço, foram elaborados quadros comparativos das três categorias profissionais participantes, para melhor visualização das características que lhes eram semelhantes ou diferentes.

Para identificar a ocorrência de sintomatologia relacionada à Síndrome de *Burnout* entre os Trabalhadores da Saude, foram apresentados os índices médios em cada dimensão da síndrome em relação ao total de casos válidos. Posteriormente, foram apresentadas as distribuições dos pesquisados em relação à freqüência das respostas, segundo as três dimensões da síndrome.

Para relacionar a ocorrência da sintomatologia relacionada à Síndrome de *Burnout* com o perfil dos trabalhadores foram realizadas as análises bivariadas com a variável dependente sintomatologia de *Burnout* e as demais variáveis independentes.

Para estabelecer esta relação e saber qual análise estatística seria utilizada, testaram-se dados através de um teste de normalidade. Ao evidenciar que as variáveis não eram distribuídas de acordo com a curva da normal (GAUSS) recorreu-se às estatísticas não-paramétricas (ANEXO C).

Foram realizados os testes não-paramétricos de *Mann-Whitney* (usado para se comparar duas amostras independentes), *Kruskall-Wallis* (usado na comparação de mais de duas amostras independentes), e Correlação de *Spearman* (relação entre as variáveis contínuas). Todos os testes foram realizados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 16.0.



## 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O número de profissionais lotados no PAM, PAA e PAI, perfazem um total de 215 funcionários. A adesão a pesquisa foi de 164 (76,28%) profissionais de saude, distribuídos conforme Tabela 1, a seguir:

Tabela 1
Distribuição dos profissionais lotados na instituição, segundo participação na pesquisa e categoria profissional. Serra-ES. 2008.

pesquisa e categoria p	pesquisa e categoria profissional. Serra-ES, 2006.									
PROFISSIONAIS	Particip	antes	Recus	saram	Exclu	ídos*	Total			
	N°	%	N°	%	Nº	%	N°	%		
Auxiliar e Técnico de	87	40,46	10	4,65	11	5,11	108	50,23		
Enfermagem										
Enfermeiros	20	9,30	1	0,46	2	0,93	23	10,70		
Médicos	57	26,51	09	4,18	18	8,37	84	39,07		
Total	164	76,28	20	9,30	31	14,42	215	100		

<sup>\*</sup>Não entraram no critério de inclusão proposto na pesquisa, por estarem de férias, licença médica ou maternidade, terem vínculos como contrato temporário ou estarem lotados em cargo de coordenação.

Apesar de o quantitativo ter sido considerado satisfatório, dadas as condições gerais de pesquisa nesse campo, Mendes e Freitas (apud FORMIGHIERI, 2003) consideram que há aspectos que dificultam a obtenção de respostas ao questionário, relacionados às atitudes defensivas dos profissionais, com as dificuldades em expor suas avaliações sobre o contexto de trabalho.

Desta forma a distribuição dos participantes da pesquisa, segundo categoria profissional, está representada no Gráfico 1, onde se observa que os auxiliares e técnicos de enfermagem configuram o maior contingente (53,05%).

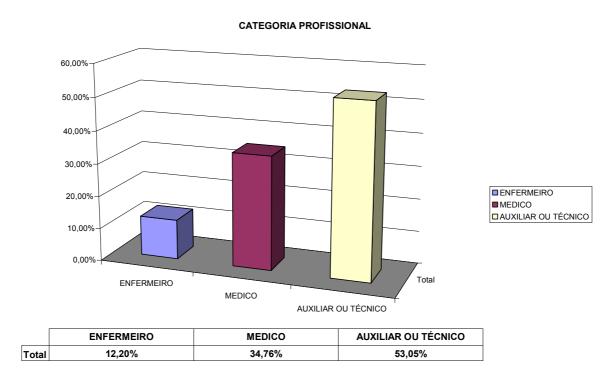


Gráfico 1 - Distribuição percentual da Categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAUDE

## 6.1.1 Características sóciodemográficas

A Tabela 2 mostra que houve a predominância do sexo feminino, com 77,44% do total de participantes.

Tabela 2

Distribuição dos trabalhad	lores segundo o sexo. S	erra - ES, 2008.
SEXO	N°	%
Feminino	127	77,44
Masculino	37	22,56
Total geral	164	100,00

Com relação à idade, a média foi de 39,20 anos, com desvio padrão de 8,65 anos. Pode ser observado no gráfico 2 que houve uma maior participação da faixa etária de 35 a 39 anos (23,17%) e, logo abaixo, a faixa etária de 30 a 34 anos (22,56%).

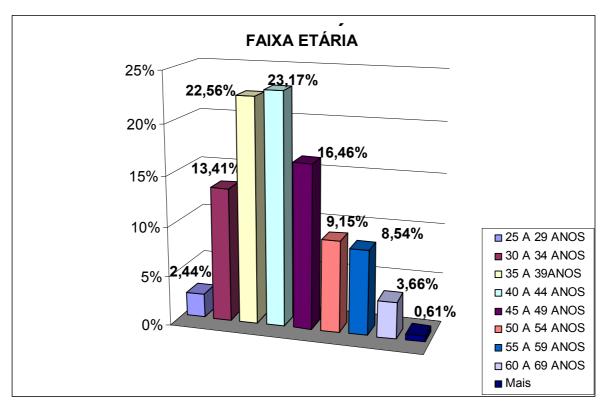


Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores por faixa etária. Serra-ES, 2008. (n=164).

Analisando a distribuição pelo estado civil, foi encontrada a maior frequência de profissionais casados ou que vivem maritalmente com alguém (67,07%).

Tabela 3

Distribuição dos trabalhadores segundo estado civil. Serra-ES, 2008.					
ESTADO CIVIL	N°	%			
Solteiro	33	20,12			
Viúvo	3	1,83			
Casado ou vive maritalmente com alguém	110	67,07			
Divorciada/desquitado/separado	18	10,98			
Total geral	164	100,00			

Dos profissionais casados 72.72% relatam que o companheiro não é da área da saude

O Gráfico 3 mostra que a maioria dos profissionais possui filhos (71,34%), sendo que o número de filhos mais incidente é de dois filhos (34,15%).

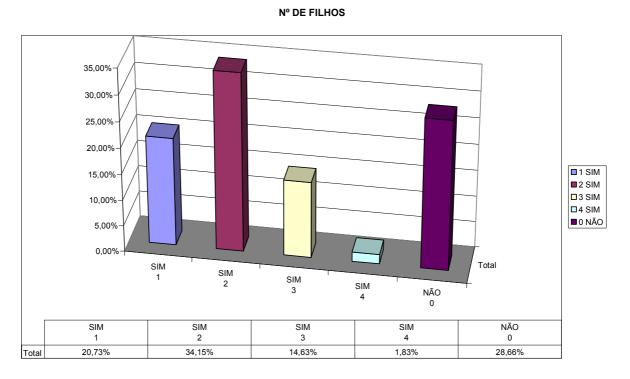


Gráfico 3 - Distribuição percentual da variável Número de filhos. Serra-ES, 2008. (n=164).

A média de renda salarial dos participantes do estudo foi de 12,62 salários mínimos, oscilando de 1 a 35 salários mínimos. O Gráfico 4 mostra que a renda salarial de maior concentração corresponde à faixa de até 5 salários mínimos. (56.1%).

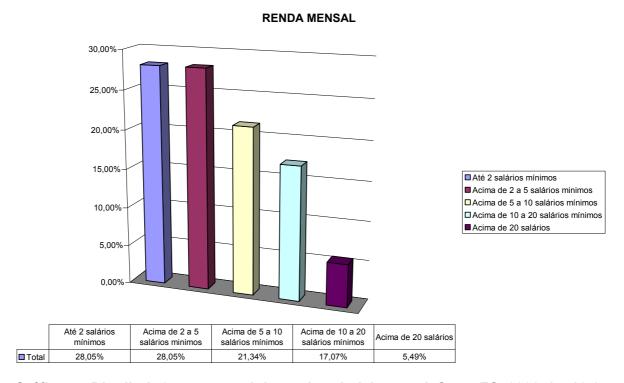


Gráfico 4 - Distribuição percentual da renda salarial mensal. Serra-ES, 2008. (n=164).

De acordo com o Gráfico 5, para 41,46% este salário é disponibilizado totalmente para a manutenção da família.

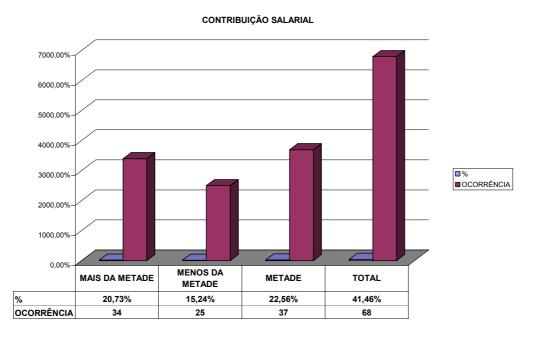


Gráfico 5 - Distribuição dos participantes segundo contribuição salarial na renda familiar. Serra-ES, 2008. (n=164).

Dos 164 profissionais participantes da pesquisa, 48,78% possuem escolaridade de Ensino Médio, conforme destacado no Gráfico 6.

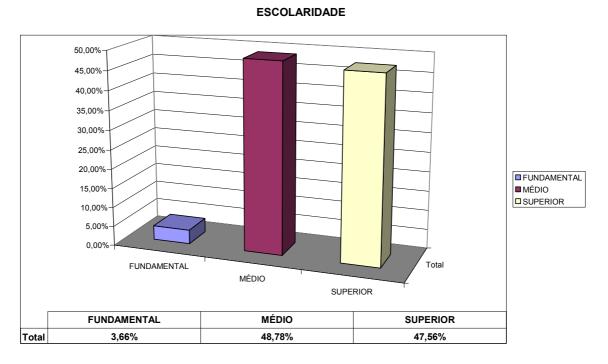


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes segundo escolaridade. Serra-ES, 2008. (n=164).

Assim, o perfil dos trabalhadores da saude do Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade Municipal de Carapina, no município de Serra-ES, levantado nesta pesquisa, é caracterizado predominantemente por pessoas do sexo feminino, adultas jovens, casadas, com filhos, com média salarial de 12,6 salários mínimos (apesar de 56,1% receberem até cinco salários mínimos). Parece configurarem um extrato da população de classe média bastante ampliada, do ponto de vista dos recursos auferidos pelo trabalho, onde a inserção feminina no mercado de trabalho lhe coloca, provavelmente, a necessidade de exercer a dupla jornada de trabalho (fora e dentro do lar).

Segundo Machado (1986), a participação das mulheres médicas, enfermeiras e do pessoal de Enfermagem na força de trabalho em saude é bastante elevada, cerca de 85%, principalmente nas duas últimas categorias, que são constituídas fundamentalmente de mão-de-obra feminina. Até recentemente, o trabalho das mulheres tinha um caráter complementar no sustento da família, em atividades de baixa qualificação e com conseqüente baixa remuneração. Atualmente o número de mulheres inseridas no mercado de trabalho aumentou, com uma melhora salarial, mas que ainda está aquém do recebido pelos homens nas mesmas funções. Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passou de 28,7% para 36,9%, com um crescimento do contingente de mulheres economicamente ativas a uma taxa geométrica anual de 5,6%, contra apenas 2,9% de incremento do contingente masculino.

Outro fato marcante é a grande influência do papel da mulher na reprodução social. A própria escolha e a manutenção do emprego, da extensão das jornadas e dos turnos de trabalho profissional, incluem, entre os critérios, a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos. Há que se considerar ainda, um fenômeno relativamente recente, caracterizado pelo aumento marcante de mulheres chefes de família, que corresponderam, em 1989, a 20,1% do total de famílias, representando hoje uma parcela considerável do universo de mulheres que trabalham (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 2005).

O Quadro 4 resume as semelhanças e diferenças das variáveis sócio-demográficas pelas categorias profissionais.

VARIÁVEIS	AUXILIAR E	N	ENFERMEIRO	N	MÉDICO	N
	TÉCNICO	(87)		(20)		(57)
Sexo	Feminino	71	Feminino	16	Feminino	40
Faixa Etária	30 a 34 anos	19	30 a 34 anos	08	35 a 39 anos	13
Estado civil	Casado ou	55	Casado ou vive	10	Casado ou vive	43
	vive		maritalmente		maritalmente	
	maritalmente		com alguém		com alguém	
	com alguém					
Companheiro	Não	44	Sim	7	Não	29
ser da área da						
saude						
Filhos	Sim	63	Sim	13	Sim	41
Número de	02 filhos	33	01 filho	06	02 filhos	16
filhos						
Renda mensal	Até 02	49	Até 06 a 10	9	06 a 10 Salários	24
líquida	Salários		Salários		Mínimos	
	Mínimos		Mínimos			
Contribuição do	Total	39	Total	6	Total	22
salário na renda						
familiar						
Escolaridade	Ensino Médio	76	Superior	20	Superior	57

Quadro 4 – Distribuições predominantes das Variáveis Sócio-demográficas por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

Portanto, apesar dos trabalhadores de saude compartilharem várias características em comum, mesmo do ponto de vista sociodemográfico podem ser observadas diferenças entre as três categorias de trabalhadores que foram sujeitos da pesquisa. Em relação às outras categorias, os auxiliares e técnicos de enfermagem possuem menores renda salarial e escolaridade, alocando-os entre os setores mais baixos da classe média; enquanto que entre os enfermeiros predominam os que possuem somente um filho, condição para tornar possível uma dupla jornada de trabalho.

Machado (1986) destaca que o nível médio – técnicos e auxiliares de enfermagem -, é uma categoria majoritariamente feminina e encontra-se em condições desfavoráveis no mercado (seus salários não ultrapassam a 3 salários mínimos). Registra-se nesta modalidade profissional a elevação do nível de escolaridade, ou seja, há um crescente aumento da força de trabalho de nível médio, porém, seu baixo prestígio advém também da execução de tarefas rotineiras, mais simplificadas,

no auxílio às tarefas do enfermeiro. E é exatamente, nessas duas modalidades de profissionais (enfermeiros e pessoal de enfermagem) onde as funções dentro da estrutura hospitalar lhes atribuem menos prestígio e baixa remuneração.

## 6.1.2 Caracterização da situação de trabalho.

Das três instituições, a Maternidade foi a que apresentou o maior nº de participantes na pesquisa a pesquisa (41,46%).

Tabela 4						
Distribuição p 2008.	ercentual de	funcionários	por local	de	trabalho.	Serra-ES,

LOCAL	N°	%
PAA	48	29,27
		•
PAI	48	29,27
PAM	68	41,46
Total geral	164	100,00

Conforme o Gráfico 7, os profissionais de saude trabalham, na sua maioria, em duas instituições (51,83%).

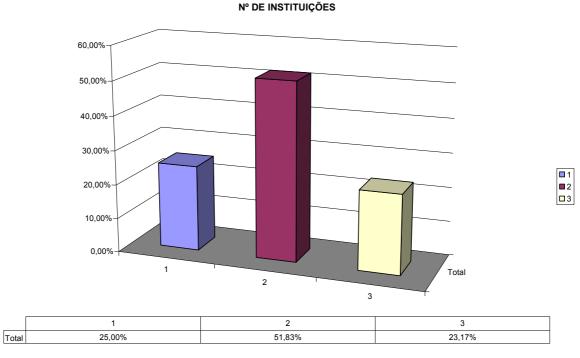


Gráfico 7 - Distribuição percentual do número das instituições de saude em que trabalha. Serra-ES, 2008. (n=164).

Na Tabela 5 ficou demonstrado que houve predominância de profissionais que exercem atividades de trabalho tanto no período diurno quanto no noturno (43,90%).

Tabela 5

Distribuição segundo o Turno de	trabalho. Serra-ES, 2	2008.
TURNO DE TRABALHO	N°	%
DIURNO	65	39,63
NOS DOIS	72	43,90
NOTURNO	27	16,46
Total geral	164	100,00

Com relação ao vínculo empregatício, o Gráfico 8 mostra que o mais se destacou foi o estatutário, com 79,88% de ocorrência.

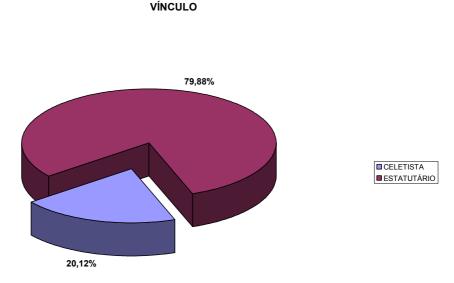


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo Vínculo empregatício. Serra-ES, 2008. (n=164).

O Gráfico 9 mostra que a maioria dos profissionais possuem titulação (70,12%).

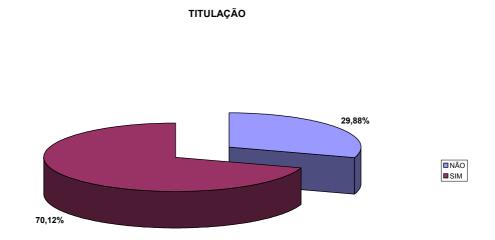


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo Titulação. Serra-ES, 2008. (n=164).

Dentre os que possuem titulação, a especialização *lato sensu* (63,48%) foi a maior ocorrência no tipo de titulação.

**TITULAÇÃO** 

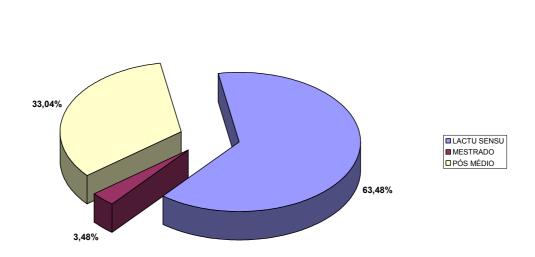


Gráfico 10 - Distribuição percentual, segundo o tipo de Titulação profissional. Serra-ES, 2008.

Quanto ao tempo de serviço dos profissionais nos locais da pesquisa, a média foi de 6,75 anos e desvio padrão de 7,13 anos. De acordo com o Gráfico 11, houve uma incidência maior na faixa com mais de 3 até 5 anos (34,15%).

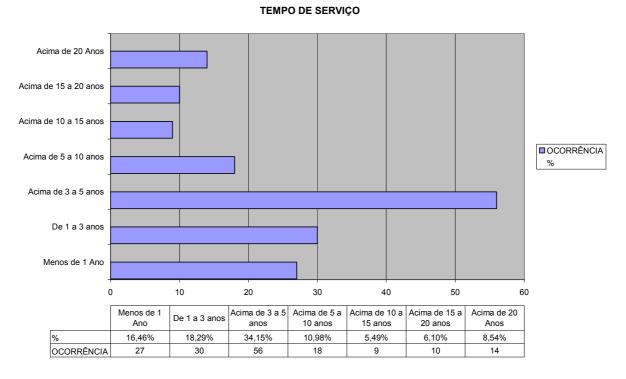


Gráfico 11 - Distribuição percentual do tempo de serviço nos locais de trabalho. Serra-ES, 2008. (n=164).

A média de horas da jornada de trabalho semanal foi de 49,06 horas e desvio padrão de 20,48 horas. O Gráfico 12 mostra duas modas de faixas, sendo 30% na faixa de 30 a 39 horas e 25% na faixa de 70 a 79 horas.

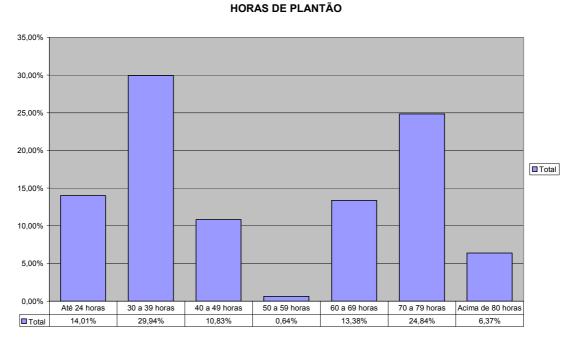


Gráfico 12 - Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo a quantidade de horas semanais de Jornada de Trabalho. Serra-ES, 2008. (n=164).

Perguntados sobre a quantidade de tempo utilizada para aprimoramento profissional semanal, a média encontrada entre os participantes foi de 5,98 horas e o desvio padrão de 9,38 horas. Entretanto, cerca de 40% respondeu não utilizar nenhuma hora. (Gráfico 13)

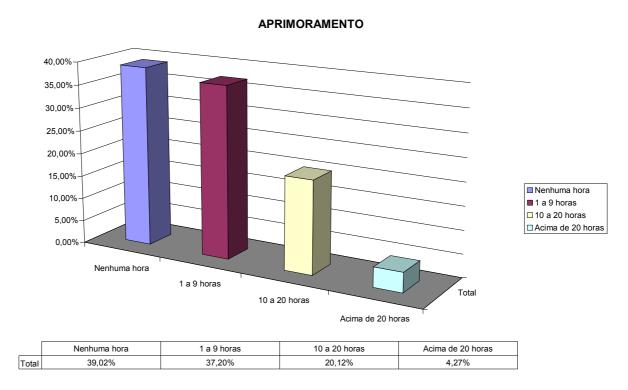


Gráfico 13 - Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo horas de aprimoramento profissional semanais. Serra-ES, 2008. (n=164).

A maioria da amostra pesquisada (82,32%) não apresentou afastamentos por licença médica. (Tabela 6)

Tabela 6		
Distribuição percentual dos at Ser	fastamentos, segundo licença ra-ES, 2008.	médica.
LM	N°	%
NÃO	135	82,32
SIM	29	17,68
Total geral	164	100,00

Dentre os que apresentaram atestados médicos para afastamento, o período de um dia e o de acima de 7 dias tiveram a maior ocorrência (5%).

A maioria dos funcionários não teve afastamento não justificado, ou seja, sem

licença médica (93,90%). Dos poucos que tiveram afastamento não justificado, o fizeram por somente um dia.

Conforme a Tabela 7, pode-se observar que 64,63% dos participantes da pesquisa gozou férias nos últimos 12 meses.

Tabela 7
Distribuição percentual dos trabalhadores, segundo gozo de férias nos últimos 12 meses. Serra-ES, 2008.

	a =0, =000.	
FÉRIAS	N°	%
Não	58	35,37
Sim	106	64,63
Total geral	164	100,00

De modo geral, os trabalhadores pesquisados caracterizam uma população com vínculo de trabalho estável na instituição pública (a maioria deles é contratada pelo regime estatutário e trabalham na instituição, em média, há 6,75 anos), mas que buscam outra atividade de trabalho complementar (cerca de 70% dos pesquisados trabalham em pelo menos duas instituições). Além disso, desenvolvem jornadas de trabalho extenuantes (em média, têm carga horária semanal de trabalho de 49 horas e os dois regimes de turnos de trabalho mais encontrados foram o de diurno/noturno e o fixo no período diurno) e são profissionais que necessitam de aprimoramento profissional (a maioria possui especialização, principalmente *lato sensu*, e cerca de 60% realizam atividades de aprimoramento profissional, sendo, em média, de 6 horas semanais). Por outro lado, foi baixo o índice de trabalhadores que tiraram licença médica no último mês, bem como os que tiveram afastamento do trabalho sem justificativa. Quanto ao gozo de férias, cerca de 20% dos profissionais ainda não possuem direito a gozo, entretanto, 15% dos que trabalham há mais de um ano, não haviam gozado férias nos últimos 12 meses.

De acordo com Fisher *et al* (2002), em sua pesquisa sobre percepção do sono, encontraram que entre os trabalhadores em turnos de 12h noturnas seguidas de 36 horas de descanso aconteceu uma queda significante da duração do sono após a noite de trabalho; já nos trabalhadores sujeitos a turnos diurnos, apenas foram encontradas diferenças entre a qualidade de sono diurno em dias de descanso, em comparação aos dias de trabalho; nos dias em que não houve trabalho, as pessoas

dormiram mais e melhor. Isso levanta a necessidade de que seja revista a tradição dos turnos de 12h de trabalho por 36h de descanso, particularmente em postos de trabalho onde há importantes demandas físicas e cognitivas, além de exposição a estressores ocupacionais. Os trabalhadores de saude estudados possuem mais de um vínculo profissional, trabalham em sua maioria em duas instituições de saude, fazendo com que esta realidade de escala perpasse por todas as categorias profissionais, se não com intervalo menor de descanso entre o trabalho nas instituições.

O Quadro 5 resume as características predominantes de situação de trabalho relatadas pelas três categorias profissionais estudadas.

VARIÁVEIS	AUXILIAR E	N	ENFERMEIRO	N (20)	MÉDICO	N
	TÉCNICO	(87)				(57)
Nº de instituições	2 instituições	52	2 instituições	15	3 instituições	36
Turno de trabalho	Diurno	52	Noturno ou	9	Nos dois	52
			diurno	(cada)		
Vínculo empregatício	Estatutários	66	Estatutários	18	Estatutários	44
Titulação	NÃO	45	SIM	20	SIM	52
Tipo de Titulação	Pós Médio	41	Lato sensu	18	Lato sensu	52
Tempo de exercício	Acima de 3 a	36	1 a 3 Anos	7	Acima de 3 a 5	16
da profissão	5 Anos				Anos	
Horas de trabalho	De 30 a 39	40	De 60 a 69	8	De 40 a 49	17
(semanais)	horas		horas		horas	
Aprimoramento	Nenhuma	46	De 1 a 9 horas	9	De 1 a 9 horas	33
profissional	hora					
(semanais)						
Licença Médica	Não	71	Não	15	Não	50
	apresentaram		apresentaram		apresentaram	
Quantidade de	1 dia	4	2 dias	2	1 e 2 dias	2
afastamento por						(cad
licença médica						a)
Afastamento sem	Não	81	Não	18	Não	54
licença médica	apresentaram		apresentaram		apresentaram	

Quadro 5 – Distribuições predominantes das Variáveis da Situação de Trabalho por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

VARIÁVEIS	AUXILIAR E	N	ENFERMEIRO	N (20)	MÉDICO	N
	TÉCNICO	(87)				(57)
Quantidade de	1 dia	6	2 e 10 dias	1	1 dia	3
afastamento não				(cada)		
justificado por licença						
médica						
Gozo das últimas	Sim	60	Sim	14	Sim	37
férias.						

Quadro 5 – Distribuições predominantes das Variáveis da Situação de Trabalho por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

Também do ponto de vista da inserção no trabalho, houve diferenças importantes entre as três categorias profissionais. Comparativamente às outras categorias, os médicos trabalham em um número maior de empregos (em média, três), em turnos que alternam trabalho diurno e noturno. Por outro lado, os enfermeiros estão lotados há menos tempo na instituição, trabalham somente em um turno (ou diurno ou noturno) e possuem a maior jornada de trabalho semanal; enquanto que os auxiliares e técnicos de enfermagem possuem a menor jornada de trabalho semanal e não disponibilizam tempo para aprimoramento profissional.

Portanto, os profissionais de saude que estão lotados em mais de uma instituição, são levados a pressões decorrentes de trânsito no deslocamento para os trabalhos, além de diferentes tipos de ocupação/assistência prestada e organização de trabalho. O fato dos médicos relatarem ter três ou mais empregos, por si só já inspira o desgaste físico e emocional, uma vez que isto ocasiona contato com um número muito maior de pessoas e seus problemas, pressão quanto ao tempo e quanto a seus ganhos. Todos estes fatores tornam a situação do trabalhador mais complexa, os deixando vulneráveis à ação dos agentes estressores. (MAGALHÃES; GLINA, 2006).

#### 6.1.3 Caracterização do trabalhador

A Tabela 8 descreve os percentuais sobre os aspectos do trabalhador e sua profissão.

Tabela 8

Distribuição percentual sobre aspectos do trabalhador e sua profissão. Serra-ES, 2008. (n=164).

	,	Sim	Às vezes		Não	
	N	%	N	%	N	%
Você se sente satisfeito com sua profissão?	99	60,37	44	26,83	21	12,80
Sua chefia imediata muda com freqüência?	61	32,20	36	21,95	67	40,85
Você faz intervalos para refeições, de no mínimo 1hora durante	34	20,73	47	28,66	83	50,61
sua Jornada de trabalho?						
Durante sua Jornada de trabalho você faz outras paradas que	26	15,85	71	43,29	67	40,85
não sejam para lanche e refeições?						
Você faz intervalos para lanches ou repousos, de no mínimo 30	02	1,22	12	7,32	150	91,46
minutos durante sua Jornada de trabalho?						
Seu local de repouso é adequado para seu descanso?	55	33,54	27	16,46	82	50,00
Você ainda se sente sonolento durante sua jornada de trabalho?	48	29,27	75	45,73	41	25,00
Após a jornada de trabalho você acha que consegue dormir o		28,66	52	31,71	65	39,63
suficiente para recuperar-se do cansaço?						
Precisa utilizar algum método de relaxamento para conseguir		10,37	40	24,39	107	65,24
dormir?						
Precisa utilizar algum medicamento para conseguir dormir?	10	6,10	26	15,85	128	78,05
Precisa ingerir bebida alcoólica para relaxar e conseguir dormir	02	1,27	12	7,64	143	91,08
após sua jornada de trabalho?						
Você desenvolve regularmente algum hobby?	59	35,98	21	12,80	84	51,22
Você pratica atividades físicas, no mínimo 2 vezes por semana?	59	35,98	12	7,32	93	56,71

Característicos, também, são: a intensidade da jornada de trabalho (cerca de 90% não realizam intervalos para lanches e repouso de no mínimo 30 minutos, cerca de metade não realizam intervalos para refeições de no mínimo uma hora e 84,14% não fazem intervalos para outras atividades, ou somente o fazem às vezes), seu impacto na possibilidade de recuperação de suas energias (aproximadamente 40% referiu que não dormem o suficiente para se recuperar do cansaço da jornada de trabalho; cerca de 75% sentem-se sonolentos durante a jornada, às vezes ou sempre; 35% utilizam métodos para relaxar, antes de adormecer, enquanto que 22% usam métodos medicamentosos e 9% lançam mão de bebidas para essa finalidade) e a disposição para realizarem atividades de recuperação da energia (cerca de metade deles utiliza métodos de relaxamento — principalmente, atividades físicas -, desenvolvem hobby ou realizam atividades físicas no mínimo duas vezes por semanas).

O Quadro 6 resume as características predominantes das características do trabalhador relatadas pelas três categorias profissionais estudadas.

VARIÁVEIS	AUXILIAR	ENFERMEIRO	MÉDICO
Após a jornada de trabalho você acha que consegue	NÃO	NÃO	ÀS VEZES
dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço?			
Você ainda se sente sonolento durante sua jornada de	ÀS VEZES	ÀS VEZES	ÀS VEZES
trabalho?			
Precisa utilizar algum método de relaxamento para	NÃO	NÃO	NÃO
conseguir dormir?			
Precisa utilizar algum medicamento para conseguir	NÃO	NÃO	NÃO
dormir?			
Precisa ingerir bebida alcoólica para relaxar e conseguir	NÃO	NÃO	NÃO
dormir após sua jornada de trabalho?			
Você faz intervalos para lanches ou repousos, de no	SIM	ÀS VEZES	SIM
mínimo 30 minutos durante sua Jornada de trabalho?			
Você faz intervalos para refeições, de no mínimo 1hora	NÃO	NÃO	ÀS VEZES
durante sua Jornada de trabalho?			
Durante sua Jornada de trabalho você faz outras	NÃO	AS VEZES	AS VEZES
paradas que não sejam para lanche e refeições?			
Você desenvolve regularmente algum hobby?	NÃO	NÃO	NÃO
			SIM
Você pratica atividades físicas, no mínimo 2 vezes por	NÃO	NÃO	SIM
semana?			
Você se sente satisfeito com sua profissão?	SIM	SIM	SIM
Sua chefia imediata muda com freqüência?	NÃO	SIM	NÃO
Seu local de repouso é adequado para seu descanso?	SIM	NÃO	NÃO

Quadro 6 – Distribuições predominantes das Variáveis das características do trabalhador segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

Nas diferenças entre as categorias profissionais estudadas, os MÉDICOS apresentaram maior proporção de pessoas que às vezes conseguem dormir o suficiente para se recuperarem do cansaço e que fazem intervalos de no mínimo uma hora para refeições, enquanto que ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM não o conseguem.

Este fato é bem justificado ao analisarmos as formas de organização do trabalho dos locais pesquisados. Os MÉDICOS, em suas 12 horas de plantão, estão com um

contingente de colegas, de no mínimo três profissionais por escala, permitindo assim uma maior flexibilidade e remanejamento nos momentos destinados para descanso e refeições; o que não ocorre com o ENFERMEIRO, por exemplo, que sempre trabalha sozinho no plantão, não conseguindo substituição nos momentos relatados, e com os AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM que estão sozinhos ou em dupla (observar escala por setores no apêndice D).

Em maior proporção, os MÉDICOS E AUXILIARES conseguem fazer intervalo para lanches e repouso de no mínimo 30 minutos durante a jornada de trabalho; enquanto que ENFERMEIROS E MÉDICOS fazem outras paradas, para além daquelas para lanches e refeições.

Então, de maneira geral, os médicos conseguem realizar mais e maiores intervalos durante a jornada de trabalho, mas enfermeiros e médicos consideram que local para repouso é adequado para o descanso, fato não relatado pelos AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, por não possuíram, nos locais de trabalho pesquisados, número de camas suficientes para remanejamento no período de descanso, tendo de se acomodarem em outros locais como chão e maca de consultórios, gerando assim, pouca chance de relaxamento e sono adequado para descanso durante a jornada de trabalho desses profissionais.

Os MÉDICOS, apesar de trabalharem, em sua maioria, em maior número de instituições, apresentam maior proporção de pessoas que utilizam métodos de relaxamento, realizam algum tipo de hobby ou atividades físicas de no mínimo duas vezes por semana. Entretanto, apesar de trabalharem em mais instituições, na organização de trabalho dos locais pesquisados, são os que perfazem menor carga horária semanal, e no geral possuem uma jornada de trabalho menor do que os ENFERMEIROS.

Perguntados sobre a utilização de métodos de relaxamento para alívio das tensões do dia a dia, cerca de metade referiu que SIM, conforme a tabela 9.

Tabela 9

Distribuição da ocorrência de relaxamento trabalhador. Serra-ES, 2008.	para	alívio	de	tensão	do
RELAXAR		Ν°		%	
Não		86		52,44	
Sim		78		47,56	
Total geral		164		100,00	

A Tabela 10 destaca que cerca de 50% dos médicos utilizam um método de relaxamento para alívio das tensões.

Tabela 10

Distribuição da ocorrência de relaxamento para alívio de tensão do trabalhador, segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008.

	RELAXAR					
	NÃO		SIM		Total	Total
CATEGORIA	N	%	N	%	N	%
AUXILIAR OU TÉCNICO	48	29,26	39	33,93	87	100,00
ENFERMEIRO	11	6,70	9	45,00	20	100,00
MEDICO	27	16,46	30	52,63	57	100,00
Total geral	86	52,43	78	47,56	164	100,00

No Quadro 7 constam as formas de alívio e tensão relatadas pelos funcionários. As formas mais freqüentes relatadas foram exercícios físicos, caminhadas e assuntos relacionados (27 citações).

FORMAS RELATADAS DE RELAXAMENTO	Nº
Academia/Alongamento/Exercício físico /Caminhada / Natação /loga e Hidroginástica	27
Leitura/Cinema/Jornais/Palavras Cruzadas e Revistas	19
Família	19
Igreja/ Orar/ Cultos/ Ler a Bíblia e Meditação	18
Lazer/ Musica e Dança	17
Filmes/Cinemas e TV.	10
Bordar/ Trabalhos Manuais/ Pintar e Artesanato	9
Passeio e Viagens	8
Internet/computador	4
Sair com Amigos	3
Namorar e Sexo	3
Dormir/ fazer nada	3
Pescaria	2
Massagens	2
Compras	1

Quadro 7- Formas relatadas de relaxamento para alívio de tensão do trabalhador. Serra-ES, 2008.

A Tabela 11 demonstra que mais da metade dos trabalhadores entrevistados na pesquisa relataram desejar mudar de profissão (53,66%).

Tabela 11

Distribuição percentual da manifestação do desejo de mudança de profissão. Serra-ES, 2008.

MUDAR	N°	%
Não	76	46,34
Sim	88	53,66
Total geral	164	100,00

A Tabela 12 apresenta os dados divididos por categoria profissional, mostrando que houve diferenciação com relação ao desejo de mudar de profissão. A categoria médica, na sua maioria, não manifestou o desejo de mudança (61,40%). Em contrapartida, 62,07% dos auxiliares e técnicos de ENFERMAGEM manifestaram esse desejo.

Tabela 12

Distribuição da manifestação do desejo de mudança de profissão, segundo categoria profissional. Serra-ES, 2008.

	MUDAR							
	NÃO		SIM		Total	Total		
CATEGORIA	%	N	%	N	%	N		
AUXILIAR OU TÉCNICO	37,93	33	62,07	54	100,00	87		
ENFERMEIRO	40,00	8	60,00	12	100,00	20		
MEDICO	61,40	35	38,60	22	100,00	57		
Total geral	43,34	76	56,66	88	100,00	164		

No Quadro 8 estão relacionados os motivos do desejo de mudar de profissão. O motivo mais prevalente foi a baixa remuneração, com 38 citações.

MOTIVOS RELATADOS - MUDAR DE PROFISSÃO	Nº
Baixa remuneração/Má remuneração	38
Falta de: valorização profissional/de reconhecimento e desrespeito pela categoria	24
Exaustão/fadiga/cansaço/frustração/insatisfação	10
Sobrecarga de trabalho	5
Falta de: reconhecimento/ compreensão da chefia/ ética/ união das classes	5
Falta de: compromisso dos governantes/ descaso dos profissionais	3
Falta de: recursos no trabalho/ condições precárias de trabalho	4
Desgaste profissional	1
Não responderam	5

Quadro 8 - Motivos relatados quanto ao desejo de mudar de profissão. Serra-ES, 2008.

No Quadro 9 estão descritos os motivos para o desejo de não mudar de profissão, sendo o motivo mais freqüente foi gostar do que faz e assuntos relacionados (17 citações).

MOTIVOS RELATADOS - NÃO MUDAR DE PROFISSÃO	Nº
Gosto: do que Faço/ da Minha Profissão e Satisfeita com o que Faço	17
Me Sinto: Realizada/ Feliz/ Vocacionado/ Bem Ajudando o Próximo	8
Não Tenho Vontade De Mudar/ Difícil Mudar após anos	2
Quero Somente: Agregar Atividades/ Mudar de Especialidade	2
Não responderam	48

Quadro 9 – Motivos relatados quanto ao desejo de não mudar de profissão. Serra-ES, 2008.

Desta forma, avaliou-se que a maioria dos trabalhadores (cerca de 60%) está satisfeita com seu trabalho, mas, também, cerca de metade manifestou o desejo de mudar de profissão, sendo os principais motivos a má remuneração e a falta de valorização profissional. Entretanto, os que mais manifestaram esse desejo foram os técnicos e auxiliares, seguidos pelos enfermeiros.

#### 6.1.4 Caracterização de Fontes de tensão e cansaço

A Tabela 13 descreve as principais fontes de tensão e cansaço consideradas pelos participantes da pesquisa.

Tabela 13
Distribuição percentual das fontes de tensão e cansaço. Serra-ES, 2008.

	5	Sim		vezes	N	lão
	N	N %		%	N	%
Má remuneração pelo trabalho que realiza	134	81,71	21	12,80	9	5,49
Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza,	132	80,49	21	12,80	11	6,71
sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos						
(sofrimento ou morte) ao paciente.						
Falta de condições materiais para realizar	115	70,12	40	24,93	9	5,49
adequadamente o trabalho						
Ter pouco tempo para dedicar-se a outras necessidades	106	64,63	37	22,56	21	12,80
pessoais.						
Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades da	99	60,37	41	25,00	24	14,63
família.						
Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o	95	57,93	50	30,49	19	11,59
trabalho						
Não poder sugerir modificações para realizar o trabalho	92	56,10	43	26,22	29	17,68
(as ordens vêm de cima e têm que ser obedecidas						
rigorosamente)						
Pressão da população usuária do serviço, filas.	92	56,10	47	28,66	25	15,24
O trabalho em plantões nos fins-de-semana	91	57,96	44	28,03	22	14,01
Más condições para conforto durante os plantões (sala	89	54,27	35	21,34	40	24,39
de descanso, etc.)						
O trabalho em plantões noturnos	85	51,83	43	26,22	36	21,95
Pouco tempo para pausas no trabalho	82	50,00	57	34,76	25	15,24
Ritmo de trabalho muito acelerado	79	48,17	71	43,29	14	8,54
Jornada de trabalho muito extensa	78	47,56	53	32,32	33	20,12
Sobrecarga de trabalho devido ao número insuficiente	78	47,56	64	39,02	22	13,41
de funcionários no hospital						
Situações de violência e agressões por parte da	75	45,73	58	35,37	31	18,90
população usuária do serviço						
Problemas com chefias (discriminação, perseguição,	34	20,73	48	29,27	82	50,00
discussões, controle excessivo, autoritarismo).						
Falta de cooperação entre os profissionais de sua	37	22,56	77	46,95	50	30,49
categoria profissional						
Falta de cooperação com os demais profissionais no	30	18,29	84	51,22	50	30,49
hospital						
O trabalho é monótono e desinteressante	17	10,37	34	20,73	113	68,90

Nela observa-se que mais de 80% considerou como fontes de tensão e cansaço a má remuneração pelo trabalho que exerce e a responsabilidade muito grande no trabalho que realiza. Entretanto, observa-se também que a maioria das situações de trabalho sugerida foi considerada como fonte de tensão e cansaço por pelo menos metade dos trabalhadores, destacando-se a falta de condições materiais de trabalho e as formas de organização do trabalho. A organização temporal do trabalho – relativa à extensão da jornada de trabalho e horários de trabalho, inclusive plantões de fins de semana e noturnos – impedem que haja maior disponibilidade para outras atividades pessoais e familiares, fora do trabalho. Por outro lado, a intensidade da jornada (muitas horas de trabalho, ritmo acelerado e poucas pausas), aliada à inexistência de canais de participação dos trabalhadores em sua organização, sobrecarregam os funcionários e criam situações de tensão e tumulto diante da pressão dos usuários dos serviços públicos.

O Quadro 10 compara as respostas predominantes sobre as fontes de tensão e cansaço entre as três categorias profissionais pesquisadas.

VARIÁVEIS	AUXILIAR	ENFERMEIRO	MÉDICO
Jornada de trabalho muito extensa.	SIM	ÀS VEZES	SIM
Pouco tempo para pausas no trabalho.	SIM	ÀS VEZES	SIM
	ÀS VEZES		
O trabalho em plantões noturnos.	SIM	SIM	SIM
O trabalho em plantões nos fins-de-semana.	SIM	SIM	SIM
Não poder sugerir modificações para realizar o	SIM	SIM	SIM
trabalho (as ordens vêm de cima e têm que ser			
obedecidas rigorosamente).			
Problemas com chefias (discriminação, perseguição,	NÃO	ÀS VEZES	NÃO
discussões, controle excessivo, autoritarismo).		SIM	
Falta de cooperação entre os profissionais de sua	ÀS VEZES	ÀS VEZES	ÀS
categoria profissional.		SIM	VEZES
Falta de cooperação com os demais profissionais no	ÀS VEZES	SIM	ÀS
hospital.			VEZES
Pressão da população usuária do serviço, filas.	SIM	ÀS VEZES	SIM
Situações de violência e agressões por parte da	SIM	SIM	SIM
população usuária do serviço.			
Má remuneração pelo trabalho que realiza.	SIM	SIM	SIM
Falta de condições materiais para realizar	SIM	SIM	SIM
adequadamente o trabalho.			
Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante	SIM	SIM	SIM
o trabalho.			
O trabalho é monótono e desinteressante.	NÃO	NÃO	NÃO
Ritmo de trabalho muito acelerado.	ÀS VEZES	SIM	SIM
Responsabilidade muito grande no trabalho que	SIM	SIM	SIM
realiza, sendo que qualquer descuido pode			
ocasionar prejuízos (sofrimento ou morte) ao			
paciente.			
Sobrecarga de trabalho devido quantidade de	SIM	SIM	SIM
profissionais que trabalham com você.		ÀS VEZES	
Más condições para conforto durante os plantões	SIM	SIM	SIM
(sala de descanso, etc.).			
Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades	SIM	SIM	SIM
da família.			
Ter pouco tempo para dedicar-se a outras	SIM	SIM	SIM
necessidades pessoais.			

Quadro 10 – Distribuições predominantes das Variáveis das fontes de tensão e cansaço por categoria profissional. Serra-ES, 2008. (n=164).

Portanto, observa-se que para a maioria das fontes houve uma concordância entre as categorias profissionais. Entretanto, MÉDICOS, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM tenderam a considerar, mais freqüentemente do que os enfermeiros, as fontes: jornada de trabalho muito extensa, pouco tempo para pausas no trabalho, sobrecarga de trabalho devido à quantidade de profissionais e pressão da população usuária do serviço. Por outro lado, os ENFERMEIROS foram mais freqüentes em considerar: problemas com chefia e falta de cooperação dos colegas, tanto dos demais profissionais quanto dos de sua categoria.

# 6.2 CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DE BURNOUT

A Tabela 14 e a figura 1 apresentam a média de escore do MBI-HSS entre os participantes da pesquisa, com relação a suas dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização profissional.

Tabela 14

Estatísticas descritivas dos valores do Burnout em suas dimensões.
Serra, ES. 2008

Domínios	N	Média	Mediana	Desvio- Padrão
Exaustão emocional (EE)	164	2,68	2,61	0,75
Despersonalização (DE)	164	2,09	2,00	0,75
Realização profissional (RP)	164	3,87	3,88	0,58

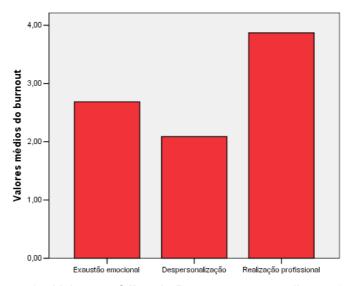


Figura 2 – Valores médios do Burnout em suas dimensões.

Observa-se que para os domínios de *Burnout* a dimensão Realização profissional foi a com maior índice médio (3,87), seguida pela Exaustão emocional (2,68) e Despersonalização (2,09).

### A) Dimensão Exaustão Emocional (EE)

A média foi de 2.68, o que indica que a maioria dos profissionais apresenta exaustão emocional entre raramente e algumas vezes em relação a esta dimensão.

A Tabela 15 aponta a distribuição dos pesquisados em relação à freqüência das respostas, segundo a dimensão EE.

Tabela 15 - Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão exaustão emocional do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008

	-		Respostas									Total de	
Questões EE*	Νι	ınca	Rara	mente	Algumas Freqüente- Vezes mente Sempre			respostas					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q1	5	3,0	38	23,2	74	45,1	35	21,3	12	7,3	164	100,0	
Q2	6	3,7	22	13,4	77	47,0	40	24,4	19	11,6	164	100,0	
Q3	20	12,2	41	25,0	58	35,4	30	18,3	15	9,1	164	100,0	
Q6	69	42,1	42	25,6	36	22,0	12	7,3	5	3,0	164	100,0	
Q8	24	14,6	44	26,8	57	34,8	28	17,1	11	6,7	164	100,0	
Q13	50	30,5	30	18,3	59	36,0	13	7,9	12	7,3	164	100,0	
Q14	11	6,7	25	15,2	65	39,6	41	25,0	22	13,4	164	100,0	
Q16	39	23,8	56	34,1	59	36,0	5	3,0	5	3,0	164	100,0	
Q20	48	29,3	52	31,7	47	28,7	11	6,7	6	3,7	164	100,0	

\*Q1: Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho; Q2: Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho; Q3: Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho; Q6: Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim; Q8: Eu me sinto esgotado com meu trabalho; Q13: Eu me sinto frustrado com o meu trabalho; Q14: Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego; Q16: Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado; Q20: No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.

Apesar da média desta dimensão ter alcançado um índice médio, pode se observar que em relação às questões 2, 3 e 14 do MBI-HSS, cerca de 30 % identifica a ocorrência do fenômeno como fregüentemente e sempre.

Então, verifica-se que os profissionais participantes se sentem frequentemente ou sempre esgotados ao final de um dia de trabalho, se sentem cansados quando se levantam pela manha e têm de encarar outro dia de trabalho e que estão

trabalhando demais no seu emprego. Como esta dimensão da síndrome é caracterizada pela falta de energia e entusiasmo, nestes profissionais, encontra-se em curso a sensação de esgotamento, de exaustão emocional.

#### B) Dimensão Despersonalização (DE)

A média global foi de 2.08, o que reflete que a maioria dos profissionais em relação a esta dimensão apresenta baixa freqüência de endurecimento emocional no relacionamento interpessoal.

A Tabela 16 aponta a distribuição dos pesquisados em relação à frequencia das repostas segundo a dimensão DE.

Tabela 16 - Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão despersonalização do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008

					Respostas						To	Total de	
Questões DE**	Nu	Nunca		Raramente		Algumas Vezes		Freqüentemente		npre		ostas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q5	95	57,9	41	25,0	21	12,8	5	3,0	2	1,2	164	100,0	
Q10	59	36,0	31	18,9	46	28,0	19	11,6	9	5,5	164	100,0	
Q11	66	40,2	32	19,5	42	25,6	18	11,0	6	3,7	164	100,0	
Q15	105	64,0	27	16,5	19	11,6	7	4,3	6	3,7	164	100,0	
Q22	41	25,0	41	25,0	34	20,7	35	21,3	13	7,9	164	100,0	

<sup>\*\*</sup>Q5: Eu sinto que trato algumas das pessoas que tenho que atender como se fossem objetos; Q10: Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho; Q11: Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente; Q15: Eu não me importo realmente com o que acontece com algumas das pessoas que tenho que atender; Q22: Eu sinto que as pessoas que atendo me culpam por alguns de seus problemas;

Índices baixos foram encontrados nesta dimensão que é caracterizada pela insensibilidade emocional. A questão 22 foi a que apresentou a maior ocorrência, com índice de cerca de 30%, demonstrando que os profissionais frequentemente ou sempre se sentem no trabalho como se tivesse no final do seu limite. Fato este que pode levar o profissional acometido desta sensação a tratar seus clientes, colegas e a instituição de maneira distante.

### C) Dimensão Realização Profissional (RP)

A média global foi de 3.86, o que indica que a maioria dos profissionais em relação a esta dimensão demonstra que o trabalho frequentemente vem sendo percebido como elemento de realização pessoal no trabalho.

A Tabela 17 aponta a distribuição dos pesquisados em relação à frequencia das respostas, segundo a dimensão RP.

Tabela 17 - Distribuição dos pesquisados segundo resposta aos itens da dimensão Realização Profissional do MBI-HSS (1986) Serra – ES. 2008

	Respostas										To	tal de
Questões rRP***	N	unca	Rara	amente	-	gumas ezes		qüente- nente	Sen	npre		postas
_	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Q4	3	1,8	6	3,7	35	21,3	72	43,9	48	29,3	164	100,0
Q7	3	1,8	5	3,0	14	8,5	69	42,1	73	44,5	164	100,0
Q9	9	5,5	10	6,1	38	23,2	64	39,0	43	26,2	164	100,0
Q12	8	4,9	25	15,2	55	33,5	50	30,5	26	15,9	164	100,0
Q17	1	,6	10	6,1	26	15,9	77	47,0	50	30,5	164	100,0
Q18	5	3,0	15	9,1	50	30,5	54	32,9	40	24,4	164	100,0
Q19	2	1,2	11	6,7	38	23,2	68	41,5	45	27,4	164	100,0
Q21	1	,6	7	4,3	25	15,2	74	45,1	57	34,8	164	100,0

\*\*\*Q4: Eu posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender acerca das coisas que acontecem no dia a dia; Q7: Eu trato de forma adequada os problemas das pessoas que tenho que atender; Q9: Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas desde que comecei este trabalho; Q12: Eu me sinto muito cheio de energia; Q17: Eu posso criar facilmente um ambiente tranqüilo com as pessoas que tenho que atender; Q18: Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com as pessoas que atendo; Q19: Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho; Q21: No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.

Para a dimensão da realização profissional, cerca de 60% percebem-se realizados freqüentemente e sempre em relação às questões do MBI-HSS.

Em contrapartida, cerca de 40% nunca, raramente ou algumas vezes se sentem: influenciando positivamente a vida das pessoas; com energia; estimulado depois de trabalhar lado a lado com os clientes e realizando muitas coisas neste trabalho. Assim, a falta de realização profissional manifestada por esses profissionais, pode ocasionar uma diminuição no sentimento de eficiência, competência e dificuldades de relacionamento pessoal no trabalho.

6.3 RELAÇÃO DA OCORRÊNCIA DA SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DE BURNOUT COM O PERFIL DOS TRABALHADORES DE SAUDE

## 6.3.1 Relação das dimensões do Burnout com os aspectos sociodemográficos

As Tabelas 18, 19 e 20 apresentam as distribuições das médias das dimensões do MBI-HSS, segundo os aspectos sociodemográficos estudados.

Tabela 18 – Relação entre a dimensão de exaustão emocional e variáveis sóciodemográficas. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Sexo				
Masculino	37	2,59	0,79	0,435
Feminino	127	2,71	0,74	
Estado civil				
Solteiro	33	2,89	0,83	
Viúvo	3	2,70	0,06	0,324
Casado	110	2,64	0,73	
Divorciado	18	2,57	0,75	
Filhos				
Sim	117	2,68	0,72	0,968
Não	47	2,70	0,82	
Contribuição no rendimento				
Menos da metade	25	2,88	0,79	
Metade	37	2,77	0,80	0,153
Mais da metade	35	2,76	0,68	
Total	67	2,53	0,73	
Escolaridade				
Ensino fundamental	6	2,93	0,71	0.100
Ensino médio	80	2,77	0,76	0,190
Superior	78	2,58	0,74	

<sup>\*</sup> p<0,05

Tabela 19 – Relação entre a dimensão de despersonalização e variáveis sóciodemográficas. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Sexo				
Masculino	37	2,06	0,82	0,620
Feminino	127	2,10	0,72	
Estado civil				
Solteiro	33	2,15	0,73	
Viúvo	3	2,53	0,81	0,552
Casado	110	2,07	0,74	
Divorciado	18	1,99	0,84	
Filhos				
Sim	117	2,06	0,74	0,454
Não	47	2,14	0,75	
Contribuição no rendimento				
Menos da metade	25	2,14	0,80	
Metade	37	2,14	0,69	0,723
Mais da metade	35	2,02	0,73	
Total	67	2,08	0,77	
Escolaridade				
Ensino fundamental	6	2,03	0,54	0,098
Ensino médio	80	2,23	0,80	0,090
Superior	78	1,95	0,68	

<sup>\*</sup> p<0,05

Tabela 20 – Relação entre a dimensão de Realização profissional e variáveis sóciodemográficas. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Sexo				
Masculino	37	4,06	0,59	0,017*
Feminino	127	3,81	0,57	
Estado civil				
Solteiro	33	3,68	0,72	
Viúvo	3	3,96	0,19	0,277
Casado	110	3,90	0,52	
Divorciado	18	3,99	0,64	
Filhos				
Sim	117	3,93	0,53	0,044*
Não	47	3,71	0,66	
Contribuição no rendimento				
Menos da metade	25	3,85	0,44	
Metade	37	3,81	0,61	0,760
Mais da metade	35	3,84	0,56	
Total	67	3,92	0,62	
Escolaridade				
Ensino fundamental	6	3,96	0,36	0,142
Ensino médio	80	3,78	0,56	0,142
Superior	78	3,96	0,60	

<sup>\*</sup> p<0,05

Na avaliação da relação das dimensões de Burnout com as variáveis sóciodemográficas categóricas, foi encontrada significância estatística somente para a dimensão da Realização profissional com o sexo e ter filhos. O sexo feminino e aqueles que não têm filhos apresentaram menores valores de realização profissional.

Pereira (2002) relata não haver unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no que se diz respeito ao sexo. Entretanto, Aquino, Menezes e Marinho (1995), apontam que nas profissões exercidas majoritariamente por mulheres, onde direciona a assistência para pessoas em situações de dor e de sofrimento, a persistência de uma visão idealizada da profissão se contrapõe à excessiva carga de atividades, repercutindo na vida familiar e social, ocasionando uma maior frustração perante o trabalho.

Com relação ao número de filhos, Pereira (2002) diz que a variável é controvertida, pois, para alguns autores, a paternidade equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitantes e dos agentes laborais, enquanto que para outros esta diferença não é encontrada.

A Tabela 21 apresenta as correlações entre as dimensões do MBI com as variáveis idade, números de filhos e renda salarial.

Tabela 21 – Relação entre as dimensões do burnout com as variáveis idade, número de filhos e renda salarial. Serra-ES, 2008.

		Coeficiente de c	orrelação
Dimensões	Idade	Número de Filhos	Renda (SM)
Exaustão emocional	-0,074	-0,033	-0,186*
Despersonalização	-0,071	-0,012	-0,180*
Realização profissional	0,144	0,146	0,171*

\* p<0,05

Observa-se correlação estatisticamente significante entre as três dimensões do burnout e a variável renda (SM). Para as dimensões exaustão emocional e despersonalização a correlação foi negativa, isto é, à medida que a renda aumenta os índices médios destas dimensões diminuem, ao contrário da dimensão Realização profissional que apresentou correlação positiva, quanto maior a renda,

maior a realização profissional.

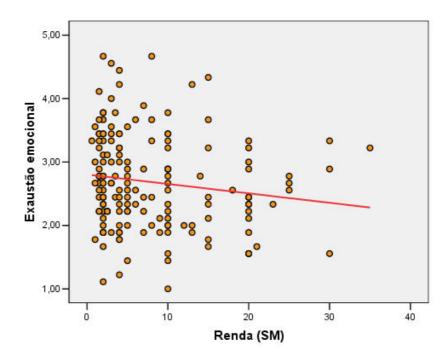


Figura 3 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e renda (SM).

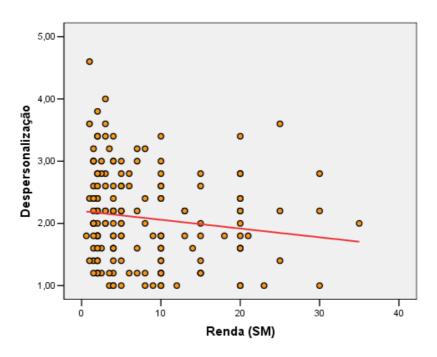


Figura 4 - Relação entre a dimensão despersonalização e renda (SM).

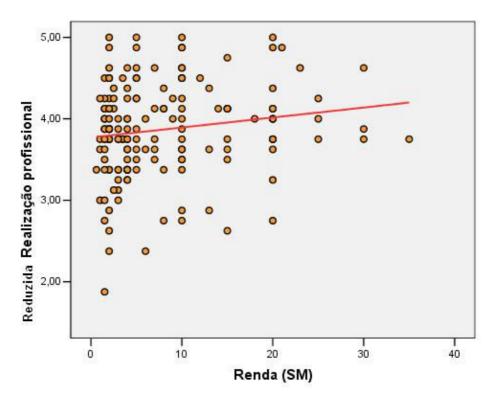


Figura 5 – Relação entre a dimensão Realização profissional e Renda (SM).

### 6.3.2 Relação das dimensões do Burnout com a caracterização do trabalho.

A tabela 22 apresenta a distribuição das médias da dimensão exaustão emocional do MBI-HSS, segundo aspectos que caracterizam o trabalho.

Tabela 22 – Relação entre a dimensão de exaustão emocional e variáveis da

caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Local de trabalho				
PAA	48	2,84	0,82	0,121
PAM	68	2,55	0,74	0,121
PAI	48	2,72	0,67	
Instituições de saude que trabalha				
Uma	41	2,51	0,78	0,083
Duas	85	2,68	0,70	0,003
Três ou mais	38	2,89	0,79	
Turno de trabalho				
Diurno	65	2,52	0,69	0,014*
Noturno	27	2,59	0,80	0,014
Ambos	72	2,87	0,75	
Vínculo				
Celetista	33	2,48	0,69	0,054
Estatutário	131	2,74	0,76	
Categoria profissional				
Auxiliar ou técnico	87	2,60	0,75	0,173
Enfermeiro	20	2,87	0,72	0,173
Médico	57	2,75	0,75	
Possui especialização				
Sim	115	2,72	0,72	0,193
Não	49	2,60	0,81	
Titulação da especialização				
Pós-médio	38	2,60	0,68	0,085
Lato sensu	73	2,75	0,74	0,000
Mestrado	4	3,31	0,33	
Apresentou atestado médico				
Sim	29	2,78	0,84	0,352
Não	135	2,66	0,73	
Necessitou licença não justificada				
Sim	11	3,22	0,61	0,008*
Não Não	153	2,65	0,74	
Gozou férias nos últimos 12 meses				
Sim	106	2,69	0,70	0,897
Não	58	2,68	0,83	

<sup>\*</sup> p<0,05

Na avaliação das dimensões do Burnout com as variáveis categóricas da caracterização do trabalho, foi encontrada significância estatística para a dimensão Exaustão emocional somente com as variáveis, turno de trabalho e licença médica.

Segundo Peiró (1999), o período de trabalho afeta os trabalhadores, causando diversas modificações, que podem ser físicas ou psíquicas. Estando mais afetado os que precisam efetuar mudanças em períodos curtos de tempo, como trabalhar em ambos os períodos. Na pesquisa foi encontrado maior índice em quem trabalha em ambos os turnos. Podendo destacar a categoria profissional médica (52 dos 57

médicos trabalham nos dois turnos).

Quanto à variável licença sem justificativa, Pereira (2002) aponta que o número de faltas aumenta na medida em que o processo de avanço da síndrome também aumenta. O sentimento de exaustão pode ocasionar vários problemas no trabalho como: diminuição da qualidade, predisposição de acidentes, rotatividade, baixa produtividade, sendo assim, as faltas passam a ser, segundo a autora, como uma forma de alívio para levar adiante a situação cada vez mais insustentável no emprego.

A tabela 23 mostra a relação entre a dimensão de despersonalização e variáveis da caracterização do trabalho.

Tabela 23 – Relação entre a dimensão de despersonalização e variáveis da caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Local de Trabalho				
PAA	48	2,26	0,82	0.000*
PAM	68	1,90	0,67	0,028*
PAI	48	2,18	0,72	
Instituições de saude que trabalha				
Uma	41	2,08	0,66	0.400
Duas	85	2,04	0,82	0,402
Três ou mais	38	2,19	0,66	
Período de trabalho			,	
Diurno	65	2,02	0,75	
Noturno	27	2,04	0,63	0,621
Ambos	72	2,16	0,78	
Vínculo		_,	,	
Celetista	33	1,98	0,74	0,375
Estatutário	131	2,12	0,75	
Categoria profissional				
Auxiliar ou técnico	87	2,10	0,81	0,986
Enfermeiro	20	2,08	0,68	0,555
Médico	57	2,07	0,67	
Possui especialização				
Sim	115	2,10	0,67	0,322
Não	49	2,05	0,90	
Titulação da especialização		0.40		
Pós-médio	38	2,16	0,67	0,637
Lato sensu	73	2,06	0,67	
Mestrado  Apresentou etectodo módico	4	2,30	0,77	
Apresentou atestado médico	20	2.46	0.77	0,616
Sim Não	29 135	2,16	0,77	0,616
Necessitou licença não justificada	133	2,07	0,74	
Sim	11	2,36	0,72	0,149
Não	153	2,30	0,72	0,149
Gozou férias nos últimos 12 meses	100	۷,01	0,73	
Sim	106	2,06	0,74	0,560
Não	58	2,13	0,76	0,000

<sup>\*</sup> p<0,05

Para a dimensão Despersonalização foi encontrada significância estatística somente com a variável local de trabalho.

O Pronto Atendimento Adulto teve maior média, provavelmente em função do tipo de trabalho que se realiza nesse local, caracterizado pelo confrontamento diário com o sofrimento e elevados números de atendimentos diários de urgência. Benevides-Pereira (2002) destaca que algumas características dos clientes (o tipo de cliente) podem induzir o aparecimento de Burnout. Clientes multi-queixosos, beligerantes

agressivos, ou atendimentos a pessoas de grupo de risco como os suicidas, contato constante com o sofrimento e a morte, podem ser facilitadores no processo de desenvolvimento deste sintoma.

A tabela 24 apresenta a relação entre a dimensão de Realização profissional e variáveis da caracterização do trabalho.

Tabela 24 - Relação entre a dimensão de Realização profissional e variáveis da

caracterização do trabalho. Serra-ES, 2008.

Variáveis	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Local de Trabalho				
PAA	48	3,88	0,57	0,364
PAM	68	3,94	0,53	0,004
PAI	48	3,76	0,65	
Instituições de saude que				
trabalha				
Uma	41	3,84	0,58	0,286
Duas	85	3,93	0,56	
Três ou mais	38	3,77	0,62	
Período de trabalho				
Diurno	65	3,92	0,54	0,462
Noturno	27	3,95	0,61	0,402
Ambos	72	3,79	0,60	
Vínculo				
Celetista	33	4,02	0,58	0,137
Estatutário	131	3,83	0,58	
Categoria profissional				
Auxiliar ou técnico	87	3,86	0,56	0.060
Enfermeiro	20	3,93	0,64	0,868
Médico	57	3,85	0,60	
Possui especialização			-	
Sim	115	3,87	0,60	0,663
Não	49	3,85	0,53	
Titulação da especialização			,	
Pós-médio	38	3,88	0,60	0.404
Lato sensu	73	3,89	0,61	0,481
Mestrado	4	3,53	0,53	
Apresentou atestado médico				
Sim	29	3,75	0,68	0,177
Não	135	3,89	0,56	
Necessitou licença não				
justificada				0,211
Sim	11	3,70	0,41	0,211
Não	153	3,88	0,59	
Gozou férias nos últimos 12			·	
meses				0.400
Sim	106	3,91	0,54	0,180
Não	58	3,79	0,64	
* n<0.05				

<sup>\*</sup> p<0,05

Para a dimensão Realização profissional não foi encontrada significância estatística com nenhuma variável.

A Tabela 25 apresenta as relações entre as dimensões do MBI com as variáveis: tempo de serviço, horas semanais de plantão e horas para aprimoramento profissional.

Tabela 25 – Relação entre as dimensões do Burnout com as variáveis: tempo de serviço, horas semanais de plantão e horas para aprimoramento profissional. Serra-ES, 2008.

		Coeficiente de correla	ção
Dimensões	Tempo de serviço	Horas semanais de plantão	Horas para aprimoramento profissional
Exaustão emocional	-0,014	0,120	-0,025
Despersonalização	-0,094	0,082	0,023
Realização profissional	0,058	-0,049	-0,019

<sup>\*</sup> p<0,05

Observa-se que não houve correlação estatisticamente significante entre as dimensões do Burnout e as variáveis contínuas da caracterização do trabalho.

### 6.3.3 Relação das dimensões do Burnout com as variáveis das fontes de tensão e cansaço

A Tabela 26 apresenta a análise da dimensão exaustão emocional com as variáveis da caracterização das fontes de tensão e cansaço.

Tabela 26 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008.

Questões	n	Média	Desvio- padrão	p- valor
Jornada de trabalho muito extensa				
Sim	78	2,96	0,74	0,000*
Às vezes	53	2,53	0,63	0,000
Não	33	2,29	0,70	
Pouco tempo para pausas no trabalho				
Sim	82	2,89	0,71	0,000*
Às vezes	57	2,60	0,75	0,000
Não	25	2,20	0,61	
O trabalho em plantões noturnos				
Sim	85	2,84	0,74	0,015*
Às vezes	43	2,47	0,57	0,015
Não	36	2,59	0,88	
O trabalho em plantões nos fins-de-semana				
Sim	94	2,84	0,78	0,003*
Às vezes	46	2,57	0,66	0,003
Não	24	2,31	0,61	
Não poder sugerir modificações para realizar o		,		
trabalho				
Sim	92	2,84	0,76	0,000*
Às vezes	43	2,67	0,65	-,
Não	29	2,22	0,69	
Problemas com chefias		,	2,00	
Sim	34	3,13	0,71	0.0004
Às vezes	48	2,79	0,66	0,000*
Não	82	2,44	0,72	
Falta de cooperação entre os profissionais de sua		,	5,: =	
categoria profissional				
Sim	37	3,03	0,89	0,013*
Às vezes	77	2,63	0,67	0,0.0
Não	50	2,52	0,68	
Falta de cooperação com os demais profissionais	- 55	,	0,00	
no hospital				
Sim	30	3,17	0,81	0,000*
Às vezes	84	2,77	0,66	0,000
Não	50	2,24	0,61	
Pressão da população usuária do serviço, filas	- 55	_,	3,5 :	
Sim	92	2,93	0,67	
Às vezes	47	2,46	0,67	0,000*
Não	25	2,20	0,80	
Situações de violência e agressões por parte da			3,33	
população usuária do serviço				
Sim	75	2,94	0,70	0,000*
Às vezes	58	2,64	0,75	0,000
Não	31	2,16	0,75	
Má remuneração pelo trabalho que realiza	<u> </u>	_,	5,7.0	
Sim	134	2,74	0,76	
Às vezes	21	2,59	0,70	0,019*
Não	9	2,10	0,65	
Falta de condições materiais para realizar	9	۷, ۱۰	0,00	
adequadamente o trabalho				
Sim	115	2,83	0,74	0,000*
Às vezes	40	2,63	0,74	0,000
Não		2,41	0,67	
INAU	9	2,04	0,56	

Tabela 26 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008. (continuação)

	1	1	1	1
Ambientes muito tumultuados e barulhentos				
durante o trabalho				
Şim	95	2,88	0,69	0,000*
Às vezes	50	2,48	0,79	
Não	19	2,26	0,64	
O trabalho é monótono e desinteressante				
Sim	17	3,25	0,76	0,000*
Às vezes	34	3,12	0,57	0,000
Não	113	2,47	0,69	
Ritmo de trabalho muito acelerado				
Sim	79	2,94	0,73	0,000*
Às vezes	71	2,51	0,67	0,000
Não	14	2,15	0,75	
Responsabilidade muito grande no trabalho que				
realiza, sendo que qualquer descuido pode				
ocasionar prejuízos ao paciente				0,004*
Sim	132	2,76	0,78	0,004
Às vezes	21	2,56	0,46	
Não	11	2,05	0,35	
Sobrecarga de trabalho devido quantidade de				
profissionais que trabalham com você				
Sim	78	2,84	0,78	0,006*
Às vezes	64	2,62	0,69	
Não	22	2,31	0,69	
Más condições para conforto durante os plantões		Í	,	
Sim	89	2,80	0,81	0.047*
Às vezes	35	2,68	0,63	0,017*
Não	40	2,42	0,64	
Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades		Í	,	
da família				
Sim	99	2,78	0,74	0,007*
Às vezes	41	2,72	0,77	<b>_</b>
Não	24	2,26	0,59	
Ter pouco tempo para dedicar-se a outras		=,==	-,	
necessidades pessoais				
Sim	106	2,82	0,74	0,001*
Às vezes	37	2,55	0,73	-,
Não	21	2,24	0,60	
* ~ <0.05		_,	0,00	1

<sup>\*</sup> p<0,05

Avaliando a relação das dimensões com as fontes de tensão e cansaço, todas as variáveis, apresentaram significância para exaustão emocional, com maiores índices para as respostas SIM. Estas fontes, como vistas anteriormente, foram relatadas pela maioria dos participantes da pesquisa, desvelando uma variabilidade de aspectos das condições e organização do trabalho que, sendo tensionantes, desencadeiam a exaustão emocional.

Magalhães e Glina (2006) destacam o sobretrabalho, caracterizado pelo excessivo número de horas trabalhadas, as jornadas longas com poucas pausas para descanso e sem um lugar apropriado para isto, os poucos períodos de lazer e convívio familiar e o desgaste com o público agentes agressores e podem estar contribuindo para os resultados de Exaustão Emocional.

A Tabela 27 apresenta a análise da dimensão despersonalização com as variáveis da caracterização das fontes de tensão e cansaço.

Tabela 27 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008.

Questões	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Jornada de trabalho muito extensa				
Sim	78	2,21	0,72	0,111
Às vezes	53	1,98	0,68	0,111
Não	33	1,98	0,88	
Pouco tempo para pausas no trabalho				
Sim	82	2,19	0,71	0,137
Às vezes	57	2,00	0,81	0,137
Não	25	1,96	0,70	
O trabalho em plantões noturnos				
Sim	85	2,14	0,70	0,460
Às vezes	43	2,01	0,63	0,460
Não	36	2,05	0,95	
O trabalho em plantões nos fins-de-semana				
Sim	94	2,17	0,77	0.040*
Às vezes	46	2,08	0,67	0,043*
Não	24	1,76	0,70	
Não poder sugerir modificações para realizar o				
trabalho				
Sim	92	2,27	0,72	0,001*
Às vezes	43	1,91	0,74	
Não	29	1,79	0,68	
Problemas com chefias				
Sim	34	2,29	0,70	0,036*
Às vezes	48	2,15	0,68	0,036
Não	82	1,96	0,78	
Falta de cooperação entre os profissionais de sua				
categoria profissional				
Sim	37	2,25	0,73	0,136
Às vezes	77	2,10	0,80	
Não	50	1,94	0,65	
Falta de cooperação com os demais profissionais no				
hospital				
Sim	30	2,52	0,72	0,000*
Às vezes	84	2,10	0,75	
Não	50	1,81	0,62	

Tabela 27 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008. (continuação)

Não   25   1,60   0,53	Sim Às vezes Não		2,31	0.74	
As vezes   47   1,91   0,70   0,000	Às vezes Não		2,31	1 11 //1	
As vezes	Não	4/			0,000*
Situações de violência e agressões por parte da população usuária do serviço   Sim					,,,,,,,
usuária do serviço         Sim         75         2,24         0,67         0,00°           As vezes         58         2,09         0,79         0,00°           Não         31         1,73         0,72         0.73           Má remuneração pelo trabalho que realiza         31         1,73         0,75         0,13           As vezes         21         2,03         0,71         0,13           As vezes         21         2,03         0,71         0,13           Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho         115         2,14         0,76         0,32           Sim         40         1,94         0,72         0,72         0,72         0,00           As vezes         40         1,94         0,72         0,00		25	1,60	0,53	
Sim					
As vezes       58       2,09       0,79       0,79       Não       31       1,73       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,72       0,13       0,75       0,13       0,75       0,13       0,71       0,13       0,71       0,13       0,13       0,71       0,01       0,13       0,13       0,13       0,13       0,13       0,13       0,11       0,12       0,11       0,12       0,11       0,12       0,11       0,12					
Não         31         1,73         0,72           Má remuneração pelo trabalho que realiza         31         1,73         0,72           Sim         134         2,13         0,75         0,13           As vezes         21         2,03         0,71         0,13           Não         9         1,64         0,61         0,61           Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho         115         2,14         0,76         0,02           Sim         115         2,14         0,76         0,32           As vezes         40         1,94         0,72         0,02           Não         95         2,26         0,77         0,00           Às vezes         50         1,84         0,65         0,65           Não         19         1,89         0,64         0,06           O trabalho é monótono e desinteressante         34         2,33         0,67         0,00           Sim         17         2,84         0,78         0,00         0,00           As vezes         34         2,33         0,67         0,00           Não         113         1,90         0,07         0,00					0,001*
Má remuneração pelo trabalho que realiza   Sim					
Sim       134       2,13       0,75       0,13         Ås vezes       21       2,03       0,71       0,13         Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho       115       2,14       0,76       0,32         Sim       115       2,14       0,76       0,32         Ås vezes       40       1,94       0,72       0,64         Não       9       2,02       0,64       0,65         Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho       1       1,94       0,72       0,00         Sim       95       2,26       0,77       0,00       0,64       0,65       0,00       0,00         As vezes       50       1,84       0,65       0,64       0,64       0,00		31	1,73	0,72	
Às vezes       21       2,03       0,71       0,13         Não       9       1,64       0,61       0,61         Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho         Sim       115       2,14       0,76       0,32         Às vezes       40       1,94       0,72       0,32         Não       9       2,02       0,64       0,64         Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho       2       2,26       0,77       0,004         Sim       95       2,26       0,77       0,004         As vezes       50       1,84       0,65       0,64         O trabalho é monótono e desinteressante       34       2,33       0,67       0,004         Sim       17       2,84       0,78       0,64       0,006         Não       113       1,90       0,67       0,006         Reitmo de trabalho muito acelerado       34       2,33       0,67       0,006         Não       79       2,21       0,77       0,00         Não       79       2,21       0,70       0,00         Não       11       1,80       0,75       0,00         <	• •				
Não   9   1,64   0,61					0.136
Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho   Sim					0,100
trabalho         Sim         115         2,14         0,76         0,32           Ås vezes         40         1,94         0,72         0,32           Não         9         2,02         0,64           Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho           Sim         95         2,26         0,77         0,004           Ås vezes         50         1,84         0,65         0,65         0,64         0,65         0,004         0,		9	1,64	0,61	
Sim	·				
Ås vezes       40       1,94       0,72       0,64         Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho       0,004       0,004       0,004       0,004         Sim       95       2,26       0,77       0,004					
Não   9   2,02   0,64	-				0,320
Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho   Sim   95   2,26   0,77   0,004	As vezes				
trabalho         Sim         95         2,26         0,77         0,004           Ås vezes         50         1,84         0,65         0,004           Não         19         1,89         0,64         0,004           Sim         17         2,84         0,78         0,000           Às vezes         34         2,33         0,67         0,000           Não         113         1,90         0,67         0,000           Ritmo de trabalho muito acelerado         79         2,21         0,77         0,05           Não         79         2,21         0,77         0,05           Não         14         1,80         0,75         0,05           Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente         132         2,14         0,76         0,10           Äs vezes         21         1,95         0,69         0,50         0,50         0,10           Sim         1         1,95         0,69         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50         0,50		9	2,02	0,64	
Sim       95       2,26       0,77       0,004         Às vezes       50       1,84       0,65       0,64         Não       19       1,89       0,64       0,64         O trabalho é monótono e desinteressante         Sim       17       2,84       0,78       0,000         Às vezes       34       2,33       0,67       0,000         Não       113       1,90       0,67       0,000         Ritmo de trabalho muito acelerado       79       2,21       0,77       0,05         Não       79       2,21       0,77       0,05         Não       14       1,80       0,75       0,05         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,10         Äs vezes       21       1,95       0,69       0,50       0,50         Sim       132       2,14       0,76       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Não       78       2,28       0,75       0,004         Nã					
Às vezes       50       1,84       0,65       1         Não       19       1,89       0,64       0         O trabalho é monótono e desinteressante         Sim       17       2,84       0,78       0,006       0,006       0        0       0       0       0       0       0       0       0       0       0       0       0       0       0       0        0					
Não       19       1,89       0,64         O trabalho é monótono e desinteressante         Sim       17       2,84       0,78       0,000         Às vezes       34       2,33       0,67       0,000         Não       113       1,90       0,67       0,000         Ritmo de trabalho muito acelerado       79       2,21       0,77       0,05         Não       79       2,21       0,70       0,05         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       312       2,14       0,76       0,10         Sim       Ås vezes       21       1,95       0,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73         Não       22       1,77       0,60	•			,	0,004*
O trabalho é monótono e desinteressante         Sim       17       2,84       0,78       0,000         Às vezes       34       2,33       0,67       0,000         Não       113       1,90       0,67       0,000         Ritmo de trabalho muito acelerado       79       2,21       0,77       0,005         Não       79       2,21       0,70       0,005         Não       14       1,80       0,75       0,75         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,00         Às vezes       21       1,95       0,69       0,50       0,00         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,004         Não       22       1,77       0,60       0,004	Ås vezes				
Sim       17       2,84       0,78       0,000         Às vezes       34       2,33       0,67       0,000         Não       113       1,90       0,67       0,000         Ritmo de trabalho muito acelerado       79       2,21       0,77       0,005         Não       79       2,21       0,70       0,005         Não       14       1,80       0,75       0,75         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,10         Às vezes       21       1,95       0,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,004         Não       22       1,77       0,60       0,73		19	1,89	0,64	
Às vezes       34       2,33       0,67       0,000         Não       113       1,90       0,67       0,000         Ritmo de trabalho muito acelerado       79       2,21       0,77       0,05         Sim       79       2,21       0,70       0,05         Não       14       1,80       0,75       0,05         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,10         Šim       132       2,14       0,76       0,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,004         Não       22       1,77       0,60       0,004					
Aš vezes     Não     Ritmo de trabalho muito acelerado     Sim     Às vezes     Não     Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente     Sim     Às vezes     Não     Sim     Às vezes     Sim     Às vezes     Não     Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você     Sim     Às vezes     Não     Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você     Sim     Às vezes     Não     Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você     Sim     Às vezes     Não     Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você	-				0,000*
Ritmo de trabalho muito acelerado         Sim       79       2,21       0,77       0,05         Às vezes       71       2,01       0,70       0,75         Não       14       1,80       0,75       0,75         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       3       2,14       0,76       0,10         Sim       132       2,14       0,76       0,69       0,69       0,50         Não       11       1,69       0,50       0,50       0,004         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73         Não       22       1,77       0,60       0,73	Às vezes			0,67	0,000
Sim       79       2,21       0,77       0,05         Não       14       1,80       0,75       0,70       0,05         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,10         Sim       132       2,14       0,76       0,69       0,10         Não       11       1,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,60       0,004         Não       22       1,77       0,60       0,004       0		113	1,90	0,67	
Às vezes       71       2,01       0,70       0,05         Não       14       1,80       0,75       0,75         Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132       2,14       0,76       0,10         Sim       132       2,14       0,76       0,69       0,69       0,69       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,60         Não       22       1,77       0,60       0,004					
As Vezes					0.057
Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente	Ås vezes	71			0,007
sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente       132 2,14 0,76 0,69 11 1,95 0,69 11 1,69 0,50         Sim Às vezes Não       21 1,95 0,69 11 1,69 0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você       78 2,28 0,75 0,004 0,73 0,60         Sim Às vezes 64 1,96 0,73 Não       22 1,77 0,60		14	1,80	0,75	
paciente       132       2,14       0,76       0,10         Às vezes       21       1,95       0,69       0,50         Não       11       1,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,60         Não       22       1,77       0,60       0,60       0,73       0,004					
Sim       132       2,14       0,76       0,10         Às vezes       21       1,95       0,69       0,50         Não       11       1,69       0,50       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,60         Não       22       1,77       0,60					
Sim       132       2,14       0,76         Às vezes       21       1,95       0,69         Não       11       1,69       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais         que trabalham com você       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,73       0,60         Não       22       1,77       0,60       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,60       0,73       0,73       0,60       0,73       0,7					0.106
Não       11       1,69       0,50         Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você         Sim       78       2,28       0,75       0,004         Às vezes       64       1,96       0,73       0,60         Não       22       1,77       0,60       0,004					0,100
Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você         78         2,28         0,75         0,004           Sim         64         1,96         0,73         0,60           Não         22         1,77         0,60	Às vezes			0,69	
que trabalham com você     78     2,28     0,75     0,004       Às vezes     64     1,96     0,73       Não     22     1,77     0,60		11	1,69	0,50	
Sim     78     2,28     0,75     0,004       Às vezes     64     1,96     0,73       Não     22     1,77     0,60	·				
Às vezes       64       1,96       0,73         Não       22       1,77       0,60	ue trabalham com você				
Não 22 1,77 0,60	-	78		,	0,004*
, , ,					
Más condições para conforto durante os plantões		22	1,77	0,60	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Şim 89 2,18 0,76 0,016					0,016*
As vezes   35   2,16   0,65   1		35	2,16	0,65	0,010
Não 40 1,82 0,73		40	1,82	0,73	
Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades da família	•				
Şim 99 2,19 0,74 0,016					0,016*
As vezes 41   2,07   0,77					0,010
Não 24 1,72 0,61		24	1,72	0,61	
Ter pouco tempo para dedicar-se a outras necessidades					
pessoais					
					0,006*
	Àc vezes	37	1,90	0,69	
		21	1,74	0,62	1

<sup>\*</sup> p<0,05

Para a dimensão de despersonalização, acontece similarmente com a dimensão de exaustão, em todos os resultados que apresentaram significância estatística, sobressaiu à resposta "SIM".

Entretanto, avaliando as respostas que não apresentaram significância estatística: jornada de trabalho extensa; pouca pausa no trabalho; plantões noturnos; relação interpessoal; má remuneração; falta de condições materiais; responsabilidade profissional observou-se que estas variáveis possuem relação direta com as condições do trabalho, e não com o sofrimento do paciente. Esta dimensão é um fator de distanciamento, frieza para o trabalho, se explica facilmente com o fato de estar vinculado mais a um fator de proteção a sofrimento psicológico do profissional.

A despersonalização está diretamente ligada a atitudes negativas, insensíveis e de falta de preocupação com pessoas que são receptoras de seus serviços.

Assis (2006) reforça que a despersonalização faz com o que trabalhador esgotado, angustiado procure meios de não sofrer com a situação, afastando-se daquilo que lhe causa dor, afirma que apesar do profissional gostar muito do que faz e de não querer perder o vínculo com o trabalho, provoca inconscientemente um endurecimento afetivo, se tornando insensível aos problemas do dia-a-dia e às demandas.

A Tabela 28 apresenta a análise da dimensão realização profissional com as variáveis da caracterização das fontes de tensão e cansaço.

Tabela 28 – Relação entre a dimensão: realização profissional e variáveis da caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008. (continuação)

Questões	N	Média	Desvio- padrão	p-valor
Jornada de trabalho muito extensa				
Sim	78	3,78	0,58	0,223
Às vezes	53	3,95	0,54	0,223
Não	33	3,94	0,62	
Pouco tempo para pausas no trabalho				
Sim	82	3,75	0,62	0.004*
Às vezes	57	3,90	0,49	0,001*
Não	25	4,20	0,52	
O trabalho em plantões noturnos		,	,	
Sim	85	3,80	0,61	0.000
Às vezes	43	3,92	0,48	0,263
Não	36	3,98	0,61	
O trabalho em plantões nos fins-de-semana		0,00	0,0:	
Sim	94	3,84	0,63	0.040
Às vezes	46	3,86	0,49	0,243
Não	24	4,02	0,51	
Não poder sugerir modificações para realizar o trabalho	·	.,52	5,51	
Sim	92	3,78	0,52	0,007*
Às vezes	43	3,83	0,52	0,007
Não	43 29	4,19	0,63	
Problemas com chefias	29	4,19	0,57	
	24	2.50	0.44	
Sim	34	3,58	0,41	0,000*
Às vezes	48	3,80	0,53	
Não	82	4,02	0,62	
Falta de cooperação entre os profissionais de sua categoria profissional				
Şim	37	3,72	0,53	0,000*
Às vezes	77	3,77	0,59	
Não	50	4,13	0,51	
Falta de cooperação com os demais profissionais no hospital				
Sim	30	3,70	0,51	0,000*
Às vezes	84	3,74	0,56	,
Não	50	4,19	0,54	
Pressão da população usuária do serviço, filas		.,	-,	
Sim	92	3,71	0,53	
Às vezes	47	3,96	0,59	0,000*
Não	25	4,29	0,53	
Situações de violência e agressões por parte da	20	7,20	0,01	
população usuária do serviço				
Şim	75	3,69	0,54	0,000*
Às vezes	58	3,87	0,54	
Não	31	4,29	0,53	
Má remuneração pelo trabalho que realiza				
Sim	134	3,82	0,58	0,038*
Às vezes	21	4,02	0,45	0,000
Não	9	4,26	0,64	

Tabela 28 – Relação entre a dimensão: Realização profissional e variáveis da Caracterização da tensão e cansaço. Serra, ES. 2008. (continuação)

Questões	N	Média	Desvio- padrão	p-valor
Falta de condições materiais para realizar				
adequadamente o trabalho				
Sim	115	3,83	0,54	0,069
Às vezes	40	3,88	0,68	
Não	9	4,28	0,55	
Ambientes muito tumultuados e barulhentos				
durante o trabalho				
Şim	95	3,75	0,55	0,002*
Às vezes	50	3,94	0,59	
Não	19	4,28	0,52	
O trabalho é monótono e desinteressante				
Şim	17	3,36	0,54	0,000*
Às vezes	34	3,60	0,59	0,000
Não	113	4,03	0,51	
Ritmo de trabalho muito acelerado				
Şim	79	3,71	0,61	0,005*
Às vezes	71	3,99	0,50	0,000
Não	14	4,15	0,53	
Responsabilidade muito grande no trabalho que				
realiza, sendo que qualquer descuido pode				
ocasionar prejuízos ao paciente				0,016*
Şim	132	3,83	0,58	0,010
Às vezes	21	3,90	0,58	
Não	11	4,30	0,35	
Sobrecarga de trabalho devido quantidade de				
profissionais que trabalham com você				
Şim	78	3,79	0,60	0,229
Às vezes	64	3,96	0,50	
Não	22	3,89	0,69	
Más condições para conforto durante os plantões				
Şim	89	3,82	0,61	0,117
Às vezes	35	3,80	0,56	J, 111
Não	40	4,03	0,49	
Ter pouco tempo para dedicar-se às				
necessidades da família				
Şim	99	3,84	0,56	0,104
Às vezes	41	3,82	0,60	
Não	24	4,06	0,62	
Ter pouco tempo para dedicar-se a outras				
necessidades pessoais				
Şim	106	3,83	0,57	0,087
Às vezes	37	3,86	0,57	
Não	21	4,08	0,65	

<sup>\*</sup> p<0,05

Observou-se pela Tabela acima, que em relação à dimensão realização profissional, em todos os resultados que apresentaram significância estatística, sobressaiu a resposta "NÃO".

Para a dimensão de diminuição da realização profissional, nas variáveis estatisticamente significantes, o importante foram as respostas NÃO. A redução da realização profissional, segundo Magalhães e Glina (2006), traduz a diminuição nos sentimentos de competência. Ela oferece um exemplo com a classe médica, descrevendo que estes profissionais esperam ter algum tipo de retribuição positiva das pessoas, uma vez que desenvolvem um papel na busca do bem-estar destas; quando isto não acontece e observam-se expectativas frustradas associadas a precárias condições de trabalho, podem surgir sentimentos de decepção, queda da auto-estima, desinteresse.

Sugere-se então, que ter pouco tempo para pausas no trabalho, não poder sugerir modificações para realizá-lo, problemas com chefias, pressão, filas, situações de violência e agressões por parte da população usuária do serviço, falta de cooperação entre os profissionais de sua categoria profissional e com os demais profissionais no hospital, má remuneração, ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho, o trabalho como sendo monótono e desinteressante, ritmo de trabalho muito acelerado, responsabilidade muito grande, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente, são aspectos percebidos como redutores da realização profissional, fazendo com que o profissional perceba o local de trabalho como ameaçador, com pouca autonomia para exercer suas atividades, além do fato que, a dificuldade de relacionamento interpessoal é gerador de insatisfação e facilitador para aumentar a não realização pessoal no trabalho.

A análise geral dos resultados obtidos na associação dos aspectos do trabalho considerados como Fontes de tensão e cansaço com as dimensões do *Burnout* destaca alguns conjuntos de fatores.

Um primeiro conjunto agrupa os aspectos que estiveram relacionados às TRÊS DIMENSÕES de sintomas do *burnout*. Esse parece estar relacionado aos aspectos da organização do trabalho que dificultam o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho, tornando-o ameaçador, particularmente àqueles ligados à hierarquia de poder, falta de participação no planejamento e cooperação no trabalho: não poder sugerir modificações, problemas com chefias, falta de cooperação por parte dos demais profissionais, pressão da população usuária, situações de

violência e agressões, ambientes muito tumultuados e barulhentos, o trabalho é monótono e desinteressante.

O segundo conjunto aponta os aspectos que estiveram relacionados às dimensões EXAUSTÃO EMOCIONAL e DESPERSONALIZAÇÃO de sintomas do *Burnout*.

Esse parece estar relacionado à desorganização da vida em geral. Em decorrência do horário de trabalho (plantões nos fins-de-semana, ter pouco tempo para a família e ter pouco tempo para necessidades pessoais), além de aspectos que enfatizam a sobrecarga de trabalho e dificuldades da instituição em prover o descanso possível (sobrecarga devido ao número insuficiente de profissionais e más condições para conforto durante os plantões).

Um terceiro conjunto aponta os aspectos que estiveram relacionados às dimensões EXAUSTÃO EMOCIONAL e REDUZIDA REALIZAÇÃO PROFISSIONAL de sintomas do *burnout*. Esse parece estar relacionado ao reconhecimento. Trata-se de um trabalho cuja natureza requer muita responsabilidade do profissional, apesar de não haver um tratamento justo, do ponto de vista da remuneração, que obtém em troca (responsabilidade muito grande e má remuneração pelo trabalho que realiza), Além do desgaste decorrente do ritmo de trabalho acelerado, com poucas pausas e da falta de cooperação de colegas de sua própria categoria profissional.

Por fim, os aspectos considerados como fontes de tensão e cansaço que estiveram relacionados exclusivamente à dimensão EXAUSTÃO EMOCIONAL de sintomas do *burnout*, complementando os aspectos já destacados, foram jornada muito extensa, plantões noturnos e falta de condições materiais para realizar o trabalho.

### 6.3.4 Relação das dimensões do Burnout com as variáveis da caracterização do trabalhador

Analisou-se cada dimensão de *burnout* com as variáveis da caracterização do trabalhador.

A Tabela 29 apresenta a relação da dimensão exaustão emocional com as variáveis da caracterização do trabalhador.

Tabela 29 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008.

Questões	N	Média	Desvio- padrão	p-valor
Após a jornada de trabalho você acha que				
consegue dormir o suficiente para recuperar-se				
do cansaço?				0,000*
Şim	47	2,31	0,65	0,000
As vezes	52	2,67	0,67	
Não	65	2,97	0,76	
Você ainda se sente sonolento durante sua				
jornada de trabalho?				
Şim	48	2,98	0,71	0,000*
Às vezes	75	2,69	0,69	
Não	41	2,33	0,76	
Precisa utilizar algum método de relaxamento				
para conseguir dormir?				
Sim	17	3,02	0,81	0,229
Às vezes	40	2,64	0,61	
Não	107	2,65	0,78	
Precisa utilizar algum medicamento para				
conseguir dormir?				
Sim	10	3,29	1,09	0,070
Às vezes	26	2,67	0,52	
Não	128	2,64	0,74	
Precisa ingerir bebida alcoólica para relaxar e				
conseguir dormir após sua jornada de trabalho?				
Sim	2	3,06	0,24	0,638
Às vezes	12	2,77	0,88	
Não	150	2,67	0,74	
Você faz intervalos para lanches ou repousos, de				
no mínimo 30 minutos durante sua Jornada de				
trabalho?				0,865
Sim	63	2,65	0,70	0,000
Às vezes	50	2,69	0,76	
Não	51	2,72	0,81	
Você faz intervalos para refeições, de no mínimo				
1hora durante sua Jornada de trabalho?				
Sim	34	2,67	0,79	0,787
Às vezes	47	2,62	0,65	
Não	83	2,72	0,79	
Durante sua Jornada de trabalho você faz outras				
paradas que não sejam para lanche e refeições?				
Şim	26	2,71	0,75	0,909
Às vezes	71	2,71	0,71	
Não	67	2,65	0,80	
Você desenvolve regularmente algum hobby?				
Sim	59	2,48	0,64	0,023*
Às vezes	21	2,72	0,86	0,023
Não	84	2,82	0,77	1

Tabela 29 – Relação entre a dimensão exaustão emocional e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008. (continuação)

Questões	N	Média	Desvio- padrão	p-valor
Você pratica atividades físicas, no mínimo 2 vezes				
por semana?				
Sim	59	2,61	0,73	0,423
Às vezes	12	2,52	0,63	
Não	93	2,75	0,77	
Você se sente satisfeito com sua profissão?				
Sim	99	2,40	0,61	0,000*
Às vezes	44	2,98	0,76	0,000
Não	21	3,39	0,61	
Sua chefia imediata muda com freqüência?				
Sim	61	2,82	0,78	0 240
Às vezes	36	2,57	0,57	0,248
Não	67	2,63	0,80	
Seu local de repouso é adequado para seu				
descanso?				
Sim	55	2,47	0,71	0,028*
Às vezes	27	2,73	0,72	
Não	82	2,81	0,76	
* ~ <0.0F	•			•

<sup>\*</sup> p<0,05

Em relação à dimensão exaustão emocional e as variáveis da caracterização do trabalhador, tiveram significância estatística: Não conseguir dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço; Sim se sentir sonolento durante sua jornada de trabalho e Não desenvolver *hobby* regularmente; Não se sentir satisfeito com sua profissão e Não ter local adequado de repouso.

A Tabela 30 apresenta a relação da dimensão despersonalização com as variáveis da caracterização do trabalhador.

Tabela 30 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008.

Questões	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Após a jornada de trabalho você acha que consegue			-	
dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço?				
Şim	47	1,80	0,58	0,005*
Às vezes	52	2,15	0,82	
Não	65	2,25	0,74	
Você ainda se sente sonolento durante sua jornada de				
trabalho?				0.004#
Sim	48	2,33	0,87	0,004*
Às vezes	75	2,11	0,68	
Não	41	1,78	0,59	
Precisa utilizar algum método de relaxamento para				
conseguir dormir?	47	2.04	0.76	0.630
Sim Às vezes	17 40	2,01	0,76	0,639
Não	107	1,99 2,14	0,63 0,78	
Precisa utilizar algum medicamento para conseguir	107	2,14	0,76	
dormir?				
Sim	10	2,24	0,80	0,736
Às vezes	26	2,24	0,66	0,730
Não	128	2,10	0,00	
Precisa ingerir bebida alcoólica para relaxar e	120	2,01	0,70	
conseguir dormir após sua jornada de trabalho?				
Sim	2	2,90	0,14	0,104
Às vezes	12	2,33	0,14	0,104
Não	150	2,06	0,73	
Você faz intervalos para lanches ou repousos, de no	100	2,00	0,14	
mínimo 30 minutos durante sua Jornada de trabalho?				
Sim	63	2,06	0,73	0,845
Às vezes	50	2,06	0,76	,,,,,,
Não	51	2,15	0,76	
Você faz intervalos para refeições, de no mínimo 1hora		, -	, -	
durante sua Jornada de trabalho?				
Sim	34	2,05	0,72	0,950
Às vezes	47	2,11	0,81	
Não	83	2,09	0,73	
Durante sua Jornada de trabalho você faz outras				
paradas que não sejam para lanche e refeições?				
Sim	26	2,13	0,72	0,881
Às vezes	71	2,08	0,78	
Não	67	2,08	0,73	
Você desenvolve regularmente algum hobby?				
Şim	59	1,92	0,66	0,091
Às vezes	21	2,20	0,88	0,091
Não	84	2,18	0,75	
Você pratica atividades físicas, no mínimo 2 vezes por		]		
semana?				
Şim	59	2,01	0,71	0,165
Às vezes	12	1,80	0,63	
Não	93	2,18	0,77	
Você se sente satisfeito com sua profissão?				
Şim	99	1,90	0,66	0,000*
Às vezes	44	2,24	0,81	0,000
Não	21	2,65	0,67	

Tabela 30 – Relação entre a dimensão despersonalização e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008. (continuação)

Questões	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Sua chefia imediata muda com freqüência?				
Sim	61	2,10	0,76	0,612
Às vezes	36	2,02	0,83	
Não	67	2,12	0,69	
Seu local de repouso é adequado para seu descanso?				
Sim	55	2,04	0,82	0,542
Às vezes	27	2,04	0,83	
Não	82	2,13	0,67	

<sup>\*</sup> p<0,05

Na análise bivariada de dimensão despersonalização e as variáveis da caracterização do trabalhador, tiveram significância estatística: Não dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço; Sim se sentir sonolento durante sua jornada de trabalho e Não se sentir satisfeito com sua profissão.

A Tabela 31 apresenta a relação da dimensão despersonalização com as variáveis da caracterização do trabalhador.

Tabela 31 – Relação entre a dimensão Realização profissional e variáveis da caracterização do trabalhador. Serra – ES. 2008.

Questões	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Após a jornada de trabalho você acha que consegue				
dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço?				
Sim	47	4,19	0,53	0,000*
Às vezes	52	3,80	0,56	
Não	65	3,69	0,53	
Você ainda se sente sonolento durante sua jornada				
de trabalho?				
Sim	48	3,72	0,54	0,005*
Às vezes	75	3,82	0,59	
Não	41	4,12	0,53	
Precisa utilizar algum método de relaxamento para				
conseguir dormir?				
Sim	17	3,71	0,56	0,251
Às vezes	40	3,83	0,52	
Não	107	3,91	0,60	
Precisa utilizar algum medicamento para conseguir				
dormir?				
Sim	10	3,63	0,65	0,158
Às vezes	26	3,75	0,58	
Não	128	3,91	0,57	
Precisa ingerir bebida alcoólica para relaxar e				
conseguir dormir após sua jornada de trabalho?				
Sim	2	2,81	0,27	0,014*
Às vezes	12	3,63	0,49	
Não	150	3,90	0,57	

Tabela 31 - Relação entre a dimensão Realização profissional e variáveis da

caracterização do trabalhador. Serra - ES. 2008. (continuação)

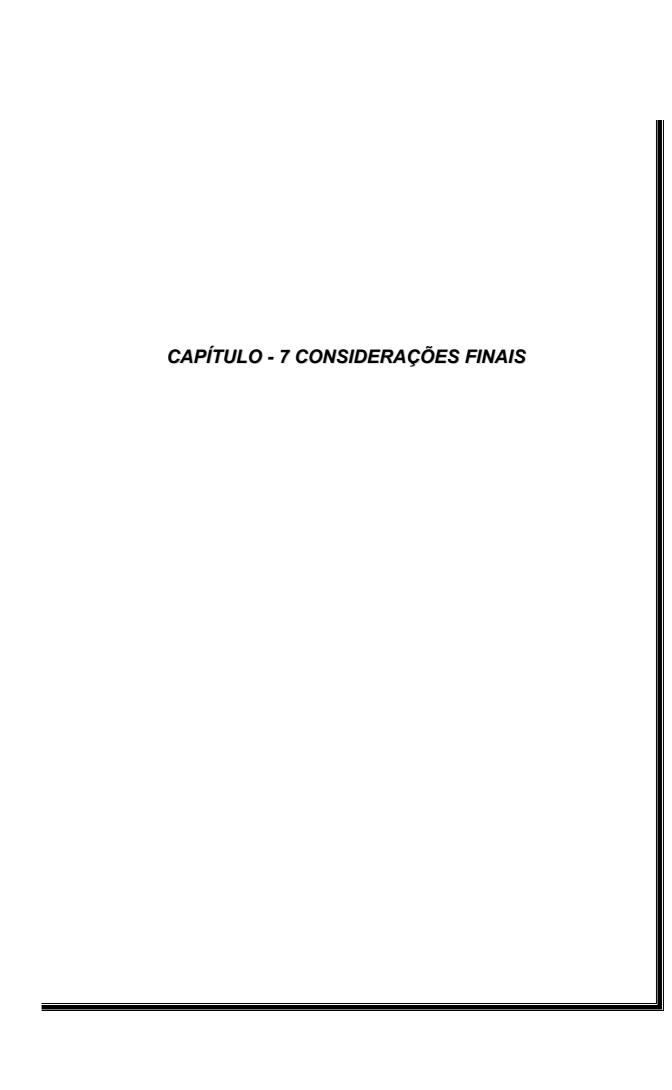
Questões	n	Média	Desvio- padrão	p-valor
Você faz intervalos para lanches ou repousos, de no				
mínimo 30 minutos durante sua Jornada de				
trabalho?				0,855
Sim	63	3,89	0,51	0,655
Às vezes	50	3,89	0,61	
Não	51	3,82	0,64	
Você faz intervalos para refeições, de no mínimo			-	
1hora durante sua Jornada de trabalho?				
Sim	34	3,94	0,59	0,426
Às vezes	47	3,85	0,64	
Não	83	3,85	0,54	
Durante sua Jornada de trabalho você faz outras		,	,	
paradas que não sejam para lanche e refeições?				
Sim	26	3,81	0,72	0,972
Às vezes	71	3,85	0,55	
Não	67	3,90	0,55	
Você desenvolve regularmente algum hobby?			-	
Sim	59	4,03	0,53	0.024*
Às vezes	21	3,73	0,58	0,021*
Não	84	3,79	0,59	
Você pratica atividades físicas, no mínimo 2 vezes				
por semana?				
Sim	59	3,93	0,58	0,051
Às vezes	12	4,17	0,34	
Não	93	3,79	0,59	
Você se sente satisfeito com sua profissão?		,	·	
Sim .	99	4,03	0,55	0.000*
Às vezes	44	3,74	0,49	0,000*
Não	21	3,38	0,57	
Sua chefia imediata muda com freqüência?				
Sim	61	3,92	0,57	0.040
Às vezes	36	3,86	0,55	0,616
Não	67	3,83	0,60	
Seu local de repouso é adequado para seu		-,	-,	
descanso?				
Sim	55	3,98	0,61	0,073
Às vezes	27	3,78	0,55	
Não	82	3,82	0,56	
+ .0.05	-	- , -	- ,	

<sup>\*</sup> p<0,05

Na análise bivariada de dimensão Realização profissional e as variáveis da caracterização do trabalhador, tiveram significância estatística: Não dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço; Não se sentir sonolento durante sua jornada de trabalho. Não precisar ingerir bebida alcoólica para relaxar e poder dormir após jornada de trabalho; Sim desenvolver regularmente algum hobby e Sim se sentir satisfeito com a profissão.

A análise dos resultados obtidos na associação dos aspectos da caracterização do trabalhador com as dimensões do Burnout, também encontrou semelhanças para as TRÊS DIMENSÕES. Em relação a não se sentir satisfeito com a profissão e alguns aspectos relacionados à falta de tempo necessário para se recuperar do cansaço gerado pela jornada de trabalho (não achar que consegue dormir o suficiente para recuperar-se do cansaço após a jornada de trabalho e ainda se sentir sonolento durante a jornada de trabalho).

O não desenvolvimento de *hobby* regularmente foi um aspecto do trabalhador que esteve relacionado somente às dimensões EXAUSTÃO EMOCIONAL e REALIZAÇÃO PROFISSIONAL. Já o local de repouso não adequado para descanso esteve associado somente a EXAUSTÃO EMOCIONAL, enquanto que, precisar ingerir bebidas alcoólicas para relaxar e dormir associou-se somente à reduzida REALIZAÇÃO PROFISSIONAL.



### **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo caracterizou o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores da Saude do Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade Municipal de Carapina, no município de Serra-ES. Coincidiu com os vários estudos na área de recursos humanos em saude, que mostram tratar-se de uma força de trabalho predominantemente feminina, adulta jovem, que só encontra possibilidade para se firmar no campo profissional, ao aceitar para si, acrescentá-lo ao trabalho de reprodução social (cuidados com a família), tendo como conseqüência uma jornada dupla de trabalho. São profissionais que realizaram importante investimento em formação e atualização, fato exigido pelo competitivo mercado de trabalho.

Estas características são comuns aos profissionais estudados, entretanto, se diferenciaram segundo as categorias profissionais, sendo que os auxiliares e técnicos de Enfermagem apresentaram menor jornada de trabalho, menores níveis de renda salarial e de tempo dedicado ao aprimoramento profissional.

Inúmeras fontes de tensão e cansaço são referidas pelos trabalhadores estudados, relativas à natureza de trabalho com o sofrimento e morte, que pode gerar satisfação, mas pode também ser percebida como uma carga de responsabilidade, que não é correspondida do ponto de vista da valorização institucional através da remuneração.

Desta forma, os profissionais de nível médio, manifestaram o maior índice de desejo de mudança de profissão, em busca de melhor remuneração e valorização profissional. Talvez, esta insatisfação também se manifeste na não disponibilização de tempo para aprimoramento profissional.

As formas de organização do trabalho mostram a pouca participação, que conflita com o sentido de autonomia destas profissões. Ocorre um controle muito rígido externo impedindo o exercício do controle pessoal sobre o trabalho, gerando sentimentos de ser ameaçado pela clientela usuária. Por outro lado, soma-se a isto a organização temporal do trabalho com jornadas extensas, poucas pausas, trabalho em turnos que além de se constituir em uma sobrecarga, impede a organização da

vida fora do trabalho, dificultando as relações familiares e sociais.

Das diferentes categorias, os médicos são os que mais conseguem fazer pausas durante a jornada de trabalho e os que mais fazem uso de atividades físicas regulares fora do trabalho, inclusive como *hobby*. Em contrapartida, os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem não conseguem dormir o suficiente para descansar após a jornada de trabalho, se sentindo sonolentos durante o cumprimento de suas atividades assistenciais, gerando risco a saude da clientela, sua integridade física e mais propensos aos acidentes de trabalho. Estas condições, provavelmente estão relacionadas às evidencias de desgaste encontrado, como insuficiência de sono para o descanso.

Dado o, relativamente, pequeno número de pesquisas sobre Burnout no Brasil, à época da apresentação do projeto deste estudo, não foram identificados instrumentos que estabelecessem escores validados para a verificação da prevalência de Burnout, que permitissem a comparação com outros estudos. Entretanto, através do instrumento escolhido (o MBI), foi possível avaliar a ocorrência da sintomatologia da SB.

Os índices encontrados das dimensões da SB na população estudada coincidem com outros estudos na área de saude, pois se observa o da dimensão de EE com classificação média, sendo que DE e EP apresentam-se baixas. Provavelmente, a ocorrência da sintomatologia relacionada à Síndrome de *Burnout*; nos profissionais de saude do local estudado não é maior devido à existência de proporcionalmente grande Realização Pessoal no trabalho. Isto, estaria funcionando como um fator protetor, impedindo o agravamento da síndrome. Embora estejam submetidos a inúmeros estressores, cerca de 60% se sente satisfeito com o seu trabalho e dele auferem grande auto-realização.

O *Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado, mas emerge em uma seqüência determinada de tempo. É um construto formado por três dimensões relacionadas, mas independentes. Inicialmente, a exaustão emocional era a precursora do processo, após aparecia à despersonalização e, por fim, a diminuição da realização profissional. Atualmente, não existe acordo entre os

pesquisadores sobre a evolução da síndrome, pois, existem oito possíveis combinações, como, por exemplo, sendo a primeira fase a despersonalização, logo a reduzida realização profissional e finalmente o esgotamento emocional. Outra alternativa seria que as dimensões se desenvolvem simultaneamente, mas de forma independente. Não existe consenso entre os pesquisadores com relação aos valores apresentados nas dimensões, na incidência da síndrome e nem, em relação à ordem de aparecimento dos sintomas.

Relacionando a ocorrência da sintomatologia de *Burnout* com o perfil dos trabalhadores de saude, algumas condições apareceram de forma comum para todas as dimensões do construto. Destacando-se a renda salarial, a insatisfação com o trabalho, insuficiência de tempo de sono para descanso da jornada e os aspectos da organização do trabalho que tiram o controle sobre o trabalho por parte de trabalhadores que têm por característica maior autonomia.

Como vimos anteriormente, o maior índice encontrado foi na EE, que também foi associado ao maior número de aspectos. Alem dos aspectos citados no parágrafo anterior, ocorreram associações com: trabalhar em dois turnos, afastar-se do trabalho sem justificativa (sem atestado médico), não desenvolver *hobbys* regularmente. Além de outros aspectos relacionados a características da organização temporal do trabalho em turnos que impedem a organização da vida fora do trabalho (com a família e sociedade), aspectos comuns também associados à DE.

O Pronto Atendimento Adulto foi o local que obteve a maior média na dimensão de despersonalização, provavelmente, em função do tipo de atividade desenvolvida e da organização do trabalho. Neste serviço, após a implantação da regulação médica, houve um aumento no número de atendimentos, onde o PAA passou a absorver pacientes com patologias ou sintomas passíveis de tratamento em unidade básica de saude. Além disso, aumentou a demora de referencias e contrareferencias, surgiram maiores dificuldades de transferências de pacientes por falta de vagas e leitos de retaguarda, fazendo com que o paciente, fique mais tempo aos cuidados, nem sempre tão adequados da instituição. Outra especificidade foi o confrontamento diário com o sofrimento e morte, fatos que podem gerar o

distanciamento e frieza no tratamento aos usuários e até a ineficiência e ineficácia do mesmo. Percebeu-se, então nesta pesquisa, que falta de integração entre os níveis de atenção da rede no município contribui para o desgaste emocional e físico dos profissionais de saúde e, em alguns casos, até o sentimento de impotência, e pode ter exacerbado o sentimento de baixa autonomia relatado pelos profissionais.

Outros aspectos que estiveram associados tanto a EE e RP, estão relacionados ao reconhecimento de tratar-se de um trabalho com muitas responsabilidades, que não é compensado pelo retorno salarial, além da intensidade do trabalho em termos de ritmo, poucas pausas e falta de colaboração dos colegas. O trabalho feminino e não ter filhos também foi importante para caracterizar a dimensão reduzida RP.

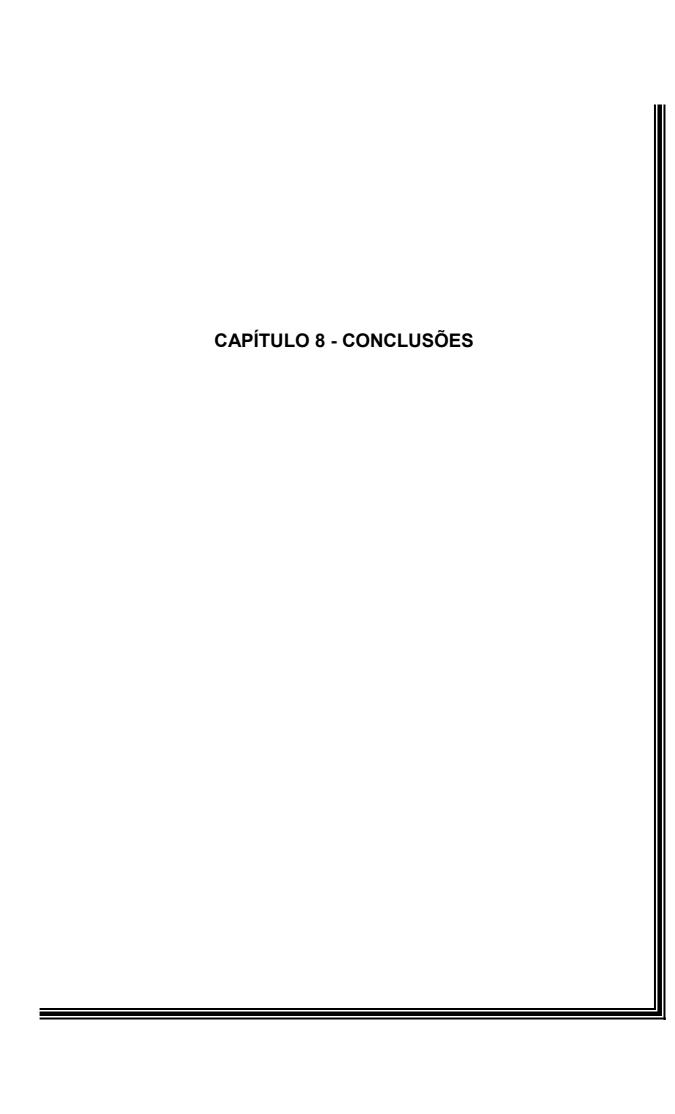
Assim, os dados encontrados mostram a importância de que a SB seja mais contemplada nos futuros estudos na área da saude do trabalhador em saude. Talvez como uma das questões mais emblemáticas para a identificação, compreensão e proposição de medidas que visem enfrentar o desgaste dos trabalhadores deste tipo de trabalho, envolvendo a prestação de serviços básicos a uma população que sofre, e as formas de organização deste trabalho.

Particularmente, devem-se ser enfrentadas questões ligadas principalmente à organização temporal da jornada de trabalho, considerando-se o universo da força de trabalho predominantemente feminina, no embate num mercado de trabalho que, na área da saude, é frequentemente visto como natural.

Os efeitos destas formas de organização do trabalho incluem o desgaste emocional, o sofrimento psíquico e a ocorrência de patologias como *burnout*. Gerando o afastamento, a sobrecarga de trabalho com remanejamento de pessoal pelo absenteísmo ou licença médica, alta rotatividade dos profissionais nas instituições, realização de atividades como cumpridoras somente de rotinas e sem satisfação por fazê-la, além do aumento no número de acidentes de trabalho. Para prevenir e diminuir tais efeitos deve-se pensar na proposição de Políticas públicas na área de emprego, trabalho e de saude, que contemplem a forma de organização do trabalho e outras necessidades emergentes para promoção da qualidade de vida no trabalho, e conseqüentemente a diminuição do impacto que a manifestação da síndrome

acarretaria no serviço.

A elaboração de políticas públicas torna-se necessária para o enfrentamento de novos problemas e a impossibilidade de resolvê-los. O surgimento da SB como problema de saude, ainda incipiente, na área da saude do trabalhador, o desconhecimento pela maioria destes profissionais sobre a síndrome e a naturalização da predominância feminina nesta área, demonstram a necessidade de proposições de políticas públicas e também de pesquisas que dêem conta de divulgar, creditar, tornar científico e de construir um aporte teórico voltado para realidade brasileira.



# 8 CONCLUSÃO

O campo de Saúde do Trabalhador tem como pressuposto a participação dos trabalhadores no processo de avaliação e controle dos acidentes de trabalho e não se restringem à concepção de riscos profissionais e agentes causadores (físicos, biológicos, químicos, mecânicos e ergonômicos), mas reconhece outras determinações para os sofrimentos físico e mental, relacionando-as com o processo produtivo. O trabalho seguro e salubre é um dos direitos sociais fundamentais garantidos pela Constituição Federal Brasileira.

Pensar, entender sobre a saúde do trabalhador no SUS, significa perceber uma área de conhecimento em construção e que se propõe a compreender os determinantes das condições de trabalho para a saúde.

Percebe-se então, a falta de um marco conceitual claro, que apresente diretrizes e proponha estratégias para efetivá-las, principalmente, uma efetiva Política de Saúde do Trabalhador direcionada para o Trabalhador de saúde, que contemplem as especificidades do seu fazer diário.

Na investigação da sintomatologia da Síndrome de *Burnout* sobre os Trabalhadores da Saúde em um Pronto Atendimento Adulto, Infantil e Maternidade Municipal verificou-se que algumas questões merecem destaque quanto à relação do profissional com seu trabalho. A pesquisa evidenciou um quadro complexo de fatores que podem constituir indicadores da Síndrome de *Burnout* em evolução nos profissionais estudados.

No grupo de profissionais pesquisados foi encontrada uma extensa carga horária, caracterizando uma jornada de trabalho superior a 60 horas semanais, a atuação em dois ou mais locais de trabalho, e o número aumentado de atendimentos realizados diariamente pelos profissionais. Todos estes fatores são muito mais elevados do que os recomendados pela legislação trabalhista e na política pública nacional. Estes achados contribuem para uma sobrecarga física e mental da atividade, caracterizando o exercício destas profissões como de risco potencial para a ocorrência da Síndrome.

A hipótese inicial desta pesquisa, de que a Síndrome de Burnout decorreria da assistência que os profissionais de saúde prestam à clientela, não pode ser totalmente refutada. A síndrome surge da especificidade do cuidado com pessoas em constante necessidade de assistência, mas é desencadeada principalmente, e aqui comprovada, pela organização do serviço. O processo de trabalho destes profissionais de saúde se diferencia de outras formas de produção de serviços e tem a peculiaridade de produzir serviços que são utilizados imediatamente, são consumidos no momento de sua elaboração e com diferentes níveis de complexidade e gravidade. Sua organização não deve em momento algum ser elaborada e cobrada, conforme outros prestadores de serviços de materiais de consumo geral, pois o final do produto é servir bem, com eficiência e eficácia o paciente, é prestar a assistência integral ao paciente aos cuidados destes profissionais.

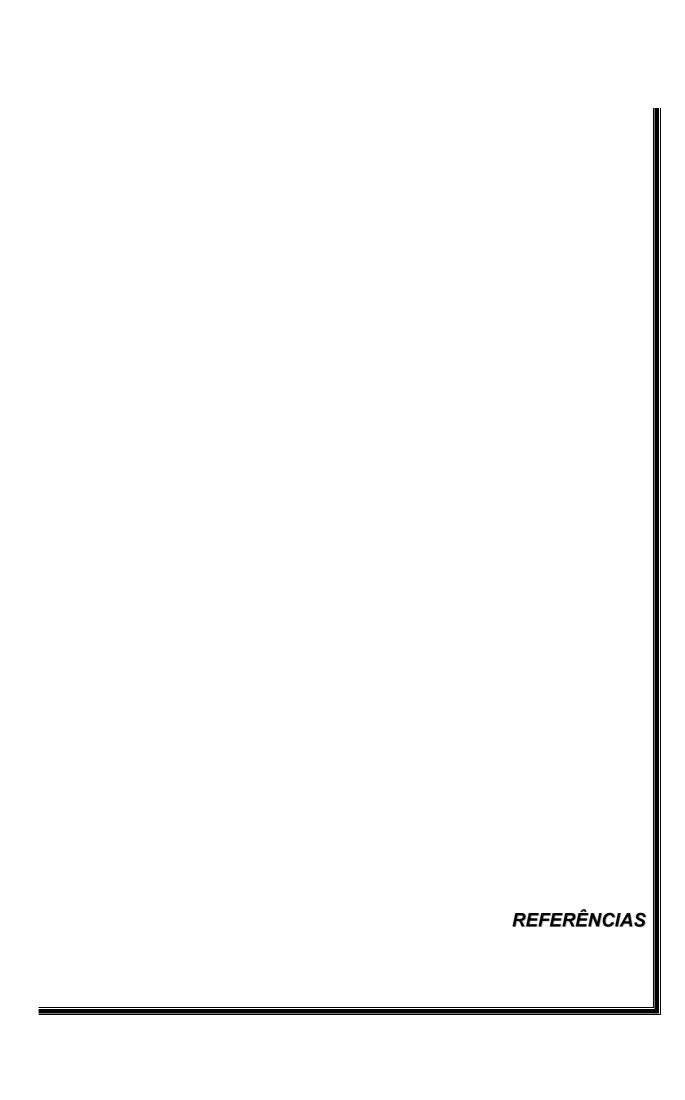
A síndrome de *burnout* leva a diminuição e até perda do sentido de trabalho, e os profissionais sentem que suas atividades não têm mais sentido e não sabem como fazer para mudar este fato. Esta síndrome pode acometer todos os profissionais, independente de sua categoria profissional, de sexo, idade, não sendo exclusiva de uma categoria ou realidade social.

Dados da pesquisa nos informam que, pelo menos 30% destes profissionais, já possuem sintomas das três dimensões de *burnout*, e necessitam de tratamento. Os outros 70% apresentam, pelo menos uma das dimensões de *Burnout*. Como a evolução desta síndrome é crônica e de curso lento, ao longo do tempo poderá existir um grande número de profissionais doentes de uma síndrome que causa prejuízos a tríade – profissional-instituição-paciente.

Sendo assim, os achados nos permitem recomendar aos profissionais a urgência de adoção de estratégias e medidas preventivas e mecanismos de enfrentamento no ambiente de trabalho, com objetivo de aumentar os sentimentos de realização pessoal e minimizar o burnout.

E aos gestores, sugere-se então, a necessidade urgente de implantação de estratégias de intervenção e prevenção do estresse laboral, bem como estratégias

que possam melhorar o ambiente e o clima de jornada de trabalho e assim conseguir um melhor relacionamento em equipe. Além disto, criar um serviço de atenção à saúde do trabalhador que contemple não só a parte da medicina do trabalho, mas também que contemple os determinantes sociais de saúde.



# 9 REFERÊNCIAS

- ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNÁNDEZ RIOS, L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revisión de Estudios **Revista Assoc. Esp. Neuropsiquiatria**, 11(39). p. 257-265. 1991.
- AQUINO, E. M. L. de; MENEZES, G. M. de S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saude e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saude Pública** [online]. 1995, vol. 11, n. 2, p. 281
- AMORIM, C. et al. A Síndrome de Burnout: modelos teóricos e avaliação. **Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO**. Curitiba, 18. 1998
- ASSIS, F. B. **Síndrome de Burnout : um estudo qualitativo sobre o trabalho docente e as possibilidades de adoecimento de três professoras das séries iniciais.** 2006.136 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia , Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais, 2006.
- AROUCA, S. **O** dilema **Preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BARRETO, M. M. S. **Uma jornada de humilhações**. Dissertação de Mestrado do departamento de Psicologia Social, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2000.
- BARROS, P. C. da R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF.** [online]. jun. 2003, vol.8, no.1 [citado 04 Abril 2008], p. 63-70. Disponível na World Wide Web: <a href="http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?">http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?</a> script= sci\_arttext&pid =1413-82712003000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8271.
- BASSO, M. Acidentes ocupacionais com sangue e outros fluidos corpóreos em profissionais de saude.. Dissertação [Mestrado] Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1999
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da Arte do *Burnout* no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy** Ano 1, n. 1, Ago 2003. p. 4-11. 2003.
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2006. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-79722006000100006">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-79722006000100006</a> Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Out 2006.
- BORGES, L. H. Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários. FUNDACENTRO, 2001.

BORGES, L. O. et al. A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2002. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=pt&nrm">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=pt&nrm</a> =iso>. Acesso em: 18 Out 2006.

BRASIL. Ministério da Saude. Organização Pan-Americana da Saude no Brasil.

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saude /Ministério da Saude do Brasil, Organização Pan-Americana da Saude no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saude do Brasil, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Disponível em: <a href="http://www.mpas.gov.br">http://www.mpas.gov.br</a>. Acesso em: 20 nov. 2005.

\_\_\_\_. Ministério da Saude. Secretaria de Políticas de Saude. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saude do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa Saude da Família. Caderno 5. Brasília, 2001

Resolução n.º 1.672, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jul. 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.922, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003 que determina que sejam consubstanciadas as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, fortalecendo a implantação de redes estaduais, regionais e municipais de atenção à saude;

BUSSACOS, M. A. **Estatística Aplicada a Saude Ocupacional.** FUNDACENTRO. São Paulo, 1997.

CAMPOS. R. G. **Burnout:** uma revisão integrativa na Enfermagem Oncológica. Ribeirão Preto, SP. 2005. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 3, Dez. 2004 . Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci</a> arttext&pid=S1413

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em funcionários de instituições. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. p. 187-212. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saude Pública**, Fundação Oswaldo Cruz, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

CASTELHANO, L. M. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. **Psicologia & Sociedade**; 17 (1), p. 17-28; jan/abr.2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA J. C,; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-am Enfermagem.** março-abril; 13(2), p.151-7, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas.1994.

DEJOURS, C. "Por um novo conceito de saude". **Revista Brasileira de Saude Ocupacional.** 14 (54), abr./mai./jun. 1986.

DIAS, E. C. A organização da atenção à saude do trabalhador. In: FERREIRA FILHO, M. (Org.). **Saude no trabalho**. São Paulo: Rocca, 2000.

ESPIRITO SANTO (Estado). Prefeitura Municipal da Serra. Secretaria municipal de Planejamento Estratégico. Departamento de administração Estratégica. Serra em Números: Indicadores sociais e demográficos do município [S.I.:s.n], 2004. Disponível em: < http://www.serra.es.gov.br/ecp/files.do?evento=download &urlArgPlc=serra numeros ed1.pdf. >

FACCHINI, L. A. Porque a Doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise In: BUSCHINELLI, J., org. **Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil.** p. 33-55. Petrópolis: Vozes, 1993.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Estresse e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas. 1997

FRASQUILHO, M. A. Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o stress para prevenir o *burnout*. **Acta Med Port**; 18. p. 433-444. 2005.

FISCHER, F. M. et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, 18(5). p.1261-1269, set-out, 2002.

GARCIA JUNIOR, A. C. Condições de trabalho e saude dos trabalhadores da indústria de vestuários de Colatina – ES. 2006.123 f Dissertação (Mestrado em Saude Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saude Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

- MAGALHÃES R. A. C, GLINA D. M. R. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saude, Ética & Justiça**. 11(1/2). p. 29-35, 2006.
- JACQUES, M. G. C. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. A. Tamayo; J. Borges; W. Codo (orgs.) **Trabalho, organizações e cultura**. p. 21-26, São Paulo: Autores Associados. 1996.
- JARDIM, S. R. Trabalho e Doença Mental. In Borges, L. H., Moulin, M. G. B., & Araújo, M. D. (orgs.). **Organização do Trabalho e Saude Mental:** Múltiplas Relações. Vitória: EDUFES, 2001, p. 137-156.
- KANAANE, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas. 1994.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de produção e Saude Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Rev. Gaúcha Enfermagem,** 18(**2**). p. 83-93. 1997. LAZARATTO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- LIMA, M. J. **O que é enfermagem?** (Coleção Primeiros Passos) 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- MACHADO, J. M.; HUET, E.; CORREA, M. V. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saude no hospital. **Inf. Epidemiol. Sus,** set. 2002, vol.11, n. 3, p.159-166. 2002.
- MACHADO, J. M. H; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de Trabalho: Concepções e Dados. In: **Os Muitos Brasis**: Saude e População na Década de 80 (M. C. S. Minayo, org.), p. 117-142, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.1995.
- MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saude no Brasil 1970/ 80. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, n.2 (sup. 4), p.449 465, out./ dez., 1986.
- MARTINS, J. C. de O. **O sofrimento no trabalho**. In: 57ª Reunião Anual da SBPC-Sede Sobral, 2005, Sobral. 57ª Reunião Anual da SBPC-Sede Sobral. Sobral CE: Sociedade Brasileira Estadual Vale do Acaraú, 2005.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o stress na empresa. Campinas: Papirus. 1999.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review Psychology**, 52, p. 397-422. 2001.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory.** Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1981.
- MASLOW, A. H. Maslow no Gerenciamento. São Paulo: Qualitymark, 2000.

- MENDES, R. Doutrina e Prática da Integração da Saude Ocupacional no Setor Saude: contribuição para a definição de uma política. 1986. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saude Pública, Universidade de São Paulo.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saude do trabalhador, **Rev. Saude Pública**. S. Paulo, 25 (5). p. 341-9, 1991.
- MENEGAZ, F. D. L. Características da incidência de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública. Florianópolis SC 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saude do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saude Pública.** Rio de Janeiro, 13 (supl.2). p. 21-32, 1997.
- MIRANDA, E. J. P. de; STANCATO, K. Riscos à saude de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saude. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar.2008
- MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saude do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1), 2003.
- MUROFUSE, N. T, ABRANCHES, S. S, NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. março-abril; 13(2). p. 255-61.2005.
- OLIVAR, M. S. P. **Trabalho e saude:** as condições dos trabalhadores do Hospital Souza Aguiar . 243 f. (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006.
- OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L C. F. Política de Saude do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Caderno de Saude Pública**., Rio de Janeiro, 8 (2). p. 150-156, abr/jun. 1992.
- OLIVEIRA. R. Μ. R. abordagem lesões por esforcos Α das trabalho repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao LER/DORT no Centro de Referência em Saude do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Pública; 2001. 143 p.
- PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saude Coletiva 8(2). p. 557. 2003.
- PEREIRA, A. M. B (org). **Burnout:** Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- PITTA, A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.1994.

- POPIM R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev Latino-am Enfermagem** setembro-outubro; 13(5). p. 677-85. 2005.
- RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saude Pública**. v.. 39, n. 4, São Paulo, 2005.
- RIBEIRO, E. J. G; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, set-out; 60(5). p. 535-40. 2007.
- RICHARDSON, R. J. e cols. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. Rev. ampliada. São Paulo: Atlas, 1999.
- SANTOS, P. R. Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saude do trabalhador. RJ. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de saude pública) Escola Nacional de Saude Pública Centro de Estudos da Saude do Trabalhador e Ecologia Humana. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de janeiro, 2001.
- SARQUIS, L. M. M. et al . Proposta de modelo de Histórico de Enfermagem segundo Padrões de respostas Humanas. **Revista Técnica Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 76-80, 2004.
- SILVA, F. P. P. *Burnout*: um desafio à Saude do Trabalhador. **Revista de Psicologia social e institucional.** Vol.2/ junho de 2000. Disponível em: < http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>. Acesso em: 01de abril de. 2007.
- SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saude do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-88392003000100006&Ing=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-88392003000100006&Ing=en&nrm=iso</a>. Acesso em: 06 Apr 2008.
- TENNANT, C. Work-related stress and depressive disorders. **Journal of Psychosomatic Research,** v. 51, p. 697-704, 2001.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em Saude Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- TRIPODI, T. et al. **Análise da pesquisa social**: diretrizes para o uso de pesquisa em serviço social e ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1981.
- VIEIRA, A. **A** qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total. Florianópolis: Insular, 1996.
- VIEIRA, I. et al . Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, Dec. 2006

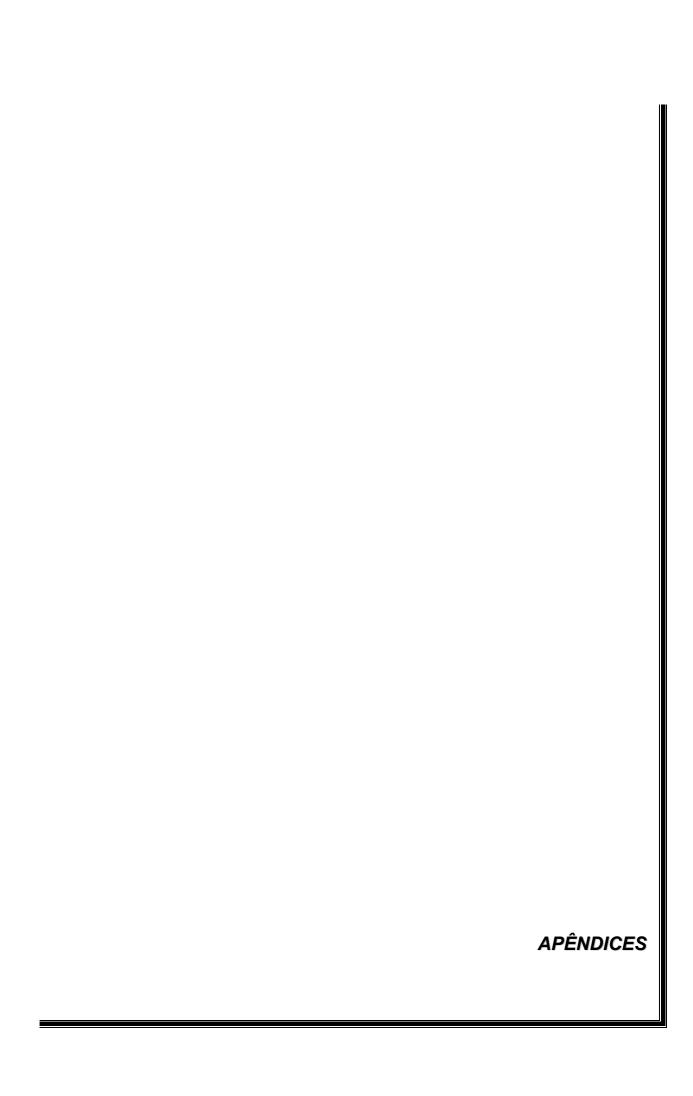
WANG, J. L.. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). **Psychological Medicine**, v. 35, p. 865-871, 2005.

WERNER, R. C. D. Realidades e perspectivas da assistência à saude do adulto trabalhador no município de Vitória – ES. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saude Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saude Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

WÜNCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saude no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995.

ZANDONADI, F. B. **Situação de trabalho e saude entre cobradores de ônibus urbanos.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saude Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saude Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

ZIMMERMAN, J. F.; CHRISTAKIS, D. A.; STOEP, A. V. Tinker, tailor, soldier, patient: work attributes and depression disparities among young adults. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 1889-1901, 2004.



# APÊNDICE A

CARTA CONVITE AOS **PROFISSIONAIS** DE SAUDE DO **PRONTO** ATENDIMENTO ADULTO, INFANTIL E MATERNIDADE DE CARAPINA, NO MUNICÍPIO DE SERRA – ES.

# CARTA CONVITE

ESTUDO DA OCORRÊNCIA DA SINDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE PRONTO ATENDIMENTO E MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE SERRA - ES.

Caro (a) TRABALHADOR,

Estou lhe escrevendo para convidá-lo (a) a participar de um projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde coletiva /UFES, que avaliará a ocorrência da Síndrome de Burnout nos trabalhadores de saúde desta instituição pública. Um grande número de profissionais que desenvolve atividades em contato direto com seus pacientes apresenta sintomas da Síndrome (relacionada com estresse ocupacional crônico em profissionais que efetuam cuidados diretos a pacientes, como Médicos e a Enfermagem).

A pesquisa foi autorizada pela Instituição e aprovada pelo Comitê de ética, e sua colaboração ajudará na compreensão da manifestação da Síndrome. Recentemente, pesquisadores e outros profissionais da área da saúde estão estudando várias formas para caracterizar efeitos destas doenças na vida do dia-a-dia do profissional.

Uma pesquisadora e uma acadêmica voluntária estarão coletando os dados durante um período nesta instituição. Você será convidado individualmente para participar e elas fornecerão as informações necessárias, caso aceite participar, deverá assinar o termo de consentimento. Peço que o leia com atenção, ele contém as informações detalhadas sobre a pesquisa e se estiver de acordo, após responderá a um questionário auto-aplicável.

Sua participação é essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço desde já,

**DR° LUIZ HENRIQUE BORGES** PESQUISADOR RESPONSÃVEL

**CLAUDIA ROBERTA SANTOS** (MESTRANDA - PESQUISADORA)

Alda Mates Santos Pariz

# **APÊNDICE B**

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS TRABALHADORES EM SAUDE

Título do Projeto: SINDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE SERRA - ES.

Investigador: Cláudia Roberta Santos	
Local da Pesquisa:	

#### INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saude agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso você queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

### INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem o objetivo de estudar a ocorrência da sintomatologia da síndrome de Burnout (síndrome relacionada ao estresse crônico) nos trabalhadores de saude do pronto atendimento e maternidade.

## PROPÓSITO DA PESQUISA

O propósito desta pesquisa é conhecer a ocorrência desta síndrome nos trabalhadores e observar se há influencia na assistência prestada aos munícipes de Serra-ES atendidos nestas instituições.

#### **SELEÇÃO**

Para participar desta pesquisa o (a) entrevistado (a) deverá ser trabalhador (a) de Saude, celetistas e estatutários, das seguintes instituições: Pronto Atendimento Infantil – PAI, Pronto Atendimento Adulto – PAA e Maternidade – PAM todos em Carapina e estar trabalhando no período da coleta de dados.

#### **PROCEDIMENTOS**

Para atender os objetivos propostos neste estudo, será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário constituído de: Caracterização sócio-demográfica, do trabalho, do esgotamento profissional, das fontes de tensão e cansaço e do Trabalhador.

#### PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto você **não será pago** por sua participação nesta pesquisa. Você pode decidir não participar na pesquisa. Uma vez que você decidiu participar da pesquisa, **você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento**. Se você decidir não continuar na pesquisa e retirar sua participação, **você não será punido** ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

#### **CUSTOS**

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

# PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação da pesquisa, membros das Autoridades de Saude ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Você tem direito de acesso aos seus dados. Caso queira receber sua avaliação poderá marcar no instrumento, no local apropriado, esta vontade.

#### **CONTATO COM O PESQUISADOR**

Se você ou seus parentes tiverem alguma dúvida com relação à pesquisa, direitos do usuário, ou no caso de danos relacionados à pesquisa, você deverá contatar o Pesquisador ou sua equipe (Claudia Roberta Santos – Tel.: 9932-7095). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saude da Universidade Federal do Espírito Santo ou o Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saude Coletiva, pelo telefone: 3335-7287. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO:

Após a leitura deste termo e a explicação de todos os itens pelo ENTREVISTADOR OU PESQUISADOR, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Nome do Entrevistado:
Assinatura:
Data:
Nome do Entrevistador: Claudia Roberta Santos Assinatura:

# **APÊNDICE C**

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA REFERENTE ÀS CARACTERIZAÇÕES: SÓCIO DEMOGRÁFICA, DO TRABALHO, DAS FONTES DE TENSÃO E CANSAÇO E DO TRABALHADOR.

N°. de Identificação: Local: PAA ( ) PAM ( ) PAI ( )
Assinale ao lado, caso queira saber o resultado individual da pesquisa. ( )
PARTE A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA
1. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Idade: anos
3. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Viúvo
( )Casado ou vive maritalmente com alguém ( ) Divorciado/desquitado/separado
4. Se casado (a), a (o) companheiro(a) também é da área da saude? ( ) sim ( ) não
5. Tem filhos? ( ) não ( ) sim quantos?
6. Considerando o salário mínimo atual de R\$ 415,00, sua RENDA MENSAL LÍQUIDA corresponde
quantos salários mínimos? salários mínimos.
7. Seus rendimentos (salários) contribuem com quanto, em relação aos gastos totais de sua família
( ) menos da metade ( ) metade ( ) mais da metade ( ) total
8. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( )Ensino Médio ( ) Nível Superior
PARTE B - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO:
9. Em quantas Instituições de saude trabalha atualmente: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais
10. Período de trabalho nesta Instituição: ( ) diurno ( ) noturno ( ) nos dois
11. Seu vínculo com esta instituição é: ( ) celetista ( ) estatutário
12. Tempo de serviço nesta instituição: anos e meses.
13. Categoria profissional: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de Enfermagem
( ) Técnico de Enfermagem
14. Possui especialização? ( ) Especialização pós nível médio ( ) pós graduação Lactu
Sensu/Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
15. Em média, quantas <b>horas semanais</b> você está de plantão, considerando-se diurno, noturnos ou
aos sábados e domingos? horas.
16. Em média, quantas <b>horas semanais</b> você dedica a atividades para seu aprimoramento
profissional ou para seu aprendizado? horas.
17. Necessitou apresentar <b>Atestado médico</b> neste último mês? ( ) Não ( ) Sim. Quantos dias de
afastamento?
18. Você necessitou se ausentar do serviço <b>sem licença médica</b> neste último mês?
( ) Não ( ) Sim. Quantos dias de afastamentos?
19. Você gozou férias nos últimos 12 meses? ( ) Não ( ) Sim

# PARTE D - CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE TENSÃO E CANSAÇO

Nas questões abaixo você deve responder se estas situações <u>são **Fontes de Tensão e Cansaço** no seu Trabalho:</u>

	Sim	Às	Não
		vezes	
Jornada de trabalho muito extensa.			
2. Pouco tempo para pausas no trabalho.			
O trabalho em plantões noturnos.			
4. O trabalho em plantões nos fins-de-semana.			
5. Não poder sugerir modificações para realizar o trabalho (as ordens vêm			
de cima e têm que ser obedecidas rigorosamente).			
6. Problemas com chefias (discriminação, perseguição, discussões,			
controle excessivo, autoritarismo).			
7. Falta de cooperação entre os profissionais de sua categoria profissional.			
8. Falta de cooperação com os demais profissionais no hospital.			
9. Pressão da população usuária do serviço, filas.			
10. Situações de violência e agressões por parte da população usuária do			
serviço.			
11. Má remuneração pelo trabalho que realiza.			
12. Falta de condições materiais para realizar adequadamente o trabalho.			
13. Ambientes muito tumultuados e barulhentos durante o trabalho.			
14. O trabalho é monótono e desinteressante.			
15. Ritmo de trabalho muito acelerado.			
16. Responsabilidade muito grande no trabalho que realiza, sendo que			
qualquer descuido pode ocasionar prejuízos (sofrimento ou morte) ao			
paciente.			
17. Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que			
trabalham com você.			
18. Más condições para conforto durante os plantões (sala de descanso,			
etc.).			
19. Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades da família.			
20. Ter pouco tempo para dedicar-se a outras necessidades pessoais.			

# PARTE E – CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR.

Sim	Às vezes	Não
•	as tensões	do dia
	) sim	vezes

Obrigado por sua atenção e disposição em responder ao questionário. Bom Trabalho!

# **APÊNDICE D**

QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS POR SETORES DO PRONTO ATENDIMENTO ADULTO, INFANTIL E MATERNIDADE DE CARAPINA, NO MUNICÍPIO DE SERRA- ES, 2008.

Quadro de Distribuição de setores x funcionários do PAA e PAI – Serra, ES. 2008

Setores	PAA	PAI	PAA	PAI
	Diurno	Diurno	Noturno	Noturno
Nebulização e Medicamentos	2	2	1	1
intramusculares Consultórios e preparo				
Repouso e corredor/posto de Enfermagem	2	2	1	1
Sala de urgência	1	1	1	1
Sala de Curativo/ Pequena Cirurgia	1	1	1	1
TOTAL	6	6	4	4

Fonte: Elaborado para o estudo segundo informações fornecidas pela Coordenação de Enfermagem das instituições em 2008.

Quadro de Distribuição de setores e funcionários do PAM – Serra, ES. 2008

Setores		PAM
	Diurno	Noturno
Sala de parto, pré-parto, alojamento conjunto e sala de	2	2
admissão		
Berçário	2	2
CME e Centro Cirúrgico	2	1
TOTAL	6	5

Fonte: Elaborado para o estudo segundo informações fornecidas pela coordenação de enfermagem das instituições em 2008.

# **APÊNDICE E**

Quadro demonstrativo das dimensões da Síndrome de Burnout com as variáveis sexo e categoria profissional. Serra- ES, no período de setembro a novembro de 2008.

CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
1	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,44	3,6	3,38
2	Auxiliar ou técnico	Feminino	4,56	4	3,75
3	Enfermeiro	Feminino	2,44	1,2	3,88
4	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,00	4,6	3,75
5	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	2,2	3,25
6	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,44	2,6	3,88
7	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,22	1,2	3,88
8	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,33	1,2	3,88
9	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,44	2	4,13
10	Médico	Masculino	2,67	2,4	3,63
11	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	2	4,25
12	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	2,2	3,75
13	Auxiliar ou técnico	Masculino	1,89	1,8	4,13
14	Enfermeiro	Feminino	3,33	2,4	4,00
15	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,78	1,8	3,38
16	Médico	Feminino	4,22	3,4	3,38
17	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	2,4	3,38
18	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,89	2,8	3,88
19	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,11	2,2	4,63
20	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	3,2	4,13
21	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	1	4,88
22	Médico	Feminino	3,67	3	1,88
23	Médico	Feminino	2,78	2,6	3,50
24	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,56	2,2	4,25
25	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,22	1,6	3,25
26	Enfermeiro	Feminino	3,44	1,8	4,50

CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
27	Médico	Feminino	2,00	1,4	4,50
28	Médico	Feminino	4,67	3,4	2,88
29	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,78	2,8	3,88
30	Médico	Feminino	3,22	2,2	4,00
31	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,00	3	3,88
32	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,00	1,6	3,38
33	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,78	2	3,88
34	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,7778	2,2	3,75
35	Enfermeiro	Feminino	2,22	1,4	4,50
36	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,2222	1,2	4,38
37	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,22	2,2	3,75
38	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,44	1,8	3,75
39	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	1,6	3,75
40	Enfermeiro	Feminino	4,00	2,6	3,13
41	Médico	Feminino	2,44	1,8	4,00
42	Médico	Feminino	2,56	2	3,63
43	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	1,2	3,75
44	Médico	Feminino	3,67	1,8	3,75
45	Médico	Feminino	2,56	1,4	4,25
46	Enfermeiro	Feminino	3,67	2	3,38
47	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,78	1,2	3,75
48	Enfermeiro	Feminino	2,89	3	3,00
49	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	2	3,63
50	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	2,8	4,25
51	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	2,2	3,00
52	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,78	1,6	3,75
53	Auxiliar ou técnico	Feminino	4,44	3	3,38
54	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,56	3	3,38
55	Auxiliar ou técnico	Masculino	4,11	2,4	3,38
56	Auxiliar ou técnico	Masculino	1,78	1,4	4,25
57	Médico	Feminino	2,44	1	4,50
58	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,56	2,2	3,38
59	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,00	2,2	3,75

CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
60	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	1,6	4,13
61	Enfermeiro	Feminino	3,78	3,2	3,75
62	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,56	3,6	3,00
63	Enfermeiro	Masculino	2,33	1,4	4,13
64	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,44	1	4,13
65	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,56	2,6	3,63
66	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,78	3,8	2,38
67	Médico	Feminino	3,44	1,8	4,00
68	Médico	Feminino	3,33	2	3,88
69	Médico	Masculino	3,44	2,2	3,25
70	Médico	Masculino	1,44	1,4	4,50
71	Enfermeiro	Feminino	2,33	1	4,38
72	Enfermeiro	Feminino	2,67	3	4,00
73	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,00	2,8	3,38
74	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,44	2,4	3,88
75	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,56	3,4	3,75
76	Enfermeiro	Masculino	1,67	1,8	4,88
77	Médico	Feminino	2,67	2	4,00
78	Médico	Masculino	3,44	3,4	2,63
79	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	1,8	3,88
80	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,8889	1,2	4,50
81	Médico	Feminino	3,11	3	3,13
82	Médico	Feminino	3,44	2,4	3,50
83	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,78	1	4,63
84	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,11	1,8	5,00
85	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	2,6	4,25
86	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,22	2	2,75
87	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	1,6	3,63
88	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,67	2,8	2,38
89	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,11	1,4	3,75
90	Enfermeiro	Feminino	3,11	2,6	3,38
91	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,33	1	3,38
92	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,78	2,6	4,63

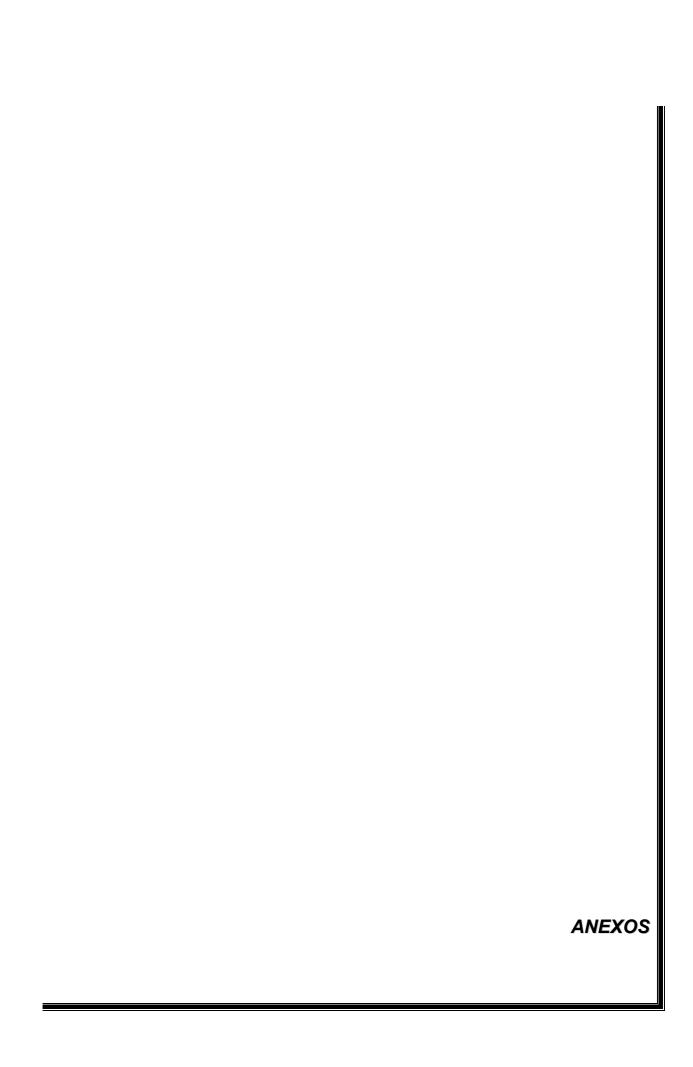
CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
93	Auxiliar ou técnico	Masculino	3,67	1,2	4,13
94	Auxiliar ou técnico	Feminino	4,22	2,2	2,88
95	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	2	3,63
96	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	3	4,13
97	Médico	Feminino	3,89	1,6	3,63
98	Médico	Masculino	3,11	2,8	4,25
99	Médico	Feminino	2,00	1,8	3,63
100	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,11	1,8	4,00
101	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	2,2	4,38
102	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,00	1,2	4,38
103	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	2,2	4,50
104	Médico	Feminino	1,44	2,6	5,00
105	Médico	Feminino	2,33	1,2	4,00
106	Médico	Feminino	2,78	1,6	4,13
107	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	1,2	4,13
108	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,3333	1	4,50
109	Médico	Masculino	1,67	1,8	4,88
110	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,00	1	4,50
111	Médico	Masculino	2,56	1,8	4,00
112	Médico	Feminino	3,22	2,8	3,50
113	Médico	Masculino	1,67	1,8	4,75
114	Enfermeiro	Feminino	3,33	2,2	3,88
115	Médico	Masculino	1,89	1,2	4,63
116	Médico	Masculino	2,78	1,8	4,63
117	Enfermeiro	Feminino	2,00	1,4	4,50
118	Médico	Feminino	2,78	1,4	4,25
119	Médico	Feminino	3,44	1,6	4,13
120	Médico	Feminino	2,89	2,4	3,63
121	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,56	2,4	2,75
122	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,89	1,8	5,00
123	Enfermeiro	Feminino	1,8889	1,2	4,50
124	Médico	Feminino	1,56	1,6	4,13
125	Médico	Feminino	2,44	1,6	4,13

CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
126	Médico	Feminino	1,89	1	4,25
127	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,00	2	3,50
128	Médico	Feminino	2,89	2,4	3,63
129	Médico	Feminino	3,22	2	3,75
130	Médico	Feminino	2,56	1,6	3,63
131	Médico	Feminino	2,11	2,2	4,00
132	Enfermeiro	Masculino	3,22	2,8	2,63
133	Médico	Feminino	2,44	2	3,63
134	Auxiliar ou técnico	Masculino	1,00	1,8	4,63
135	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,22	1	4,00
136	Médico	Feminino	2,89	3,4	2,88
137	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	2,4	4,38
138	Médico	Masculino	2,22	1,8	4,88
139	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	2,8	3,75
140	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,67	3,6	3,75
141	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,33	1	4,63
142	Médico	Feminino	2,44	2,2	3,75
143	Médico	Masculino	2,89	2,8	3,75
144	Auxiliar ou técnico	Feminino	1,56	1	4,63
145	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,89	3,2	3,50
146	Enfermeiro	Feminino	3,78	2,6	3,50
147	Médico	Feminino	3,33	2,8	3,75
148	Auxiliar ou técnico	Feminino	3,3333	2,4	4,13
149	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,11	1,2	4,25
150	Enfermeiro	Feminino	3,22	2,2	3,75
151	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,00	1,2	3,88
152	Médico	Masculino	2,67	3	3,75
CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
153	Médico	Masculino	2,56	2,2	4,00
154	Médico	Feminino	3,00	3,4	2,75
155	Médico	Feminino	3,33	1,8	3,38
156	Auxiliar ou técnico	Masculino	2,89	1,4	4,88
157	Médico	Feminino	3,44	1,2	4,00

CÓDIGO	CATEGORIA	SEXO	EE	DE	RRP
158	Médico	Masculino	4,33	2,6	3,50
159	Médico	Masculino	1,78	1,2	4,13
160	Auxiliar ou técnico	Feminino	2,44	2	4,00
161	Auxiliar ou técnico	Feminino	4,67	3,2	2,75
162	Médico	Feminino	1,56	1,6	3,25
163	Médico	Masculino	1,5556	1	4,88
164	Enfermeiro	Feminino	2,00	1,8	5,00

A População pesquisada perfez um total de 164 profissionais, sendo que:

SEXO: 127 são do sexo feminino, 37 são do masculino. CATEGORIA PROFISSIONAL: 87 são auxiliares e técnicos de Enfermagem, 20 enfermeiros e 57 médicos



#### ANEXO A

# TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFES



## UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 26 de Junho de 2008

Da: Profa. Dra. Ethel Leonor Noia Maciel

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. Luiz Henrique Borges

Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "Estudo da ocorrência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de um serviço público de Ponto de Atendimento e Maternidade no Município da Serra - ES"

Senhor Pesquisador,

Informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Protocolo de Pesquisa, No. de Registro no CEP-013/08, intitulado: "Estudo da ocorrência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de um serviço público de Ponto de Atendimento e Maternidade no Município da Serra - ES" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 25 de Junho de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup> Bra Ethel Leonor Noia Maciel COORDENADORA Comitê de Ética em Posquisa Contro de Ciências de Saúde/UFES

#### ANEXO B

# QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAUDE.

# PARTE C - CARACTERIZAÇÃO DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

(Questionário Maslach Burnout Inventory – HSS – 1986)

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em **relação a seu trabalho.** 

1. NUNCA 2. RARAMENTE 3. ALGUMAS VEZES 4. FREQUENTEMENTE 5. SEMPRE COM QUE FREQUÊNCIA SENTE ISSO 1 2 3 5 1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho. 2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho. 3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho. 4. Eu posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender acerca das coisas que acontecem no dia a dia. 5. Eu sinto que trato algumas das pessoas que tenho que atender como se fossem objetos. 6. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim. 7. Eu trato de forma adequada os problemas das pessoas que tenho que atender. 8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho. 9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas desde que comecei este 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 o meu trabalho. 14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego. 15.Eu não me importo realmente com o que acontece com algumas das pessoas que tenho que atender. 16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado. 17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com as pessoas que tenho que atender. 18.Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com as pessoas que 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 as pessoas que atendo me culpam por alguns de seus problemas.

#### ANEXO C

#### TESTES DE NORMALIDADE REFERENTE A ANALISE BIVARIADA

# 1 - Introdução

Para saber qual análise utilizar testa-se se os dados provém de uma distribuição Normal (Gauss) através de um teste de normalidade. Quando as variáveis são distribuídas normalmente, podemos aplicar uma grande maioria de testes e métodos estatísticos conhecidos, como testes t para médias, correlação de Pearson e ANOVA. O teste de Shapiro-Wilk é um dos testes de normalidade mais usados, testa a hipótese de que os dados provêm de uma distribuição normal. Valores significativos no teste (p-valor < 0,05) indicam que a distribuição dos dados difere significantemente de uma distribuição normal.

Quando as variáveis não são distribuídas de acordo com a curva da normal (GAUSS) recorre-se às estatísticas não-paramétricas. Estas técnicas têm diversas vantagens sobre os métodos paramétricos, uma delas é que não exigem todos os pressupostos restritivos dos testes paramétricos, muito menos exigem que as variáveis venham de uma distribuição Normal. Precisamos somente que as variáveis sejam ordenáveis, para aplicarmos os postos ou ordem. Os testes são feitos em cima destes postos, e não dos valores reais das observações. O uso de postos torna as técnicas não-paramétricas menos sensíveis aos erros de medidas e a valores extremos do que os testes paramétricos.

#### 2 – Análise do burnout segundo as variáveis sócio-demográficas

Nesta parte do trabalho analisa-se cada dimensão do burnout com as variáveis sócio demográficas. Para as variáveis contínuas Idade, Número de filhos e renda utiliza-se a técnica de correlação, para as demais variáveis (categóricas) técnicas de comparação de médias.

Antes de definir qual técnica utilizar é preciso recorrer ao teste de normalidade.

Tabela 1 – Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis categóricas do questionário sociodemográfico.

			p-valores do teste de shapiro-wilk					
Variáveis		Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional				
Sexo								
Masculino		0,756	0,013*	0,070				
Feminino		0,022*	0,002*	0,026*				
Estado civil		,	·	,				
Solteiro		0,869	0,089	0,634				
Viúvo		0,000*	0,000*	0,637				
Casado		0,191	0,001*	0,247				
Divorciado		0,035*	0,024*	0,238				

Tabela 1 – Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis

categóricas do questionário sociodemográfico.

	p-v	p-valores do teste de shapiro-wilk					
Variáveis	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional				
Filhos							
Sim	0,047*	0,000*	0,039*				
Não	0,721	0,019*	0,624				
Contribuição no rendimento							
Menos da metade	0,124	0,216	0,152				
Metade	0,950	0,081	0,214				
Mais da metade	0,797	0,005*	0,202				
Total	0,107	0,003*	0,058				
Escolaridade		,	,				
Ensino fundamental	0,762	0,459	0,741				
Ensino médio	0,378	0,024*	0,128				
Superior	0,150	0,004*	0,062				

<sup>\*</sup> p<0,05

Tabela 2 - Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout e das variáveis contínuas do questionário sociodemográfico.

Variáveis	p-valor
Dimensões	
Exaustão emocional	0,040*
Despersonalização	0,000*
Realização profissional	0,012*
Idade	0,001*
Número de filhos	0,000*
Renda (SM)	0,000*

<sup>\*</sup> p<0,05

Observa-se que grande parte das variáveis não tem distribuição normal (GAUSS), por isso passa-se a utilizar técnicas não paramétricas de comparação ou correlação.

# 3 - Análise do burnout segundo as variáveis da caracterização do trabalho

Analisa-se cada dimensão do burnout com as variáveis da caracterização do trabalho. Para as variáveis contínuas tempo de serviço, horas semanais de plantão, horas para aprimoramento profissional utiliza-se a técnica de correlação, para as demais variáveis (categóricas) técnicas de comparação de médias. Antes de definir qual técnica utilizar é preciso recorrer ao teste de normalidade.

Tabela 3 – Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis categóricas do questionário caracterização do trabalho.

	p-valores do teste de shapiro-wilk					
Variáveis	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional			
Instituições de saude que trabalha						
Uma	0,561	0,917	0,375			
Duas	0,345	0,051	0,071			
Três ou mais	0,606	0,161	0,152			
Período de trabalho						
Diurno	0,650	0,101	0,636			
Noturno	0,197	0,734	0,599			
Ambos	0,581	0,010*	0,092			
Vínculo						
Celetista	0,558	0,080	0,278			
Estatutário	0,752	0,006*	0,056			
Categoria profissional						
Auxiliar ou técnico	0,330	0,484	0,098			
Enfermeiro	0,290	0,322	0,842			
Médico	0,307	0,013*	0,087			
Possui especialização						
Sim	0,432	0,007*	0,030*			
Não	0,027*	0,002*	0,152			
Titulação da especialização						
Pós-médio	0,330	0,484	0,098			
Lato sensu	0,315	0,010*	0,090			
Mestrado	0,952	0,414	0,970			
Apresentou atestado médico						
Sim	0,779	0,327	0,246			
Não	0,115	0,014*	0,084			
Necessitou licença não justificada						
Sim	0,400	0,015*	0,421			
Não	0,289	0,005*	0,025*			
Gozou férias nos últimos 12 meses						
Sim	0,230	0,051	0,142			
Não	0,820	0,068	0,112			

<sup>\*</sup> p<0,05

Tabela 4 - Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout e das variáveis contínuas do questionário caracterização do trabalho.

Variáveis	p-valor
Dimensões	
Exaustão emocional	0,040*
Despersonalização	0,000*
Realização profissional	0,012*
Tempo de serviço	0,000*
Horas semanais de plantão	0,000*
Horas para aprimoramento profissional	0,000*

<sup>\*</sup> p<0,05

Observa-se que para as variáveis categóricas algumas não apresentaram distribuição normal (GAUSS), então melhor utilizar técnicas não paramétricas de comparação ou correlação para manter o mesmo padrão de testes.

# 4 – Análise do burnout segundo caracterização das fontes de tensão e cansaço

Analisa-se cada dimensão do burnout com perguntas do questionário da caracterização das fontes de tensão e cansaço. Para estas análises utiliza-se técnicas de comparação de médias. Antes de definir qual técnica utilizar é preciso recorrer ao teste de normalidade.

Tabela 5 – Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis do questionério constante de fontes de tançõe a consecutivaçõe des fontes de tanções a consecutivaçõe des fontes de tanções a consecutivações de fontes de tanções a consecutivações de fontes de tanções a consecutivações de fontes de tanções d

questionário caracterização das fontes de tensão e cansaço.

	p-valores do teste de shapiro-wilk									
Questões	Exaustão emocional		Desp	Despersonalização			Realização profissional			
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Às vezes	Não	Sim	Às vezes	Não	
Jornada de trabalho muito extensa. Pouco tempo	0,411	0,003*	0,471	0,064	0,050*	0,005*	0,043*	0,178	0,483	
para pausas no trabalho. O trabalho em	0,538	0,010*	0,644	0,047*	0,002*	0,167	0,105	0,743	0,257	
plantões noturnos. O trabalho em	0,257	0,227	0,457	0,028*	0,058	0,003*	0,251	0,282	0,308	
plantões nos fins- de-semana. Não poder sugerir	0,618	0,021*	0,159	0,009*	0,029*	0,017*	0,147	0,385	0,018*	
modificações para realizar o trabalho	0,261	0,102	0,069	0,071	0,005*	0,010*	0,184	0,034*	0,172	
Problemas com chefias Falta de cooperação entre	0,222	0,167	0,056	0,369	0,156	0,000*	0,130	0,074	0,006*	
os profissionais de sua categoria profissional. Falta de	0,635	0,473	0,043*	0,565	0,003*	0,032*	0,247	0,035*	0,290	
cooperação com os demais profissionais no hospital. Pressão da	0,199	0,118	0,746	0,729	0,005*	0,008*	0,206	0,009*	0,125	
população usuária do serviço, filas. Situações de violência e	0,002*	0,004*	0,177	0,047*	0,014*	0,041*	0,011*	0,258	0,058	
agressões por parte da população usuária do serviço.	0,235	0,023*	0,035*	0,034*	0,002*	0,000*	0,016*	0,196	0,021*	
Má remuneração pelo trabalho que realiza.	0,208	0,417	0,010*	0,001*	0,364	0,097	0,045*	0,183	0,333	

Tabela 5 - Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis do

questionário caracterização das fontes de tensão e cansaço.

	p-valores do teste de shapiro-wilk									
Questões	Exaustão emocional		Desp	Despersonalização			Realização profissional			
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Às vezes	Não	Sim	Às vezes	Não	
Falta de										
condições materiais para realizar adequadamente o trabalho. Ambientes muito	0,105	0,032*	0,386	0,003*	0,035*	0,443	0,056	0,147	0,588	
tumultuados e barulhentos durante o trabalho. O trabalho é	0,135	0,007*	0,763	0,028*	0,007*	0,354	0,008*	0,257	0,025*	
monótono e desinteressante.	0,621	0,876	0,005*	0,400	0,775	0,000*	0,043*	0,001*	0,090	
Ritmo de trabalho muito acelerado. Responsabilidade muito grande no trabalho que	0,513	0,003*	0,136	0,041*	0,001*	0,074	0,126	0,539	0,187	
realiza, sendo que qualquer descuido pode ocasionar prejuízos ao paciente.	0,287	0,606	0,441	0,001*	0,064	0,135	0,056	0,430	0,902	
Sobrecarga de trabalho devido quantidade de profissionais que trabalham com você.	0,583	0,045*	0,016*	0,035*	0,001*	0,174	0,040*	0,197	0,069	
Más condições para conforto durante os plantões	0,698	0,530	0,010*	0,005*	0,077	0,001*	0,124	0,011*	0,546	
Ter pouco tempo para dedicar-se às necessidades da família. Ter pouco tempo	0,395	0,084	0,463	0,016*	0,012*	0,064	0,050*	0,111	0,070	
para dedicar-se a outras necessidades pessoais.	0,383	0,056	0,108	0,025*	0,002*	0,031*	0,071	0,039*	0,050*	

<sup>\*</sup> p<0,05

Observa-se que para as variáveis categóricas algumas não apresentaram distribuição normal (GAUSS), então melhor utilizar técnicas não paramétricas de comparação ou correlação para manter o mesmo padrão de testes.

# 5 Análise do burnout segundo caracterização do trabalho

Para analisar cada dimensão do burnout com as variáveis da caracterização do trabalho. Para as variáveis contínuas tempo de serviço, horas semanais de plantão, horas para aprimoramento profissional utiliza-se a técnica de correlação, para as demais variáveis (categóricas) técnicas de comparação de médias. Antes de definir qual técnica utilizar é preciso recorrer ao teste de normalidade.

Tabela 6 - Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout com as variáveis

categóricas do questionário caracterização do trabalho.

	p-valores do teste de shapiro-wilk					
Variáveis	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional			
Instituições de saude que trabalha						
Uma	0,561	0,917	0,375			
Duas	0,345	0,051	0,071			
Três ou mais	0,606	0,161	0,152			
Período de trabalho						
Diurno	0,650	0,101	0,636			
Noturno	0,197	0,734	0,599			
Ambos	0,581	0,010*	0,092			
Vínculo						
Celetista	0,558	0,080	0,278			
Estatutário	0,752	0,006*	0,056			
Categoria profissional						
Auxiliar ou técnico	0,330	0,484	0,098			
Enfermeiro	0,290	0,322	0,842			
Médico	0,307	0,013*	0,087			
Possui especialização						
Sim	0,432	0,007*	0,030*			
Não	0,027*	0,002*	0,152			
Titulação da especialização						
Pós-médio	0,330	0,484	0,098			
Lato sensu	0,315	0,010*	0,090			
Mestrado	0,952	0,414	0,970			
Apresentou atestado médico						
Sim	0,779	0,327	0,246			
Não	0,115	0,014*	0,084			
Necessitou licença não justificada						
Sim	0,400	0,015*	0,421			
Não	0,289	0,005*	0,025*			
Gozou férias nos últimos 12 meses						
Sim	0,230	0,051	0,142			
Não	0,820	0,068	0,112			

<sup>\*</sup> p<0,05

Tabela 7 - Resultados do teste de normalidade das dimensões do burnout e das variáveis contínuas do questionário caracterização do trabalho.

Variáveis	p-valor
Dimensões	
Exaustão emocional	0,040*
Despersonalização	0,000*
Realização profissional	0,012*
Tempo de serviço	0.000*
Horas semanais de plantão	0,000*
Horas para aprimoramento profissional	0,000*

<sup>\*</sup> p<0,05

Observa-se que para as variáveis categóricas algumas não apresentaram distribuição normal (GAUSS), então melhor utilizar técnicas não paramétricas de comparação ou correlação para manter o mesmo padrão de testes.

# Livros Grátis

( <a href="http://www.livrosgratis.com.br">http://www.livrosgratis.com.br</a>)

# Milhares de Livros para Download:

<u>Baixar</u>	livros	de	Adm	inis	tra	ção

Baixar livros de Agronomia

Baixar livros de Arquitetura

Baixar livros de Artes

Baixar livros de Astronomia

Baixar livros de Biologia Geral

Baixar livros de Ciência da Computação

Baixar livros de Ciência da Informação

Baixar livros de Ciência Política

Baixar livros de Ciências da Saúde

Baixar livros de Comunicação

Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE

Baixar livros de Defesa civil

Baixar livros de Direito

Baixar livros de Direitos humanos

Baixar livros de Economia

Baixar livros de Economia Doméstica

Baixar livros de Educação

Baixar livros de Educação - Trânsito

Baixar livros de Educação Física

Baixar livros de Engenharia Aeroespacial

Baixar livros de Farmácia

Baixar livros de Filosofia

Baixar livros de Física

Baixar livros de Geociências

Baixar livros de Geografia

Baixar livros de História

Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura

Baixar livros de Literatura de Cordel

Baixar livros de Literatura Infantil

Baixar livros de Matemática

Baixar livros de Medicina

Baixar livros de Medicina Veterinária

Baixar livros de Meio Ambiente

Baixar livros de Meteorologia

Baixar Monografias e TCC

Baixar livros Multidisciplinar

Baixar livros de Música

Baixar livros de Psicologia

Baixar livros de Química

Baixar livros de Saúde Coletiva

Baixar livros de Serviço Social

Baixar livros de Sociologia

Baixar livros de Teologia

Baixar livros de Trabalho

Baixar livros de Turismo