

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
ESTUDO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**

Daniela Virote Kassick Müller

Porto Alegre, 2004

Daniela Virote Kassick Müller

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
ESTUDO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado
Profissionalizante em Engenharia como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Engenharia modalidade Profissionalizante
– Ênfase Ergonomia

Orientador: Professor (a) Dr^a Lia Buarque de
Macedo Guimarães

Porto Alegre, 2004

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em Engenharia e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^a. Lia Buarque de Macedo Guimarães, Dr^a.

Orientador Escola de Engenharia/UFRGS

Prof. Helena Beatriz Betella Cybis, Dr^a.

Coordenadora MP/Escola de Engenharia/UFRGS

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Márcia Elisa Soares Echeveste
PPGEP/UFRGS

Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira
CEDOP/UFRGS

Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Jacques
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pela oportunidade de realizar o trabalho na instituição e aos profissionais da área de assistência, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que dispuseram de seu tempo para colaborarem comigo na pesquisa.

Às professoras Lia e Maria da Graça, pelo auxílio e orientação e à engenheira Léria pela disposição e acesso ao hospital.

Ao meu marido, pelo seu amor e paciência e aos meus pais e irmãos pelo apoio e dedicação.

Agradeço, também, à amiga e colega Dione, pelo companheirismo no enfrentamento das dificuldades encontradas.

A todos o meu mais sincero muito obrigada.

RESUMO

A presente investigação avalia o desgaste profissional ou Síndrome de *Burnout* entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com uma amostra de 55 pessoas. Foi utilizado o questionário de *Burnout* (MASLACH e JACKSON, 1981), adaptado de Lautert (1995) como instrumento de pesquisa que considera as três categorias ou subescalas da Síndrome: Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência Profissional. Os resultados mostraram que os enfermeiros estão mais desgastados emocional e profissionalmente em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo que os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional apresentam maiores níveis de *Burnout* quando comparados aos mais experientes.

Palavras-chave: *Burnout*; Enfermagem; Hospital.

ABSTRACT

The present investigation evaluates the professional distress or *Burnout* Syndrome among nurses, technicians and nurse auxiliars of Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre, with a sample of 55 people. A *Burnout* questionnaire (MASLACH e JACKSON, 1981), adapted by Lautert (1995) was used as research instrument which takes into consideration the three categories or subscales of the Syndrome: Emocional exhaustion, anomy, and feeling of professional incompetence. The results have shown that the nurses are more distressed emotionally and professionally when compared to the technicians and nursing auxiliars, whereas the less professionally experienced nurses have shown higher levels of *Burnout* when compared to the more professionally experienced ones.

Keywords: *Burnout*; Nursing; Hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra do corpo de enfermagem do hospital em estudo.....	59
Tabela 2: Características profissionais dos indivíduos da amostra	63
Tabela 3: Subescala de Exaustão Emocional	65
Tabela 4: Subescala de Despersonalização	68
Tabela 5: Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional	69
Tabela 6: Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares nas subescalas do Questionário de <i>Burnout</i>	70
Tabela 7: Subescala de Exaustão Emocional em relação à idade	71
Tabela 8: Subescala de Despersonalização em relação à idade	72
Tabela 9: Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional em relação à idade	73
Tabela 10: Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto às suas idades e os níveis de <i>Burnout</i>	74
Tabela 11: Subescala de Exaustão Emocional dos indivíduos quanto ao contato apresentado com os pacientes no local de trabalho	76
Tabela 12: Subescala de Despersonalização dos indivíduos quanto ao contato com os pacientes no local de trabalho	77
Tabela 13: Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional quanto ao contato com os pacientes no local de trabalho	77

Tabela 14: Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto ao contato dispensado com os pacientes nas subescalas do Questionário de <i>Burnout</i>	78
Tabela 15: Subescala de Exaustão Emocional dos indivíduos da amostra por carga horária de trabalho semanal total	80
Tabela 16: Subescala de Despersonalização dos indivíduos da amostra por carga horária total de trabalho semanal	80
Tabela 17: Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional dos indivíduos da amostra por carga horária de trabalho semanal	81
Tabela 18: Teste U de Mann-Whitney para avaliar se existe diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto à carga horária de trabalho total nas subescalas do Inventário de <i>Burnout</i>	82
Tabela 19: Subescala de Exaustão Emocional do Questionário de <i>Burnout</i> dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde	82
Tabela 20: Subescala de Despersonalização do Questionário de <i>Burnout</i> dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde	83
Tabela 21: Subescala de Incompetência do Questionário de <i>Burnout</i> dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde	84
Tabela 22: Teste U de Mann-Whitney para avaliar se existe diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto ao tempo de trabalho nas subescalas do Questionário de <i>Burnout</i>	86

SUMÁRIO

RESUMO	04
ABSTRACT	05
LISTA DE TABELAS	06
1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Objetivo	14
1.2. Estrutura do trabalho	14
2. O TRABALHO EM HOSPITAL	16
2.1. O surgimento do hospital no mundo e no Brasil	16
2.2. Características da organização hospitalar	17
2.3. Fatores do trabalho que podem levar ao estresse ocupacional	18
3. TRABALHO DE ENFERMAGEM	20
3.1. O nascimento da enfermagem	20
3.2. Enfermagem hospitalar	22
3.3. Características do trabalho de enfermagem	23
3.4. Hierarquia de trabalho na equipe de enfermagem	24
4. A SÍNDROME DE DESGASTE PROFISSIONAL OU <i>BURNOUT</i>	27
4.1. Estresse	27
4.2. Estresse ocupacional.....	30

4.3. A síndrome de <i>Burnout</i>	32
4.3.1. Modelos teóricos da síndrome de <i>Burnout</i>	38
4.3.2. Fatores desencadeadores da síndrome de <i>Burnout</i>	41
4.3.3. Sintomas e conseqüências da síndrome de <i>Burnout</i>	42
4.3.4. A síndrome de <i>Burnout</i> no trabalho de enfermagem	45
4.3.5. Revisão de estudos referentes à síndrome de <i>Burnout</i> na área de enfermagem hospitalar	46
5. MÉTODO DE ESTUDO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	51
5.1. Caracterização da instituição estudada	51
5.2. Amostra	53
5.3. Descrição dos instrumentos para coleta de dados	53
5.4. Procedimento para coleta de dados	55
5.5. Procedimento para a análise dos resultados	56
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
6.1. Variáveis sociodemográficas dos profissionais da área de assistência hospitalar (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	59
6.2. Variáveis profissionais dos trabalhadores da área de assistência hospitalar (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	63
6.3. Resultados das análises das variáveis sociodemográficas com os escores de <i>Burnout</i> e as profissões da área de enfermagem	65
6.3.1. Subescala de Exaustão Emocional	65
6.3.2. Subescala de Despersonalização	67
6.3.3. Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional	68
6.4. Relação das idades dos profissionais da área de assistência com a síndrome de <i>Burnout</i>	71

6.5. Relação do contato com os pacientes nos locais de trabalho e o <i>Burnout</i>	75
6.6. Relação da carga horária de trabalho total dos profissionais da área de assistência com o <i>Burnout</i>	79
6.7. Relação do tempo de experiência profissional na área de assistência com o <i>Burnout</i>	82
7. CONCLUSÃO	87
7.1. Propostas para trabalhos futuros	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	102
APÊNDICE I – Consentimento Livre e Esclarecido	103
APÊNDICE II – Dados do Perfil Sócio-demográfico	104
ANEXOS	106
ANEXO I – Questionário de <i>Burnout</i>	107

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é essencial à vida e à felicidade do ser humano, mas também pode ser fonte de tensão e estresse (PAES da SILVA, 1998). A mesma dualidade que o estresse apresenta, aparece na acepção do termo “trabalho” que vem mudando seu significado ao longo da história. Originado do latim, *tripalium* refere-se a um instrumento feito de três paus afiados munidos de pontas de ferro utilizado por agricultores no trato do cereal ou ainda como instrumento de tortura para punir indivíduos que, ao perderem o direito à liberdade, eram condenados ao trabalho forçado. Na concepção religiosa, o trabalho aparece trazendo uma conotação de sofrimento e culpa. No livro do Gênesis, na Bíblia, o homem foi condenado ao trabalho porque Eva e Adão cometeram pecado. Sendo assim, o trabalho foi considerado o castigo no qual o homem teria que trabalhar e, com seu suor, conseguir o próprio alimento para manter a sobrevivência. Por outro lado, o trabalho também vem do grego *ergon* (GRANDJEAN, 1998), trazendo sentido à vida, atribuindo-lhe valor e significado (MIELNIK, 1975; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002; GUIMARÃES, 1999), sendo importante para o saudável desenvolvimento do sujeito, bem como para o seu reconhecimento social (COOPER e BAGLIONE, 1988). Fica claro, então, que o trabalho não tem somente um significado material, como fonte de recursos para a sobrevivência do indivíduo, mas um significado psicológico e social (DEJOURS, 1992).

Se por um lado o trabalho pode ser fonte de satisfação pessoal (MIELNIK, 1975), a agilidade e rapidez na execução das tarefas, a exigência de grande produtividade associada à qualidade total de serviços, bem como a necessidade de constante atualização nas modernas dinâmicas de trabalho, têm representado sobrecarga física e emocional para o trabalhador, influenciando a sua saúde.

O homem sempre foi vítima dos riscos existentes no trabalho. *Risicus* ou *riscus*, do latim, significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável e às vezes até mesmo previsível. Em 1700, Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, estabeleceu uma relação entre “trabalho” e “doença” a partir da publicação do livro *De Morbis Artificum Diatriba* (As doenças dos trabalhadores). Ramazzini foi o primeiro a estudar com afinco as doenças ocupacionais, descrevendo os riscos específicos de cada uma delas (BULHÕES, 1994), mesmo os ocultos, como é o caso dos riscos psíquicos e psicossociais (MAURO, 1996).

Profissões tais como a de enfermagem, tão antiga quanto a própria humanidade (SCHMIDT, 1984), que tem por base prestar assistência a outros seres humanos, promovendo, mantendo ou recuperando sua saúde, estão mais expostas a fatores de risco ocupacionais que podem causar danos à saúde e levar a desordens psicológicas, como o estresse ocupacional (BULHÕES, 1994). Para Cooper e Mitchel (1990)¹ apud Stacciarini e Tróccoli (2000), a enfermagem é considerada a quarta ocupação mais estressante do setor público (WILKINSON 1991; GUEDES e MAURO, 2000).

O profissional de enfermagem no nível hospitalar está em exposição contínua ao sofrimento e, muitas vezes, à morte de seus pacientes (PITTA, 2003; COOPER e BAGLIONI, 1988). A estes profissionais, cabe a difícil tarefa de coordenar as funções de cuidados ao paciente, interagindo com médicos e com os interesses da administração hospitalar. Por tratar-se de uma profissão que está historicamente envolvida por uma idéia de vocação e benevolência, muitas vezes, as relações típicas de trabalho são extrapoladas (LAUTERT, 1995). Sendo assim, o estresse passou a ser um importante indicador do nível de tensão organizacional e pessoal, servindo de medida da qualidade de vida das pessoas, produtos, serviços e resultados (GUIMARÃES, 1999; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997).

¹ COOPER, C. & MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. *Human Relations*, n°43. 1990.

O conceito de estresse vem sendo amplamente divulgado, seja no meio científico, seja pelos meios de comunicação. Este uso tão difundido faz com que, muitas vezes, o termo seja empregado erroneamente, em lugar de outras palavras, como: cansaço, ansiedade, frustração, dificuldade, etc., o que favorece uma certa confusão em torno do seu verdadeiro significado (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002). Resumidamente, o estresse pode ser explicado como sendo um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação do organismo quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça feliz (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002).

Quando está relacionado ao ambiente de trabalho, o estresse passa a ser conhecido como estresse ocupacional, que pode ser definido como sendo um estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002; GRANDJEAN, 1998). Um subtipo de neurose ou estresse ocupacional a que os profissionais da área de serviços humanos são os mais predispostos é a síndrome de desgaste profissional ou *Burnout* (MASLACH, 1982), que ocorre porque, nestas profissões, há uma relação interpessoal muito intensa (LAUTERT, 1995; DEWE, 1989).

O *Burnout*, do anglo-saxão, *queimadura interna*, é a resposta ao estresse ocupacional e/ou institucional crônico, derivado de atitudes e sentimentos negativos das pessoas com quem se trabalha ou a quem se destina o trabalho (MASLACH e JACKSON, 1981; GIL-MONTE, 2000 e 2003; BULHÕES, 1994; FRANÇA, 1999 e 1996; MASLACH e LEITER, 1999; CODO, 1999; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001). No caso dos profissionais da área de assistência, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, a responsabilidade pela vida e pelo bem-estar dos outros é um alto fator de carga mental que pode gerar estresse ocupacional e, conseqüentemente, *Burnout* (MAURO, 1996; ORTIZ e PATIÑO, 1991; OTERO, 1993; CODO, 1999; MORENO, OLIVER, PASTOR e ARAGONESES, 1990a e 1990b; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997).

Por isto, muitas empresas têm se preocupado com a qualidade de vida laboral que oferecem a seus empregados, pois esta pode refletir no estado de saúde física e mental do trabalhador, levando a repercussões sobre a própria organização. No caso dos profissionais da área da saúde, a incidência da síndrome de *Burnout* pode levar a repercussões sobre a sociedade em geral (GIL-MONTE, 2000 e 2003; CARLOTTO e GOBBI, 1999). Pines e Aronson (1988) destacam que o desenvolvimento do *Burnout* nos profissionais de enfermagem, quando não controlado, diminui a produtividade, aumenta o absenteísmo e pode levar o trabalhador até mesmo ao abandono da profissão, evitando, assim, o contato direto com pacientes (FIGUEIREDO *et al*, 1998).

1.1. OBJETIVO

Esta pesquisa tem por objetivo identificar, através do questionário de *Burnout*, a ocorrência da síndrome de *Burnout* entre os profissionais da área de assistência à saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares), bem como verificar se aspectos pessoais e organizacionais, principalmente em relação à hierarquia profissional, influenciam no aparecimento dos sintomas.

1.2. ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo é composto de mais 6 capítulos, além desta introdução.

O capítulo 2 refere-se à revisão de literatura sobre o trabalho em hospital, o capítulo 3 refere-se à revisão de literatura sobre o trabalho de enfermagem e o capítulo 4 sobre a síndrome de desgaste profissional ou *Burnout*. No segmento 4.3.5. são revisados alguns estudos referentes à síndrome de *Burnout* no trabalho de enfermagem hospitalar no Brasil e no mundo.

O capítulo 5 refere-se ao Método utilizado para a elaboração desta dissertação. Este caracterizando a instituição estudada, os procedimentos para coleta de dados e a Metodologia para a análise dos resultados.

O capítulo 6 apresenta os resultados dos questionários aplicados, bem como sua análise e discussão.

O capítulo 7 apresenta as conclusões deste estudo e algumas propostas para trabalhos futuros.

2. O TRABALHO EM HOSPITAL

2.1. O SURGIMENTO DO HOSPITAL NO MUNDO E NO BRASIL

Da profana incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, até a nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico (PITTA, 2003).

O nascimento do hospital, como cenário da medicina e com finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente. No final do século XVIII, Howard, um filantropo inglês, desenvolveu o primeiro trabalho descrevendo o sistema hospitalar da época. No mesmo período, entre 1775 a 1780, a Academia de Ciências da França designa o médico Tenon para percorrer hospitais de toda Europa elaborando um relatório sobre seu funcionamento. Esses documentos constituíram os primeiros relatos sobre o sistema hospitalar com olhar e intenções terapêuticas, com a finalidade de desenvolver um programa de reforma e reconstrução do hospital (PITTA, 2003).

Foucault (1981) assinala a importância do registro destes pesquisadores, dizendo: *“Nenhuma teoria médica por si só é suficiente para definir um programa hospitalar. Além disso, nenhum plano arquitetônico abstrato pode dar a fórmula do bom hospital. Este é um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las. Somente um inquérito empírico sobre esse novo objeto ou esse objeto interrogado e isolado de maneira nova – o hospital – será capaz de dar idéia de um novo programa de construção de hospitais”*. Segundo o autor, estes pesquisadores valorizaram as reais características dos hospitais, delegando, assim, sua função sagrada de curar vidas (PITTA, 2003).

As primeiras instituições brasileiras de cunho hospitalar foram as Santas Casas de Misericórdia, criadas por volta de 1543, logo após o descobrimento do Brasil, com o objetivo de recolher pobres e órfãos. O cuidado aos doentes era prestado por escravos e voluntários, sendo supervisionado por religiosos, os quais também auxiliavam na assistência dessas pessoas. Este modelo assistencial consistia em abrigar e cuidar dos desamparados, além de ensinar essas pessoas sobre noções de higiene, afazeres domésticos e cuidados com os demais (LAUTERT, 1995).

2.2. CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

As organizações de saúde, em função da natureza do trabalho coletivo de cuidar de pessoas doentes, são espaços sociais, por si só, de natureza conflituosa (ALVES, 1994; FARIAS e VAITSMAN, 2002). Difere de outras organizações de trabalho por sua complexidade, onde as demandas e as necessidades dos pacientes não podem ser adiadas e não permitem padronizações excessivas, em virtude das exigências do tratamento personalizado e efetiva integração entre os diversos serviços oferecidos de modo a cumprir sua função social (ALVES, 1994).

Apesar de ainda preservar algumas características da religiosidade caritativo-assistencial do seu surgimento (PITTA, 2003), o hospital se constitui por um complexo sistema de divisão de trabalho, no qual interagem diferentes grupos de trabalhadores com papéis distintos, interdependência de atividades e múltiplos níveis de autoridade e hierarquia (CANDEIAS e ABUJAMRA, 1992; LAUTERT, 1997b).

As organizações hospitalares são classificadas como organizações de profissionais ou de especialistas, onde a característica central é o papel exercido pelos profissionais na execução dos objetivos da organização. Por essa razão, estes ocupam o ápice da pirâmide de estratificação interna, constituindo uma fonte de autoridade que se sobrepõe até mesmo à autoridade administrativa. Normalmente esse grupo corresponde aos médicos. Embora este grupo materialize a própria identidade da organização; do ponto de vista quantitativo, é uma parcela relativamente pequena dos trabalhadores (FARIAS e VAITSMAN, 2002).

A dicotomia entre os médicos e os demais profissionais da saúde que dão suporte e viabilizam a realização das suas atividades, constitui a característica fundamental para geração de conflitos. Aos demais profissionais, são conferidas diferentes posições de *status* de acordo com a proximidade que mantêm em relação ao grupo principal, os médicos. Os profissionais da área da saúde de nível superior, como os enfermeiros, beneficiam-se, por um lado, por também pertencerem a uma área afim; porém, por outro, não escapam dos efeitos derivados da hierarquia de poder e prestígio dos médicos (FARIAS e VAITSMAN, 2002).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem formam um grupo sobre o qual a sobreposição das diferentes fontes de poder e autoridade e das hierarquias que elas estabelecem no meio hospitalar, fazem-se sentir com maior força. Correspondem às funções subordinadas da estrutura organizacional, não possuindo praticamente nenhuma autonomia. Tratando-se de ocupações com menor grau de qualificação, mas diretamente vinculadas ao espaço no qual a relação entre saber e poder é explícita, esses funcionários são vítimas da permanente pressão e controle que emana da hierarquia profissional (FARIAS e VAITSMAN, 2002).

2.3. FATORES DO TRABALHO QUE PODEM LEVAR AO ESTRESSE OCUPACIONAL

São cada vez mais numerosos os fatores de risco à saúde e ao sofrimento psíquico dos trabalhadores, indicando que as exigências impostas ao homem moderno, pela atual configuração sócio-econômica e histórica, pode ultrapassar sua capacidade de resposta de adaptação (GUIMARÃES, 1999; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002); porém, o conhecimento de que o trabalho adoece é milenar (PITTA, 2003).

A psicopatologia do trabalho surge como uma das formas de estudar os efeitos do contexto do trabalho na vida dos trabalhadores e representa a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do indivíduo com a realidade e o sofrimento do seu trabalho (GLINA, 1990).

Para Leplat (1978), o conjunto de fatores que determinam a conduta do trabalhador são definidos como condições de trabalho, ou seja, as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do trabalho (DEJOURS *et al.*, 1994). Estas são constituídas pelas exigências que definem o próprio trabalho, pelos critérios de avaliação e pelas características pessoais do trabalhador, tais como: organização, remuneração e ambiente, podendo ter conseqüências sobre o estado físico, mental e psicológico do trabalhador, o que, em situações extremas, gera insatisfação, desconforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças, absenteísmo e acidentes de trabalho (BULHÕES, 1994).

A organização do trabalho é o contraste entre as condições de trabalho, podendo ter, por um lado, a divisão do trabalho, que consiste na divisão das tarefas, cadência, modo operatório prescrito, entre outros, e, por outro, a divisão de homens, caracterizada pela divisão de responsabilidades, hierarquia, etc. Se, por um lado, as condições de trabalho tem por alvo principal o corpo, a organização do trabalho atua no funcionamento psíquico dos indivíduos (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994). Sendo assim, todo profissional sofre influências do seu trabalho, tanto benéficas quanto nocivas, em qualquer dos aspectos da sua vida. Este fato também ocorre com os profissionais da área de assistência à saúde: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (TITTONI, 1997).

3. TRABALHO DE ENFERMAGEM

O setor de serviços de saúde contribui globalmente em cerca de 15% do produto interno bruto dos países desenvolvidos e, no entanto, é o que menos presta atenção a seus empregados (DELGADO *et al.*, 1993; OTERO, 1993; GARCÍA, 1994). Quando se fala no processo de trabalho em saúde, antes de mais nada, é preciso considerar três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, é uma forma de trabalho que, em geral, compartilha características comuns com outros processos que se dão na economia. Segundo, é um *serviço*, serviço de assistência à saúde. E, por último, que este serviço baseia-se numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do trabalho. Este serviço se realiza sobre pessoas, com base num envolvimento onde o consumidor contribui no processo de trabalho, sendo parte deste e, freqüentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica (NOGUEIRA, 1987 e 1991).

Guedes e Mauro (2000) relatam que os profissionais de enfermagem, no desenvolvimento de suas ações na proteção, promoção e recuperação da saúde, assistem o ser humano, avaliando suas necessidades e implementando a assistência nas condições e no local em que se encontra. O serviço de enfermagem detém, por si só e de forma natural, a coordenação da assistência ao paciente e, com isso, assegura de forma permanente uma interface entre os pacientes e os médicos (BULHÕES, 1994).

3.1. O NASCIMENTO DA ENFERMAGEM

O trabalho de enfermagem existe há tanto tempo quanto a própria humanidade e é caracterizado pela assistência prestada por um ser humano a outro ser humano, especialmente quando este é atingido em sua integridade física e mental (SCHMIDT, 1984).

Certamente, as primeiras vocações para o cuidado e assistência à saúde se situavam na religião e não na ciência e na técnica (PITTA, 2003). Mello (1986) assinala que na era pré-cristã já ocorria o preparo de pessoas que possuíam habilidades e conhecimentos para cuidar dos doentes, sendo estes: sacerdotes, feiticeiros e mulheres. No Egito, havia sacerdotes que cuidavam de ricos e os que cuidavam dos pobres. Na Roma antiga, a atividade de cuidar dos doentes não era digna para os cidadãos romanos, sendo exercida por estrangeiros ou escravos. Na idade média, os religiosos assumem esta tarefa, desenvolvendo-a principalmente nos séculos XI e XII com as Cruzadas.

No entanto, ao longo de toda a história da prática de assistência, a questão do gênero sempre se impôs. Este tem sido um trabalho tipicamente feminino em todas as épocas. Durante vários séculos, as mulheres foram “doutoras” sem graduação, aprendendo o ofício umas com as outras e passando a experiência de mãe para filha. Eram chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelas autoridades (PITTA, 2003).

Junto com o sistema hospitalar, que nasceu para dar significado ao apelo político e moral de salvar vidas, nasce o modelo de enfermagem científica de *Florence Nightingale* que, inicialmente, teve o intuito de salvar as vidas dos soldados da Criméia, trazendo consigo um novo significado para o cuidado dos corpos e das almas dos doentes. *Nightingale*, em sua época, defendia a necessidade da introdução de um modelo de formação baseado na experiência prática, nos conhecimentos científicos e num austero código de higiene e moral. A partir deste novo conceito de cuidado, nasceu o serviço de enfermagem, aprimorada até a forma como a conhecemos hoje. O “cuidar” ou o trabalho de assistência tornou-se mais uma forma de serviço para a sociedade de consumo (LEOPARDI, 1994; PITTA, 2003).

“*Antes da afirmação do modelo nightingaleano, a enfermagem não era considerada como ofício, muito menos como uma profissão, as únicas qualificações requeridas para esta prática eram a bondade, a gentileza, uma certa animação, paciência, força física, uma mão habilidosa e limpa e um pouco de inteligência a fim de facilitar o trabalho*” (trecho retirado do editorial da revista LANCET, de 1880, In: LEOPARDI, 1994).

Ainda hoje em dia o “cuidado” tem sido uma questão permanente no pensamento de quem opta por esta profissão, por se tratar do objeto principal da prática de enfermagem, do seu mais poderoso símbolo, sustentando e representando a profissão. Esse cuidado tem um compromisso com a vida – *Eros* – e com a morte – *Tonatos* – muitas vezes podendo tornar-se aquele que se mantém entre a vida e a morte (FIGUEIREDO *et al.*, 1998; LEOPARDI, 1994). Quando o espaço de assistência à saúde passou a ser o hospital, exigiu-se uma condução mais técnica do “cuidado”, a fim de controlar situações que não existiam no ambiente doméstico, qualificando os profissionais (LEOPARDI, 1994).

3.2. ENFERMAGEM HOSPITALAR

O trabalho de enfermagem está envolto em uma idéia de vocação, caridade e benevolência, dificultando, portanto, as relações típicas de trabalho. Não é fácil encontrar categorias profissionais que possam adequar-se às características sagradas de uma atividade que, historicamente, constitui-se em práticas empíricas oriundas do cuidado doméstico propiciado por escravos e religiosos, envolvendo sempre mulheres (PITTA, 2003).

O trabalho de enfermagem no contexto hospitalar é formado por profissionais que, quantitativamente, ocupam, de forma majoritária, este ambiente. No Brasil, há mais de meio milhão de pessoas integrando a força de trabalho de enfermagem e cerca de 70% destes trabalham em hospitais (BULHÕES, 1994). Estes profissionais são responsáveis por grande parte do trabalho final da organização junto aos clientes, neste caso, os pacientes, sofrendo o impacto direto das políticas organizacionais (ALVES, 1994).

Na atividade de enfermagem hospitalar, predomina a assistência a pacientes internados, com quadros que exigem, por parte dos profissionais, maior envolvimento emocional, visto que o agravamento da doença ultrapassou a possibilidade de tratamento ambulatorial. Desta forma, a enfermagem está em contato permanente com o sofrimento, a dor, o desespero e demais reações que podem surgir nos pacientes (GIL-NUNES, MAURO e CUPELLO, 2000a; 2000b).

Além disso, a presença da equipe de enfermagem é permanentemente exigida dentro de hospitais, pois seu trabalho é contínuo, sem a ocorrência de finais de semana, feriados, noite ou dia para estes profissionais. Este fator gera estresse e fadiga, principalmente quando está associado a trabalhos em outros locais ou por turnos e atividades domésticas, por se tratar de uma profissão tipicamente feminina (BULHÕES, 1994).

De fato, o ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos e inexoráveis da realidade nele vivida. Entretanto, observa-se que, em geral, é dada pouca importância a alguns aspectos práticos da relação de trabalho, o que prejudica consideravelmente sua qualidade e a própria saúde do trabalhador (GUIMARÃES, 1999).

3.3. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Na enfermagem, a relação afetiva é parte integrante do exercício de trabalho, é um pré-requisito para que seus objetivos sejam atendidos e para que a relação de cuidado seja efetiva (VASQUES-MENEZES, 2002). Porém, por outro lado, tratando-se de uma relação profissional, a relação afetiva não se completa, havendo uma ruptura (CODD, 1999). Cria-se um paradoxo: vincular-se afetivamente *versus* não-vincular-se. Isto é o que ocorre com os doadores de cuidados ou *caregivers*, como os profissionais da área de enfermagem. O profissional fica impossibilitado de ver o resultado final do seu trabalho, sempre perdendo seu paciente, seja para a vida, no caso de alta ou transferência, seja para a morte (VASQUES-MENEZES, 2002), levando tais profissionais a um processo de despersonalização em relação ao trabalho como mecanismo de defesa (LEOPARDI, 1994; LAUTERT, 1997b).

Ajudar outras pessoas, como no caso dos profissionais da área de assistência, sempre foi reconhecido como um objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da realização deste objetivo (BORGES *et al.*, 2002). Este trabalho não é unicamente técnico, não se resume a rotinas executadas em série (LOPES, 1998), exige bem mais dos profissionais do que apenas demonstração de aparente indiferença e falta de sensibilidade (BULHÕES, 1994). A enfermagem é uma profissão que requer do indivíduo excessivas demandas emocionais além das terapêuticas (LAUTERT, 1997b).

Por estas e outras características, Delgado *et al.* (1993) mencionam que os profissionais da área de assistência são mais afetados pela síndrome de *Burnout* tendo em vista possuírem uma filosofia humanística de trabalho, de modo que a diferença entre a expectativa que possuem e a realidade que encontram no trabalho contribui, em grande parte, para os sentimentos que experimentam (VASQUES-MENEZES, 2002). Pines e Aronson (1988) referem que é dada pouca atenção ao estresse ocupacional dos enfermeiros durante sua formação, pois o conteúdo dos cursos é voltado apenas para os receptores dos serviços destes profissionais. O trabalho direto de assistência deveria ser analisado em suas peculiaridades de confrontar o trabalhador com o sofrimento, a dor e a morte de outras pessoas (ALVES, 1994).

3.4. HIERARQUIA DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Houve uma época na história, entre as décadas de 60 e 70, que o trabalho de enfermagem não estava vinculado à formação profissional, uma vez que o trabalho em si estava associado ao trabalho médico, que transferia ao atendente aquelas tarefas que não lhe interessava realizar (LEOPARDI, 1997). Foi assim que parte das tarefas consideradas menos importantes ou indesejáveis pelos médicos foram transferidas aos enfermeiros dentro do ambiente hospitalar (LEOPARDI, 1994).

Na década de 60 e 70, toma vulto, no país, a concepção educacional da pedagogia tecnicista, que pregava a necessidade de formação de técnicos de enfermagem para atuar também no mercado de trabalho (LEOPARDI, 1997), tendo sido firmado, pelo Ministério da Saúde, em convênio com o Ministério de Educação e Cultura, um projeto de formação para auxiliares, entre 1963-1973. Esta profissionalização significou, entre outras coisas, resgatar a cidadania do trabalho, garantindo uma assistência à saúde de maior qualidade (LEOPARDI, 1997).

A partir de então, o ato de cuidar foi parcelado hierarquicamente entre os componentes da própria equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), em função da divisão do trabalho e da funcionalidade das tarefas (LEOPARDI, 1994). Estes profissionais, principalmente os auxiliares e técnicos de enfermagem, são os que apresentam maior proximidade com o paciente (BENINCÁ, 2002), ocupando uma posição como “cuidadores” por excelência e experimentando, com isso, o sofrimento físico e psíquico na sua relação com a organização do trabalho (ALVES, 1994).

As tarefas de enfermagem são parceladas entre os mais e os menos graduados membros da equipe. As tarefas mais complexas e os atos técnica e socialmente mais qualificados, herdados por sua vez, dos atos médicos, ficaram com a enfermagem de nível superior, enfermeiros, que chefiam e supervisionam, garantindo-lhes a oportunidade para assumir aspectos mais técnicos do “cuidado”. Com isso, exercem uma função mais intelectual, são detentores do saber. A enfermagem de nível médio, auxiliares e técnicos, por sua vez, executam o trabalho menos qualificado, expondo-se, com isso, mais tempo aos enfermos. As tarefas dos auxiliares e técnicos são as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente menos valorizadas. Sendo assim, para suprir os baixos salários, buscam alternativas como a realização de horas-extras e a obtenção de mais de um emprego, o que tem conseqüências para sua qualidade de vida e de trabalho (LEOPARDI, 1994; BENINCÁ, 2002; ALVES, 1994; BULHÕES, 1994).

Esta hierarquia sócio-profissional garante às enfermeiras as posições de comando e as outras categorias se submetem à sua autoridade técnica e, sobretudo, administrativa (LOPES, 1998). Em consequência, podem surgir conflitos, potencializados pelo clima de rivalidade, intriga e insolência, o que dificulta o relacionamento de trabalho (BENINCÁ, 2002).

No Brasil, uma parcela substancial do pessoal de enfermagem de nível médio mostra esforços evidentes rumo à qualificação. A qualificação dos auxiliares e técnicos demonstra sua vontade de atenuar as clivagens entre as categorias no exercício da profissão e, também, na necessidade de reduzir a exploração que se observa no mercado de trabalho (LOPES, 1998). A enfermagem de nível superior representa uma verdadeira qualificação gratificante e valorizada na imaginação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Porém, não deixa de ser verdade que a formação rápida e de baixo custo dos auxiliares e técnicos de enfermagem é a sustentação do sistema hospitalar (LOPES, 1998).

4. A SÍNDROME DE DESGASTE PROFISSIONAL OU BURNOUT

4.1. ESTRESSE

Doença não é apenas sofrimento, mas também a luta para se manter o equilíbrio homeostático dos tecidos, a despeito das lesões sofridas (SELYE, 1959).

Lazarus e Folkmann (1984) relatam que o termo estresse, derivado do latim, já era utilizado desde o século XIV para designar sofrimento, penúria, fadiga, cansaço, adversidade ou aflição (NEVES, 1994a; 1994b). Maslach (1982) relata que o primeiro uso científico deste termo ocorreu em 1867 pelo fisiologista francês Claude Bernard. Em 1932, Walter Cannon iniciou um estudo mais apurado sobre o assunto quando descreveu o conceito de homeostase, definindo como sendo o estado em que o corpo, através de hormônios, preserva seu estado de equilíbrio interno (SELYE, 1959; BORGES *et al.*, 2002). Porém, o primeiro artigo específico sobre o estresse foi publicado em 1936 por um médico chamado Hans Selye na revista inglesa *Nature*, sob o título de “*Síndrome produzida por vários agentes nocivos*”, onde tentava demonstrar que a síndrome de estresse poderia ser estudada de forma independente a todas as alterações específicas provenientes dela (SELYE, 1959). Selye chegou a esta constatação após anos de estudo, depois de observar sintomas comuns em pacientes sofrendo de diferentes tipos de patologia. Estes sintomas não ocorriam pela patologia em si, mas pela condição geral da enfermidade (LIPP e MALAGRIS, 1998).

Neste mesmo artigo Selye sugeriu o nome de “*Reação de Alarme*” para a resposta inicial da síndrome, observando que havia um estágio de adaptação ou resistência que se seguia após uma exposição contínua a qualquer agente nocivo ou estressor capaz de provocar esta reação. Esta fase consiste em uma rápida identificação do perigo, preparando o organismo para a reação propriamente dita (LIPP, 2000). Para fins de sobrevivência, esta reação de alarme dá

margem a uma segunda etapa chamada de “*Fase de Resistência*”, onde o organismo procura adaptar-se e resistir à agressão, o que pode durar anos. Se o organismo permanece exposto ao agente nocivo de forma prolongada, inicia-se a terceira e última fase, denominada de “*Fase de Exaustão*”, em que a pessoa não tem mais energia e seu esforço de adaptação se esvai, seja pelo desaparecimento do estressor ou pela exaustão dos mecanismos de resistência (LIPP e MALAGRIS, 1998; HOLMES e RAHE, 1967). Selye (1959) descreveu este como um mecanismo de defesa do organismo, chamado pelo autor de “*Síndrome Geral de Adaptação*” (SGA) ou síndrome de luta e fuga (*fight or flight*), representando um conjunto de reações ou fenômenos complexos que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação. O estresse está presente em todas as fases desta síndrome, no entanto, suas manifestações, podem ser diferentes, podendo ocorrer tanto na área somática quanto na cognitiva (SELYE, 1959; FRANÇA, 1999; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002).

Para conceituar precisamente o termo estresse, Selye o definiu como sendo: “*o estado manifestado por uma síndrome específica que consiste em todas as suas alterações não especificamente induzidas, dentro de um sistema biológico*”, um conjunto orquestrado de defesas do corpo contra qualquer forma de estímulo nocivo, inclusive ameaças psicológicas (LAZARUS e FOLKMANN, 1984). Na medicina, o conceito de estresse é, essencialmente, o grau de desgaste do corpo (SELYE, 1959). Este conceito foi retirado da física por Selye (1959) com uma conotação análoga para o termo que já era usado há muito tempo para definir forças que atuam sobre determinada resistência, gerando tensão e pressão, ou ainda, para definir o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço, produzindo alterações transitórias ou permanentes (FRANÇA, 1999; PEIRÒ, 1993).

Quando o organismo é exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, seja ele um agente físico, químico, biológico ou psicossocial, apresentará a tendência de responder sob a forma de adaptação. Esses agentes foram denominados estressores por sua característica de gerar estresse (ATANCE-MARTINEZ, 1997; PEIRÒ, 1993; SELYE, 1959; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002; BERNIK, 1997; HOLMES e RAHE, 1967), que podem ser internos e externos: os estressores externos referem-se às situações

vivenciadas no dia a dia e, os internos, à própria personalidade, características pessoais, valores, crenças e a forma de enfrentar e interpretar situações diversas (LIPP e MALAGRIS, 1998). Cada pessoa reage de uma forma diferente ao estresse: se o organismo irá ou não enfrentar os três estágios da síndrome geral de adaptação (SGA) vai depender da sua resposta ao agente estressor, o que está relacionado com a percepção individual de cada um (NAKAYAMA, 1999; FRANÇA, 1999).

O estresse é um processo de adaptação normal do indivíduo; entretanto, quando a resposta é patológica, registra-se uma disfunção que leva a distúrbios transitórios ou doenças graves, ou ainda pode agravar as já existentes, assim como as que a pessoa é predisposta (LADEIRA, 1996). O organismo emite esta reação, com componentes físicos ou psicológicos, quando é exposto a qualquer estímulo, físico e/ou psicológico, que o excite, irrite, amedronte ou o faça feliz (PINHEIRO, 2000; LIPP e MALAGRIS, 1998).

Porém, o estresse não é apenas algo nocivo, podendo ser encarado como um elemento necessário à vida, já que demonstra um sinal de desequilíbrio de nós mesmos ou nosso com o meio ambiente (NAKAYAMA, 1999). Com isso, Selye (1959) diferenciou o estresse em duas formas: a) o *eustresse* ou estresse positivo, que é o esforço de adaptação que gera sensação de realização pessoal, bem-estar e satisfação das suas necessidades. É um estado agradável que ocorre, por exemplo, na prática desportiva e em trabalhos intelectuais que geram prazer, quando o indivíduo reage bem ao estímulo estressor. É um estresse de natureza positiva, a pessoa se tenciona, atingindo um nível ideal de esforço, mas é realimentado pelos resultados (BERNIK, 1997; FRANÇA, 1999). Ou ainda, b) o *distresse*, que é a tensão com rompimento do equilíbrio bio-psico-social por excesso ou falta de esforço, caracterizado pela resposta negativa do indivíduo. Quando a resposta adaptativa é inadequada, pode gerar conseqüências indesejáveis e desagradáveis, inclusive resultar em doenças. Está relacionado à sobrecarga, ocorrendo a ativação crônica e repetida do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, onde a constante elevação dos hormônios origina alterações patológicas (BERNIK, 1997; FRANÇA, 1999).

Quanto mais a palavra estresse é utilizada, mais indefinido fica seu sentido, favorecendo uma certa confusão em torno do seu verdadeiro significado (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002). Hoje, erroneamente, o termo é usado para denominar as mais variadas sobrecargas (GRANDJEAN, 1998). Atance-Martinez (1997) ainda refere que o limite entre o benefício e o malefício do estresse é muito estreito, só podendo ser compreendido através de uma análise da individualidade do sujeito e do contexto em que ocorre, ou seja, não é a situação nem a resposta da pessoa que definem o estresse, mas a percepção do indivíduo sobre a situação (STACCIARINI e TRÓCCOLI, 2000).

Os sintomas físicos mais comuns encontrados em situações de estresse são: *fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes*. Os sintomas psíquicos ou mentais e emocionais referem-se à *diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência* (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002).

4.2. ESTRESSE OCUPACIONAL

A partir da revolução industrial, surge a preocupação das questões relacionadas ao estresse no trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002). A noção de saúde mental e trabalho pode ser definida como a inter-relação entre o trabalho e os processos de saúde e doença (SELIGMANN-SILVA, 1994; TITTONI, 1997).

Cox (1978)² apud Nakayama (1999) conceituou esta forma específica de estresse vinculada ao trabalho, chamando de *estresse ocupacional* à falta de habilidade e/ou possibilidade do trabalhador responder ao desequilíbrio das demandas existentes no trabalho e percebidas por ele (GRANDJEAN, 1998). O estresse ocupacional ou laboral pode, ainda, referir-se ao conjunto de perturbações psicológicas e ao sofrimento psíquico associados às experiências de trabalho, que ultrapassam suas capacidades, físicas ou psíquicas para enfrentar as solicitações do meio ambiente profissional (DEJOURS, 1992; NAKAYAMA, 1999; FRANÇA, 1999).

O estresse ocupacional pode ser visto como consequência de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador (ROSS, ALTMAIER e RUSSELL, 1989; MORAES, SWAN e COOPER, 1993).

Codo, Sampaio e Hitomi (1995), acreditam que a organização do trabalho exerce no homem uma ação específica com impacto na sua saúde mental. Certas condições, como as demandas e os recursos do trabalho, podem fazer emergir no trabalhador um sofrimento atribuído a sua história individual e à organização do trabalho (SCHAUFELI *et al.*, 2001). Esse sofrimento começa quando o homem não pode modificar suas atividades no trabalho, de forma a torná-la mais conforme com suas necessidades e seus desejos. Todo este sofrimento traz consequências sobre o estado de saúde e o desempenho individual, trazendo, consigo, sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação.

² COX, T. *Estresse*. London: McMillan, 1978.

O interesse primordial para o estudo da saúde mental relacionada ao trabalho foi a busca de eficiência e eficácia máxima no trabalho, onde a dimensão mental e o fator humano funciona de modo otimizado em direção a esses objetivos, demonstrando a importância da promoção de saúde como necessária ao sucesso da produção e da lucratividade (SELIGMANN-SILVA, 1994). Deve-se ressaltar, no entanto, que o estresse ocupacional não está relacionado apenas com as questões internas, mas também com o meio externo.

O Brasil, assim como vários outros países, passa por mudanças políticas, econômicas e sociais que geram estresse na classe trabalhadora. A relação entre o estresse ocupacional e a saúde mental do trabalhador vem sendo tema de várias pesquisas, envolvendo as mais diversas profissões, principalmente a partir da década de 80, sendo sempre o trabalho o foco central dos conflitos (GUIMARÃES, 1999; KALIMO, 1988; SELIGMANN-SILVA, 1986).

Um subtipo de estresse ocupacional a que, principalmente, profissionais que lidam ou interagem com outras pessoas são acometidos, é a síndrome de desgaste profissional ou *Burnout*, em função da forte relação interpessoal que envolve estas profissões (MASLACH, 1982; DEWE, 1989).

4.3. A SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *Burnout* (exaurir-se) trata de uma síndrome clínica descrita como fenômeno psicológico pelo psiquiatra Herbert Freudenberger, em 1974, para definir o esgotamento excessivo de um trabalhador como consequência de demandas excessivas de energia, força ou recursos que o tornem inoperante (CAIRO, 2002; CASADEI *et al.*, 2000). Freudenberger chegou a esta definição quando trabalhava em uma clínica para dependentes de tóxicos em Nova York e observou que, a maioria dos voluntários com que trabalhava, acabava sofrendo de uma progressiva perda de energia, até se chegar ao esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão (MINGOTE-ADÁN, 1998; CAIRO, 2002; SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998). Freudenberger descreveu como estas pessoas encontravam-se menos

sensíveis, pouco compreensivas, desmotivadas e até mesmo agressivas em relação a seus pacientes, com um tratamento distanciado e cínico, com tendência de culpar o paciente pelos próprios problemas que estavam sofrendo. Leiter (1997) menciona que o tipo de trabalho que os profissionais realizavam na clínica de Freudenberg era caracterizado por apresentar uma carga horária de trabalho elevada, baixa remuneração e um contexto social bastante exigente. Freudenberg forneceu dados diretos do processo pelo qual ele e outros experimentaram desgaste emocional e perda da motivação e comprometimento, rotulando isso com o termo usado coloquialmente para referir-se aos efeitos do abuso crônico de drogas: *Burnout* (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER e SCHAUFELI, 1996; MORENO-JIMÉNEZ, GONZÁLEZ e GARROSA, 2000).

Porém, apesar de ser atribuído a Freudenberg, no ano de 1974, o primeiro artigo sobre a síndrome de *Burnout*, a literatura relata que Bradley, em 1969, havia publicado um artigo onde utilizava a expressão *staff burn-out* para se referir ao desgaste de profissionais, onde propunha medidas organizacionais para seu enfrentamento (SCHAUFELI e EZMANN, 1998). Mesmo assim, foi a partir dos relatos de Freudenberg que o termo se difundiu e surgiu o interesse para a realização de pesquisas (BENEVIDES-PEREIRA, 2003). Nesta mesma época, em 1976, a psicóloga social Cristina Maslach, estudando as respostas emocionais dos profissionais de assistência, definiu-os como afetados de “sobrecarga emocional” ou síndrome de *Burnout*. Esta autora utilizou a mesma nomenclatura que já empregavam advogados da Califórnia para descrever um processo gradual de perda de responsabilidade profissional e desinteresse entre colegas de trabalho, o *Burnout*. Esta expressão foi facilmente aceita porque os indivíduos não se sentiam estigmatizados como com outros termos psiquiátricos (MINGOTE-ADÁN, 1998).

Maslach descreveu o *Burnout* como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham em contato direto com pessoas (MASLACH e JACKSON, 1985; MASLACH, 1982; CAIRO, 2002). O *Burnout* é uma crise do indivíduo principalmente com seu trabalho, não necessariamente com as pessoas envolvidas no trabalho (MASLACH e LEITER, 1999).

Para Schaufeli e Ezzmann (1998), o fato de Freudenberg, no leste dos Estados Unidos e, Maslach, no oeste deste mesmo país, terem descoberto o fenômeno quase simultaneamente demonstra que o *Burnout* surgiu como um problema social.

Porém, foram Cristina Maslach e Alaya Pines que divulgaram o termo *Burnout* no meio científico. Maslach utilizou esta palavra em 1977, no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos, e escreveu diversos artigos sobre o assunto nas profissões de assistência. Juntamente com Susan E. Jackson, propôs o Maslach *Burnout* Inventory, um questionário que mede as dimensões do *Burnout*, com a finalidade de investigar e diagnosticar a síndrome (LAUTERT, 1997b). Foi a partir desta década que começaram a ser construídos os modelos teóricos capazes de compreender o sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização, dentre aqueles profissionais encarregados do cuidado (*caregivers*), dentre eles, os profissionais da área de enfermagem (CODO, 1999; CARLOTTO e GOBBI, 1999). Considera-se que, hoje em dia, a síndrome de *Burnout* seja a principal responsável da desmotivação sofrida pelos profissionais da área da saúde (ATANCE-MARTINEZ, 1997).

No Brasil, a primeira publicação sobre o *Burnout* foi feita na Revista Brasileira de Medicina por França, em 1987. Na década de 90, começaram a aparecer as primeiras teses e publicações sobre este assunto no país, com a finalidade de alertar alguns profissionais sobre este tema a ponto de, em 6 de maio de 1996, na Regulamentação da Previdência Social, a síndrome de *Burnout* ser incluída no Anexo II referindo-se aos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais*. Conforme previsto no art. 20 da lei nº 8.213/91, ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (grupo V da CID-10), o inciso XII aponta a sensação de “estar acabado” (síndrome de *Burnout*, síndrome de esgotamento profissional) (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

Hoje em dia, é muito difícil expor todos os trabalhos realizados sobre a síndrome de *Burnout*. Isto se dá tanto pela dificuldade que ainda se tem em conceituar corretamente a síndrome que pode apresentar vários sinônimos e expressões (*síndrome de queimar-se pelo trabalho, desgaste profissional, estresse assistencial, laboral ou profissional, estresse ocupacional assistencial* ou simplesmente *estresse ocupacional*) quanto pela quantidade de estudos que existe sobre o tema (BENEVIDES-PEREIRA, 2003; CARLOTTO, 1999; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997, MORENO-JIMÉNEZ *et al.*, 2000).

O processo de *Burnout* pode ser percebido conscientemente pela pessoa ou pode manter-se desconhecido durante muito tempo. Pouco a pouco, a pessoa sente-se afetada e vai modificando suas atitudes ante o trabalho e ante as pessoas com quem trabalha. A forma como cada pessoa enfrenta os sinais de alarme da síndrome é decisiva no seu processo de desenvolvimento (MINGOTE-ADÁN, 1998).

Segundo Maslach e Jackson (1981 e 1985), a Síndrome de *Burnout* se desenvolve em três fases evolutivas do ponto de vista psicossocial, onde se intervêm variáveis emocionais (*esgotamento emocional*), variáveis de atitude (*despersonalização*) e variáveis cognitivas (*baixa realização pessoal no trabalho*) (GIL-MONTE, 2000 e 2003; FRANÇA, 1999; CHERNISS, 1980):

1) EXAUSTÃO EMOCIONAL (EE): A Exaustão Emocional (EE) é considerada por alguns autores como sendo a primeira etapa e o fator central da síndrome de *Burnout* (MASLACH e JACKSON, 1981 e 1985; MASLACH, 1982; TAMAYO, 1996; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a e 2002b; MORENO-JIMÉNEZ, GONZÁLEZ e GARROSA, 2000; MASLACH, 2003). É definida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e ocorre diante da intensa carga emocional que o profissional apresenta através do contato intenso e freqüente com outras pessoas, principalmente com aquelas que vivem em situações de sofrimento, como pacientes no caso dos profissionais da área de assistência. Esta fase é caracterizada por uma progressiva perda de energia vital e um crescente desequilíbrio entre o trabalho realizado e o cansaço ou esgotamento vivenciado. Com isso, o profissional sente-se

exausto, com pouca energia para enfrentar o trabalho, o que costuma deixá-lo pouco tolerante, facilmente irritável, nervoso e amargo, no ambiente de trabalho e até mesmo fora dele, com familiares e amigos (MASLACH e JACKSON, 1981 e 1985; MASLACH, 1982; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a e 2002b; CAIRO, 2002). Quando as pessoas chegam a este estado de exaustão, passam a ser incapazes de relaxar e de recuperar a normalidade (MASLACH e LEITER, 1999).

2) DESPERSONALIZAÇÃO ou DESUMANIZAÇÃO (D): A despersonalização ocorre quando o vínculo afetivo é substituído pelo vínculo racional (CODO, 1999). É um estado psíquico onde prevalece o cinismo, distanciamento emocional, insensibilidade e postura desumanizada com frieza e indiferença diante das necessidades dos outros, um modo de responder aos sentimentos de impotência e desesperança. Como resultado, o indivíduo perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda, tratando-as como objetos. Neste estado, tende a ver questões relacionadas ao trabalho como transtornos, como mais um problema a ser resolvido. Sendo assim, o contato com as pessoas, tanto colegas como pacientes, é apenas tolerado, gerando irritabilidade e ansiedade nos profissionais (MASLACH e JACKSON, 1981 e 1985; GIL-MONTE, 2000 e 2003; FRANÇA, 1999; CHERNISS, 1980).

Há controvérsia na literatura em relação aos sintomas da síndrome. Enquanto que para alguns autores a subescala exaustão emocional é a que melhor indica a instalação da doença, outros acreditam que a despersonalização é o elemento-chave da síndrome. Para os últimos, a despersonalização é característica apenas do *Burnout*, enquanto os sentimentos de exaustão emocional e de incompetência profissional podem aparecer em outras síndromes psicológicas (CHERNISS, 1980; MORENO, OLIVER, PASTOR e ARAGONESES, 1990a e 1990b). Benevides-Pereira (2002) relata que as atitudes defensivas expressadas pelos trabalhadores nesta fase, ou seja, quando os profissionais atribuem a culpa de seu mal-estar aos pacientes, faz emergir um sentimento de fracasso e de incompetência profissional levando-os à Exaustão Emocional. De certa forma, a despersonalização seria uma forma de proteger-se contra os sentimentos de exaustão emocional; os trabalhadores acreditariam ser mais seguro ficarem indiferentes.

Entretanto, este sentimento de indiferença pode prejudicar seriamente o próprio bem-estar e a capacidade de trabalhar com eficiência (MASLACH e LEITER, 1999).

3) SENTIMENTO DE INCOMPETÊNCIA PROFISSIONAL (I) ou REDUÇÃO DA REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL: Diante da deteriorização da qualidade do trabalho, a realização pessoal e profissional dos trabalhadores fica extremamente comprometida. Freudenberger (1974) já afirmava que o *Burnout* surgia, principalmente, nas áreas em que as pessoas acreditavam ser mais promissoras para suas realizações e em profissionais que procuravam incessantemente por competência, posição de destaque na comunidade, reconhecimento e boa situação econômica. A sensação que estes profissionais têm é de que não conseguem modificar a situação de trabalho, como se estivessem “dando murro em ponta de faca”, dia após dia, semana após semana, ano após ano, desenvolvendo intensos sentimentos de decepção e frustração. Nesta fase, há um sentimento complexo de inadequação pessoal e profissional no trabalho vivenciado pelos profissionais (LAUTERT, 1997b).

O sentimento de incompetência profissional ocorre a partir da relação entre afeto e trabalho, sendo a própria perda do investimento afetivo dos trabalhadores. O fato destes não conseguirem atingir seus objetivos traz um sentimento de impotência, incapacidade pessoal para realizar algo que tanto sonharam em fazer. Este conflito faz com que a pessoa avalie-se negativamente, fazendo com que seu trabalho perca o sentido (CODO, 1999; CAIRO, 2002). O trabalhador profissionalmente desgastado tende a afastar-se, evitando a interação social (MASLACH e PINES, 1982). O sentimento é de que o mundo parece conspirar diante de qualquer tentativa de progresso profissional. Estes trabalhadores perdem a confiança em si mesmos, fazendo com que os outros acabem também perdendo a confiança neles (MASLACH e LEITER, 1999).

Lautert (1997a) relata que, por ser considerada uma síndrome, não existem etapas preestabelecidas no seu desenvolvimento; o indivíduo acometido pode apresentar qualquer uma das etapas e já apresentar a patologia. Cada um dos três componentes do *Burnout* deve ser analisado separadamente, como uma variável contínua, com níveis alto, moderado e baixo, e não como uma variável dicotômica, onde existe ou não presença de sintomas. Pela combinação do nível de cada um dos três componentes é que se obtém o nível do *Burnout* do indivíduo. Mesmo níveis moderados em qualquer uma das subescalas de *Burnout* já são considerados preocupantes do ponto de vista epidemiológico, sendo passível de intervenção uma vez que o processo já se encontra em curso (CODO, 1999).

4.3.1. MODELOS TEÓRICOS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

A fim de explicar e diagnosticar a síndrome de *Burnout*, foram elaborados diversos modelos teóricos por diferentes autores, destacando-se aqui os mais importantes:

1) *Burnout como sobrecarga emocional* (MASLACH e JACKSON, 1985): Esta abordagem considera o *Burnout* como uma experiência negativa e individual decorrente das relações interpessoais no ambiente de trabalho, tendo como alvos os profissionais que prestam serviços, principalmente de assistência, como no caso dos profissionais de enfermagem. A alta frequência e a intensidade no trato com as pessoas que precisam de cuidado e/ou assistência para resolver os seus problemas e necessidades favorecem o desenvolvimento de *Burnout* nesta categoria profissional.

Dentro deste contexto, o *Burnout* é um processo seqüencial que começa com a exaustão emocional, resultado das demandas emocionais produzidas pela interação com os clientes, e continua com a despersonalização, decorrente das técnicas disfuncionais utilizadas pelos profissionais para distanciar-se do estresse produzido por essa interação. Por último, aparece a diminuição da realização pessoal que é conseqüência do baixo desempenho, da deterioração do relacionamento com os clientes e dos freqüentes fracassos nas tentativas de lidar adequadamente com os usuários (MASLACH e JACKSON, 1985).

2) *Burnout como uma questão existencial (PINES e ARONSON, 1988; PINES, 2002):* Pines e Aronson (1988) compreendem o *Burnout* como resultado final de um processo gradativo de desilusão experimentado pelos indivíduos quando não conseguem extrair do seu trabalho um sentido existencial. Para os autores, o *Burnout* surge a partir da necessidade que as pessoas têm em acreditar que suas vidas são significativas e que as suas tarefas são úteis, importantes e até mesmo heróicas. Neste contexto, o *Burnout* é visualizado como um estado de exaustão física, emocional e psicológica, causado pela discrepância entre as expectativas do indivíduo e a sua vivência no trabalho. Os autores acreditam que apenas as pessoas motivadas podem desenvolver *Burnout*, já que possuem altos objetivos pessoais e expectativas em relação ao que o trabalho pode prover.

3) *Burnout como reflexo da falta de auto-estima e sucesso psicológico (CHERNISS, 1980):* Cherniss (1980) acredita na relação entre desempenho, sucesso psicológico e auto-eficácia (BANDURA, 2002). Quando a pessoa experimenta sentimentos de sucesso na realização das tarefas, sente-se mais motivada e envolvida com o trabalho, alcançando maiores objetivos e fortalecendo sua auto-estima. Quando ocorre o contrário, o indivíduo experimenta sentimentos de fracasso, retira-se emocionalmente da situação, diminui sua execução, mostra-se apático e desinteressado, valoriza as recompensas materiais em detrimento das intrínsecas, defende seu auto-conceito com o uso de mecanismos de defesa, luta com a organização e termina por abandoná-la.

4) *Burnout como falta de reciprocidade (SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998):* Esta visão do *Burnout* baseia-se na reciprocidade, relacionando a síndrome aos processos de troca interpessoal e organizacional. As premissas principais desta teoria são de que o *Burnout* desenvolve-se no contexto social do trabalho e que, tanto as relações interpessoais quanto a relação do profissional com a organização, são regulados pelos mesmos processos de troca social.

Os profissionais cujo trabalho implica no cuidado e/ou assistência a outras pessoas esperam algum tipo de retorno dos beneficiários dos serviços, como: gratidão, desejo de melhorar, vontade de aprender, colaboração, respeito, etc. Já a reciprocidade organizacional envolve um contrato psicológico que decorre da noção subjetiva de reciprocidade, ou seja, o indivíduo espera uma retribuição da organização, proporcional à sua dedicação. A percepção da falha deste “contrato” esgota os recursos emocionais do trabalhador, levando-o à exaustão (SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998).

5) *Burnout como um desajuste entre a pessoa e o trabalho* (MASLACH e LEITER, 1999): Nesta perspectiva mais ampla, se admite a manifestação do *Burnout* com qualquer tipo de ocupação, pois esta se focaliza no aspecto organizacional. Aqui, o *Burnout* passa a ser entendido como o resultado de um desequilíbrio crônico, em que o trabalho exige mais do que o indivíduo pode dar e proporciona menos do que ele precisa (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a).

4.3.2. FATORES DESENCADEADORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Fatores pessoais, familiares e organizacionais são relacionados como preditores da síndrome de *Burnout* (CAIRO, 2002). Segundo Gil-Monte e Peirò (1997) e Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), há vários conjuntos de fatores relativos à organização do trabalho que podem desencadear a síndrome de *Burnout*. Dentre os mais importantes, pode-se citar: o excesso de trabalho com longas jornadas e horas-extras; o excesso de responsabilidades; a falta de energia e de recursos por parte dos trabalhadores para responder às demandas laborais; a falta de igualdade e justiça organizacional; o controle mantido pela organização com uma hierarquia rígida e vertical, repressora e autoritária; relações tensas e conflituosas entre os trabalhadores e com pacientes; falta de autonomia na tomada de decisões; dificuldade para ascender na carreira e a falta de recompensa no trabalho; o conflito de papéis e a ambigüidade de tarefas (MASLACH e LEITER, 1999; CAIRO, 2002; SELIGMANN-SILVA, 1986; KALIMO, 1988; GLINA, 1990; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; PINES, 2002). Com isso, os profissionais desenvolvem mecanismos de distanciamento e negação de sentimentos para defenderem-se, desencadeando o *Burnout* (PITTA, 2003).

As condições de trabalho dos profissionais têm uma influência significativa sobre sua qualidade de vida laboral e sobre a qualidade do serviço que oferecem às organizações do setor de saúde. As atitudes dos profissionais da área de assistência, ou seja, profissionais da área de enfermagem, apresentam relação com os usuários da organização e o serviço que oferecem. Neste setor, este fato assume maior importância porque os profissionais trabalham em contínua interação com pessoas, tanto pacientes como colegas de trabalho (GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; FIRTH, 1985). Sendo assim, a falta de apoio social por parte dos próprios colegas de trabalho pode ser um forte gerador de tensão emocional que leva ao *Burnout* (ROSS, ALTMAIER e RUSSELL, 1989; RUSSELL, ALTMAIER e VAN VELZEN, 1987; BURKE e GREENGLASS, 1989 e 1996).

Firth (1985) também salienta que o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* está associado a personalidade das pessoas. Indivíduos com auto-exigência, baixa tolerância ao fracasso, perfeccionistas, ingênuos, com alta motivação e idealismo em relação à sua profissão tendem a estar mais propensos ao *Burnout*, pois entregam-se ao excesso de trabalho para serem valorizadas pela organização e sentem-se bem consigo mesmos (CARLOTTO, 2003; FREUDENBERGER, 1974; FARBER, 1983; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BANDURA, 2002).

4.3.3. SINTOMAS E CONSEQÜÊNCIAS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

A síndrome de *Burnout* ocupa um lugar destacado dentre os riscos laborais de caráter psicossocial, pois é uma das principais causas do deterioramento das condições de trabalho (GIL-MONTE, 2000 e 2003). No *Burnout*, a qualidade do trabalho é comprometida não só pela desatenção e negligência, mas especialmente pela relação entre o profissional e a pessoa a quem se presta atendimento ou serviços, com o distanciamento, falta de empatia e hostilidade evidenciados (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O desgaste tanto físico quanto emocional indica a ambigüidade que as pessoas enfrentam pelo que são e pelo que precisam fazer, representando uma erosão de valores, dignidade, espírito e a própria vontade (MASLACH e LEITER, 1999).

O aumento da exaustão emocional e da despersonalização aumenta o sentimento dos profissionais de terem falhado, diminui sua auto-estima, levando-os à depressão (SCHAUFELI e EZMANN, 1998; FRANÇA, 1999). Maslach (2003) afirma que a Exaustão Emocional, normalmente associada à primeira fase do desenvolvimento do *Burnout*, acarreta sinais de desgaste nos indivíduos, caracterizados por queixas psicossomáticas como cefaléias, fadiga, dores musculares, distúrbios do sono, acidentes, entre outros (CAIRO, 2002; NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Já a sintomatologia associada à Despersonalização relaciona-se mais às condutas defensivas, tais como: desmotivação, falta de entusiasmo e de interesse. Conseqüentemente, profissionais da área de assistência acometidos por Despersonalização não conseguirão produzir um trabalho de qualidade (LAUTERT, 1995; MASLACH, 2003).

Vários autores relatam sintomas físicos e psicológicos associados ao *Burnout*, podendo definir quatro graus da síndrome (CASADEI *et al.*, 2000; ATANCE-MARTINEZ, 1997; GIL-MONTE, 2000 e 2003; CHERNISS, 1980; MASLACH, 1982; ALVAREZ e FERNANDEZ, 1991a):

1) *Leve*: Quando o indivíduo apresenta sintomas físicos vagos como cefaléias, dores nas costas, contraturas musculares, dentre outros. Também podem ser observadas mudanças de caráter e diminuição da produtividade e eficiência.

2) *Moderado*: Geralmente o indivíduo apresenta, além dos sintomas descritos anteriormente, alterações do sono, dificuldade de concentração, problemas nas relações interpessoais, alterações de peso, diminuição do apetite sexual, sentimento pessimista. Nesta fase, a auto-medicação é comum.

3) *Grave*: Nesta fase há uma diminuição importante da produtividade, aumento do absenteísmo, sensação de desgosto crescente acompanhada de baixa auto-estima. É freqüente o abuso de álcool e/ou de psico-fármacos nesta etapa.

4) *Extremo*: Aqui o quadro se torna praticamente irreversível, é comum observar quadros de distanciamento por parte do trabalhador, além de sentimentos de auto-piedade e tristeza. A sensação de fracasso é acompanhada pela falta de sentido do trabalho e da profissão. Neste estado existe um certo risco de suicídio, demonstrando a complexidade da síndrome. Nesta fase, a única opção do trabalhador acaba sendo abandonar a profissão (CAIRO, 2002).

Uma forma de lidar com a síndrome de *Burnout*, evitando a intensificação de seus sintomas, bem como com o estresse de um modo geral seriam as estratégias de enfrentamento ou *coping*. O conceito de *coping*, ou processo psicológico de enfrentamento (NEVES, 1994a), tem sido descrito, resumidamente, como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes, representando a forma como a pessoa avalia e lida com a situação (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998; LAZARUS e FOLKMAN, 1984; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002). O *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos. São ações que podem ser aprendidas, usadas e/ou descartadas (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

O sofrimento suscita nos trabalhadores estratégias defensivas que podem ser construídas, organizadas e gerenciadas individual ou coletivamente (DEJOURS *et al.*, 1994; GLINA, 1990). Estes sistemas de defesa ou estratégias de *coping* surgem para possibilitar a convivência com situações potencialmente geradoras de estresse e ansiedade (SELIGMANN-SILVA, 1994), podendo também prevenir o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* (GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997).

Gil-Monte (2003) e Alvarez e Fernandez (1991a; 1991b) concluíram que, no caso dos profissionais de assistência, quando as estratégias de *coping* falham, estes sentem-se fracassados emocionalmente o que leva também ao fracasso das relações interpessoais com os pacientes e seus familiares. Esta resposta desencadeia o *Burnout* com sentimentos de incompetência profissional e exaustão emocional. Ante estes sentimentos, o trabalhador desenvolve atitudes de Despersonalização como forma de nova tentativa de enfrentamento. Este autor ainda refere que a profissão de enfermagem, pelo tipo de trabalho que executa, não pode adotar atitudes cínicas, desumanizadas ou indiferentes em relação aos pacientes a seus cuidados. Isto explicaria porque a Despersonalização não é uma estratégia de *coping* usualmente utilizada no início da síndrome, o que demonstra os baixos níveis de Despersonalização geralmente observados nesta categoria profissional.

No entanto, sempre é melhor prevenir o aparecimento destes sintomas e, quando estes já existem, tratá-los o mais brevemente possível. Cairo (2002) comenta que para evitar o surgimento de *Burnout* é preciso equilibrar os objetivos da empresa com as necessidades dos profissionais e, no caso da síndrome estar instalada, Posig e Kickul (2003) concluíram que qualquer atitude ou ação, individual, coletiva e/ou organizacional, podem auxiliar a diminuir o *Burnout* e seus efeitos sobre a saúde dos indivíduos e da organização.

4.3.4. A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

O trabalho na área da saúde caracteriza-se por ser uma atividade profissional que tem, como agente e como sujeito de sua ação, o homem. Neste campo profissional, a interação entre o trabalhador e o trabalho ocorre de uma forma muito estreita; tal proximidade favorece que o trabalho, muitas vezes, constitua-se em fonte de sofrimento pelas limitações de ação, técnica e científica, que demanda a atenção ao paciente (GIL-NUNES, MAURO e CUPELLO, 2000a; 2000b; GRANDJEAN, 1998; MAURO, 1996; ORTIZ e PATIÑO, 1991; OTERO, 1993; GUIMARÃES, 1999).

Benevides-Pereira (2002) comenta que, apesar de qualquer pessoa poder vir a sofrer de estresse ocupacional e *Burnout*, esta síndrome incide principalmente naqueles profissionais que prestam assistência (GUIMARÃES, 1999; GASPAR, 1997; GUIMARÃES, VIEIRA e MARTINS, 1999; GUIMARÃES, VIEIRA e MARTINS, 1996), sendo a enfermagem, por este motivo, reconhecida como uma das ocupações de mais alto risco (WILKINSON, 1991; ESTRYN-BEHAR, 1996).

Dentro do contexto hospitalar, Bianchi (1992) aponta que os trabalhadores de enfermagem estão continuamente presos a uma ambigüidade de papéis que, de forma direta ou indireta, contribui para um número maior de experiências de estresse no trabalho e *Burnout*. O confronto com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes é particularmente estressante para estes profissionais (BULHÕES, 1994; BIANCHI, 1992; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; PITTA, 2003; GASPAR, 1997; CANDEIAS e ABUJAMRA, 1992), exigindo deles um enfrentamento

contra uma altíssima pressão emocional aliada à competência técnica (BENINCÁ, 2002; ABALO e ROGER, 1998; GIL-MONTE, 2003). Fatores como um elevado tempo de contato com esses pacientes e a própria natureza da enfermidade também podem aumentar o sentimento de incompetência profissional e, com isso, o *Burnout* (MASLACH e JACKSON, 1981; ORTIZ E PATIÑO, 1991; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997).

Para Bulhões (1994), algumas das características que deixam os trabalhadores de assistência mais vulneráveis ao *Burnout*, seriam: o fato de a enfermagem ser o maior grupo individualizado de profissionais da saúde e responsável pela execução de cerca de 60% das ações hospitalares; prestação de assistência ininterrupta, 24hs por dia; a categoria que mais entra em contato físico com o paciente; por excelência, uma profissão feminina e bastante diversificada em sua formação (SANTOS, 1996).

Para Figueiredo *et al.* (1998) os efeitos do alto nível de pressão emocional que sofrem os trabalhadores de enfermagem não devem ser subestimados, pois além de implicar no desenvolvimento de *Burnout* podem, até mesmo, levar ao abandono da profissão. Pitta (1995) salienta que, diante desses sentimentos, os profissionais utilizam mecanismos de defesa socialmente estruturados, tais como: a própria despersonalização, com distanciamento e negação de sentimentos; padronização das condutas, antecipando escutas e respostas para não atender a cada momento uma demanda; redução da responsabilidade, dissipando com vários profissionais a divisão das tarefas, diluindo-se numa hierarquia flexível.

4.3.5. REVISÃO DE ESTUDOS REFERENTES À SÍNDROME DE *BURNOUT* NA ÁREA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

Para facilitar o entendimento da síndrome de *Burnout* nos profissionais da área de assistência, serão descritos alguns estudos nacionais e estrangeiros que apresentam relação com a presente investigação.

Menzies realizou um estudo, em 1970, em um hospital de Londres, onde pesquisou os efeitos do estresse associado à tarefa assistencial em enfermeiras, observando um elevado nível de tensão, angústia e ansiedade. A autora concluiu que a situação de trabalho desencadeia sentimentos muito fortes e contraditórios nos profissionais de assistência, tais como piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, além de ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir estes sentimentos e inveja do cuidado que oferecem (PITTA, 2003; NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Além disso, refere que também os pacientes e seus familiares nutrem sentimentos complexos em relação ao hospital, principalmente em relação aos profissionais de enfermagem: demonstram apreço, gratidão, afeição, respeito; uma comovente crença de que o hospital funciona e solidariedade e preocupação com seu difícil trabalho (PITTA, 2003; NOGUEIRA, 1991; NOGUEIRA-MARTINS, 2002; PADILLA e GONZÁLEZ, 2001; SCHAUFELI *et al.*, 2000). Este é o indicador mais eficiente da satisfação de um paciente no hospital, seu relacionamento com o pessoal da enfermagem, que tem impacto direto sobre a sensação de bem-estar do paciente e sobre seu processo de cura (MASLACH e LEITER, 1999). Deste modo, Menzies pontua os sentimentos intensos e profundos que o trabalhador de um hospital, principalmente o serviço de enfermagem, enfrenta na sua rotina de trabalho, podendo levá-lo ao *Burnout* (PITTA, 2003). Pines (2002) ainda complementa que, para a enfermeira, a causa mais freqüente de *Burnout* envolve seu testemunho do sofrimento dos pacientes sem que possa ajudá-los. Para estes profissionais, a meta mais importante do seu trabalho é justamente auxiliar as pessoas a não sentirem dor, mas quando percebem que não podem interferir, entram em *Burnout*, pois sentem que falharam.

Schaufeli *et al.* (2000), em um estudo realizado com 204 enfermeiras da Alemanha, constatou que o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e os recursos disponíveis dos profissionais para lidar com estas estariam associados à síndrome de *Burnout*. Nesta investigação, constatou que as enfermeiras que experimentavam tal desequilíbrio apresentavam níveis elevados nas subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização, enquanto que aquelas que, além de apresentar o desequilíbrio, ainda tentavam dar mais de si do que eram capazes, na tentativa de controlar as condições de trabalho, apresentavam níveis mais elevados de Exaustão Emocional e de Sentimento de Incompetência Profissional.

Na Espanha, Gil-Monte (2003), em uma amostra composta por 39 enfermeiras, encontrou alto nível de Exaustão Emocional em 34% destas e de Despersonalização em 10%, enquanto que 49% das participantes apresentavam alto Sentimento de Incompetência Profissional. Ainda neste país, Benevides-Pereira (2002) menciona um estudo realizado por Olza em 1999, no qual foram avaliados 706 auxiliares de enfermagem. Destes, 22,5% apresentavam altos valores de Exaustão Emocional e de Despersonalização, que estavam relacionados com o a baixa satisfação no trabalho, demonstrando o mal-estar psíquico destes trabalhadores e o Sentimento de Incompetência Profissional.

Nos Estados Unidos, Schaufeli e Ezzmann (1998) encontraram 11 investigações sobre enfermeiros com um total de 1.542 participantes. Estes profissionais apresentaram médias moderadas nas três subescalas, ou seja, Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência, demonstrando como os trabalhadores da área de enfermagem estão expostos à Síndrome de *Burnout*.

No Brasil, vários autores também têm pesquisado sobre profissionais da área de enfermagem. Lautert (1995) avaliou o *Burnout* em 341 enfermeiros da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em dois hospitais-escola, demonstrando neste estudo que as enfermeiras apresentavam níveis moderados de Exaustão Emocional e baixos de Despersonalização e Sentimento de Incompetência Profissional (LAUTERT, 1997a).

Também deve-se levar em consideração que pessoas com nível educacional mais elevado, como no caso dos enfermeiros, apresentam maior propensão aos sintomas de *Burnout* do que aquelas com menor grau de escolaridade, como técnicos e auxiliares. As primeiras normalmente apresentam maiores pontuações de Exaustão Emocional e Despersonalização, enquanto que os indivíduos com menor nível educacional sentem-se menos realizados profissionalmente, aumentando o Sentimento de Incompetência Profissional. A realização pessoal no trabalho pode estar relacionada ao *status* e ao reconhecimento que a maioria das profissões de nível superior ainda apresentam; porém, o fato de ocorrer maiores expectativas profissionais ou um maior nível de responsabilidade para os enfermeiros justifica o aumento da Exaustão Emocional e Despersonalização nestes trabalhadores (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

A organização do trabalho no ambiente hospitalar atua por meio de indivíduos que ocupam posições de liderança, como é o caso dos enfermeiros que cumprem a função de chefia de setores (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002b) e esta é outra característica que pode ser nociva no trabalho de enfermagem. Os cargos de chefia normalmente são caracterizados por conflitos de funções em relação aos outros profissionais da equipe, como técnicos e auxiliares (CHERNISS, 1980; LAUTERT, 1995), o que ocorre porque estes necessitam administrar tanto os interesses da instituição quanto os dos pacientes, colegas enfermeiros e demais subordinados. Unicovsky (1993) relaciona a insatisfação dos enfermeiros em função da pouca valorização do seu trabalho como um todo, da falta de poder para tomada de decisões dentro do hospital e pelo relacionamento do grupo de trabalho, médicos, técnicos e auxiliares, dentre outros. Esta autora ainda complementa dizendo que a maioria dos enfermeiros que trabalham em organizações hospitalares consideram que as atividades que desenvolvem não correspondem às suas expectativas pessoais e profissionais. Bianchi (1992) e Bulhões (1994) também se referem à falta de autonomia quando descrevem que o estresse dos enfermeiros é agravado em situações nas quais existe atribuição de responsabilidade e, ao mesmo tempo, uma limitação do poder necessário ao seu cumprimento.

Sendo assim, os enfermeiros têm maior tendência a desenvolver a síndrome de *Burnout* do que técnicos e auxiliares de enfermagem, pois apresentam responsabilidades sobre as pessoas com quem convivem, sejam pacientes sob seus cuidados ou trabalhadores subordinados à sua chefia (ROSS, ALTMAIER e RUSSEL, 1989; PEIRÒ, 1993; LAUTERT, 1995).

A Exaustão Emocional é relacionada à sobrecarga de trabalho, tanto física quanto mental, na responsabilidade sobre pessoas e o trabalho em contato contínuo, com o sofrimento e morte; às pressões relativas à organização do trabalho e ao papel conflituoso exercido pelos enfermeiros, exigindo do profissional ações rápidas e precisas. Em pesquisas brasileiras, Pitta (2003), Bulhões (1994) e Lautert (1995) também consideram que a pouca idade e a predominância do gênero feminino nos trabalhadores da área de assistência estão fortemente associadas à Exaustão Emocional. Sendo persistente esse tipo de situação, a síndrome de *Burnout* com suas demais fases pode se instalar (PITTA, 2003; PEIRÒ, 1993; BULHÕES, 1994; LAUTERT, 1995; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002b; ZOHAR, 1997).

A título de contribuir para um maior entendimento do desenvolvimento da síndrome de *Burnout* no setor hospitalar, a pesquisa, descrita nos capítulos a seguir, apresenta o método e resultados do estudo realizado com 55 profissionais da área de assistência, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, em um hospital de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

5. MÉTODO DE ESTUDO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

Esta pesquisa teve por finalidade expandir o conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout* com profissionais da área de enfermagem hospitalar. A investigação é um estudo de caso com os profissionais da área de assistência do Hospital Santa Casa de Misericórdia, com cunho quantitativo e exploratório, pois envolve levantamento bibliográfico e questionários, mas também é descritiva porque relata as características da amostra estudada e seu relacionamento com as variáveis (GIL, 1999; 2002).

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESTUDADA

A pesquisa foi realizada na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundada em 1803. Esta instituição tem como objetivos básicos: administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar à comunidade, servir de área hospitalar para as atividades de diversas faculdades da área da saúde de Porto Alegre e do interior do estado, promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas e prestar serviços a outras instituições e à comunidade.

O Complexo Hospitalar fica localizado à rua Professor Annes Dias, s/ número, em Porto Alegre, e apresenta uma planta física composta por sete unidades assistenciais: Policlínica Santa Clara; Hospital São Francisco; Hospital São José; Pavilhão Pereira Filho; Hospital Santa Rita; Hospital da criança Santo Antônio e Hospital Dom Vicente Scherer. Cada uma das unidades assistenciais é especializada em uma área da medicina, sendo totalmente capacitada para atender às necessidades de seus clientes. O complexo dispõe de unidades de internação clínica e cirúrgica; pediatria; obstetrícia; centros de tratamento intensivo pediátrico e adulto; blocos cirúrgicos e unidades de exames e diagnósticos. Além disso, possui um ambulatório e uma unidade de pronto-atendimento para adultos e crianças.

A capacidade instalada do complexo é de 1.111 leitos, sendo estes distribuídos em 60% para o Sistema Único de Saúde (SUS) e 40% para pacientes particulares e de convênios; 208 consultórios; 52 salas cirúrgicas e 8 unidades de tratamento intensivo (UTI) com 137 leitos. O corpo clínico é composto por 1.493 médicos além de um quadro composto por 4.792 funcionários, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A taxa de ocupação hospitalar no ano de 2003 foi de 82,3%, com uma média de permanência de 7 dias e um coeficiente de mortalidade de 4,5%. Em nível de internações hospitalares, foram realizados 3.883 partos, 51.849 cirurgias e 52.201 internações. Em nível ambulatorial, foram prestadas 708.466 consultas. A média mensal de faturamento do complexo hospitalar foi de R\$ 18 milhões de reais no ano de 2003.

A estrutura orgânica do complexo é formada por um diretor geral subordinado a uma mesa administrativa, a qual é composta por religiosos e por um provedor religioso que coordena todas as assessorias e demais diretorias. A coordenação de enfermagem é feita sob forma técnica, sendo subordinada à diretoria administrativa da Irmandade.

5.2. AMOSTRA

Na enfermagem brasileira, a prestação de assistência ou cuidados ao paciente é realizada por profissionais pertencentes a três níveis hierárquicos, na seguinte ordem: auxiliar de enfermagem, técnico(a) de enfermagem e enfermeiro(a), este último com curso de nível universitário.

A amostra do estudo foi composta por trabalhadores destes três níveis hierárquicos, atuantes no Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre, que responderam o questionário entregue na instituição após aprovação do comitê de ética.

Foram distribuídos 150 questionários no Complexo Hospitalar (Apêndice II e Anexo I) dos quais retornaram 55 (36,66%), sendo considerada esta a amostra do estudo. A amostra foi acidental, na medida em que utilizou-se somente os resultados dos questionários devolvidos e que estavam devidamente preenchidos. A partir dos dados coletados nestes questionários foram avaliados o perfil sócio-demográfico e os sentimentos dos profissionais em relação a sua atividade profissional. Os questionários foram entregues aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de diferentes setores dos sete hospitais do Complexo Hospitalar Santa Casa. Dos 55 profissionais analisados na amostra, 20 eram enfermeiros (36,36%), 26 técnicos de enfermagem (47,27%) e 8 auxiliares de enfermagem (14,54%). O questionário foi acompanhado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), que foi uma exigência do comitê de ética da instituição.

5.3. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

No início da investigação, foram elaborados os questionários utilizados como instrumento de pesquisa, que continham: 1) um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) para garantir o aspecto sigiloso da pesquisa; 2) 11 questões adaptadas de Fensterseifer (1999) sobre o perfil sócio-demográfico dos indivíduos selecionados, contendo as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, profissão, tempo de experiência profissional, tempo

de exercício profissional na instituição, setor em que trabalha no hospital, carga horária semanal total na instituição, exercício da profissão em outros locais e carga horária total semanal (Apêndice II); e, por último, 3) 22 questões do Questionário de *Burnout* ou *Maslach Burnout Inventory* (MBI) adaptadas por Lautert (1995) (Anexo I), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981; 1985), para verificar os sentimentos pessoais e atitudes dos profissionais da área de enfermagem em relação ao seu trabalho e perante seus pacientes. Este questionário foi traduzido e validado por Lautert (1995) e é dividido em 3 subescalas que avaliam os três aspectos fundamentais da síndrome: Exaustão Emocional (EE); Despersonalização (D) e Sentimento de Incompetência Profissional (I) ou Envolvimento Pessoal no Trabalho. Estas questões apresentam uma escala de Likert de 0 a 4 para selecionar o nível de desgaste profissional, característico da Síndrome de *Burnout*, apresentado pelos indivíduos, sendo que: “0” representa “nunca”; “1” “algumas vezes ao ano”; “2” “algumas vezes ao mês”; “3” “algumas vezes por semana” e “4” “diariamente”. A estrutura do questionário expõe sentimentos atribuídos ao trabalho, como por exemplo: “o indivíduo encontra-se emocionalmente esgotado, indiferente, desanimado” (CAIRO, 2002; MASLACH e LEITER, 1999). O questionário foi único e auto-aplicável, acompanhado de um texto auto-explicativo contendo os objetivos da coleta de dados (LAUTERT, 1995; MINGOTE-ADÁN, 1998; CAIRO, 2002).

Pontuações elevadas nas duas primeiras subescalas, exaustão emocional e despersonalização, e baixas na terceira, sentimento de incompetência profissional, que apresenta um escore reverso, permitem diagnosticar a Síndrome de *Burnout*; em pontuações opostas, há altos níveis de compromisso com o trabalho (MASLACH e LEITER, 1999). A inversão do escore para a análise dos resultados e diagnóstico da síndrome de *Burnout* na subescala de incompetência profissional ocorre porque suas questões são antagônicas às demais, a fim de confirmar a consistência interna do instrumento, a veracidade das respostas e a atenção dos respondentes.

No questionário, a subescala de Exaustão Emocional consta de 9 itens referentes ao sentimento do indivíduo de estar exausto no nível emocional pelas demandas do trabalho; a de Despersonalização é formada por 5 itens que medem o grau de frieza e distanciamento que os trabalhadores podem apresentar no relacionamento com os pacientes; e, por último, a subescala de Incompetência Profissional ou realização pessoal no trabalho é composta por 8 itens que avaliam os sentimentos de competência, auto-eficácia e de realização pessoal dos trabalhadores da área de enfermagem na realização do seu trabalho, suas questões devem ter os resultados invertidos, ou seja, um escore reverso, para que se possa avaliar este construto (MINGOTE-ADÁN, 1998).

O Maslach *Burnout Inventory* (MBI) ou Questionário de *Burnout* é o instrumento mais utilizado para verificação da Síndrome de *Burnout*. Maslach e Jackson (1985) relataram para este instrumento, altos coeficientes de consistência interna (alpha de Cronbach entre 0,71 e 0,90) em uma pesquisa com vários grupos profissionais, dentre médicos, enfermeiros, policiais, professores, etc. Lautert (1995; 1997a) obteve valores semelhantes, entre 0,76 e 0,86, com profissionais da enfermagem, comprovando a consistência interna do instrumento.

5.4. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram distribuídos os questionários contendo os Apêndices I e II e o Anexo I aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de diferentes setores dos sete hospitais do Complexo Hospitalar Santa Casa. Aos profissionais da área de enfermagem foram explicados os objetivos do estudo e seu caráter puramente científico, além da total confiabilidade das respostas. Dos 150 questionários distribuídos, retornaram apenas 55 devidamente respondidos (36,66%), caracterizando estes indivíduos como a amostra do estudo.

A falta de adesão na pesquisa pode ser explicada pelo fato de que, conforme descreve a literatura, indivíduos mais desgastados profissionalmente são os que, normalmente, têm menor tolerância para participar de atividades tais como o preenchimento do questionário desta pesquisa (KUNKLER e WHITTICK, 1991 apud LAUTERT, 1995)⁴. Tendo em vista que, dos 150 questionários distribuídos, foram devolvidos apenas 55 (36,66%), pode-se questionar se a quantidade de indivíduos acometidos dentro da instituição não é maior ou ainda que, os realmente mais acometidos, não fizeram parte da amostra. Outra hipótese que poderia justificar a falta de participação por parte dos funcionários do hospital é que, o medo do desemprego, ou ainda, a instabilidade e alta rotatividade da profissão, que ocorrem na sociedade atual, em virtude da situação econômica do país, leva os funcionários a apresentarem um certo receio de participar deste tipo de atividade, por mais que tenham sido explicitados os objetivos puramente científicos da pesquisa em questão, bem como sua origem acadêmica e não administrativa.

A coleta de dados iniciou no mês de Julho e prolongou-se até o mês de Novembro de 2003, num total de 5 meses, até que todos os questionários fossem devolvidos.

5.5. PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada após o recolhimento e numeração dos 55 questionários, iniciando-se em Dezembro de 2003. Para a análise das respostas, foi montado um banco de dados no programa SPSS 10.0, no qual foram digitados os dados dos questionários. As respostas do questionário de *Burnout* foram pontuadas com valores de zero (0) a quatro (4) e submetidas a um levantamento estatístico quantitativo.

Inicialmente, foram analisadas as variáveis demográficas da amostra, com dados referentes à idade, sexo, estado civil e profissão dos sujeitos. Em seguida, montou-se uma tabela contendo as variáveis profissionais destes indivíduos, com o tempo de experiência profissional, tempo de trabalho no hospital, carga horária de trabalho dentro de hospital, quanto ao exercício

⁴ KUNKLER, J. & WHITTICK, J. Stress – management groups for nurses: Practical problems and possible solutions. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol 16. 1991.

de atividade laboral em outros locais e à carga horária de trabalho semanal total. Os profissionais foram divididos em dois grupos, um deles composto por enfermeiros e o outro por técnicos e auxiliares de enfermagem, com a finalidade de avaliar a influência da questão hierárquica entre estes profissionais. A divisão em dois grupos ao invés de três foi realizada em virtude do número reduzido de auxiliares e técnicos de enfermagem em comparação aos enfermeiros. A aglutinação destas duas categorias (técnicos e auxiliares de enfermagem) não interfere na questão hierárquica dos profissionais de assistência, pois estes desenvolvem cada vez mais tarefas muito semelhantes dentro do hospital, além de ambas estarem sob supervisão dos enfermeiros. A partir daí, foram analisados os índices estatísticos das respostas obtidas através do questionário de *Burnout*, as quais foram distribuídas e calculadas nas três subescalas (Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência Profissional).

Utilizou-se a estatística descritiva para caracterizar os indivíduos em relação aos níveis de *Burnout* (baixo, moderado e alto) nas três subescalas; para verificar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os resultados, utilizou-se o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, com uma significância de 5%. O teste foi utilizado para comparar duas amostras independentes, substituindo o teste t-Student, devido ao fato de os dados não possuírem distribuição Normal, não sendo possível uma transformação dos mesmos (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para pontuar o nível de *Burnout* em que um profissional se encontra, os valores apresentados em cada uma das três subescalas (Exaustão Emocional, Despersonalização e Incompetência) são divididos em três escores, sendo eles: *alto, moderado e baixo*. Isto porque Maslach e Jackson (1985), para definir os níveis de *Burnout*, dividiram sua amostra em três grupos iguais contendo 33,33% cada e assumiram que os terços superior, médio e inferior da amostra representariam os níveis alto, moderado e baixo, respectivamente (LAUTERT, 1995).

Na subescala de Exaustão Emocional, são considerados níveis baixos os valores menores que 12; moderado os valores compreendidos entre 12,01 e 24 e, para o nível alto, aqueles valores maiores que 24,01. Na subescala de Despersonalização, são considerados baixos os valores menores que 7; moderado entre 7,01 e 13 e alto os maiores que 13,01. E, por último, na subescala de Incompetência, são considerados baixos os valores menores que 11, moderado entre 11,01 e 21 e alto os maiores que 21,01 (LAUTERT, 1995).

Os dados sócio-demográficos, bem como os obtidos pelo questionário de *Burnout*, foram analisados, tabulados e apresentados em forma de tabelas. Tentou-se aproveitar os dados obtidos nos questionários realizando o máximo de cruzamentos possíveis. Os resultados do questionário de *Burnout* foram comparados aos encontrados por outros investigadores, tanto em estudos nacionais como em pesquisas estrangeiras.

Os resultados são apresentados no capítulo a seguir.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM)

Não existe consenso na literatura sobre como se desencadeia e se desenvolve o processo de *Burnout*, mas a grande maioria dos relatos está fundamentada em pesquisas realizadas com o Questionário de *Burnout* descrito por Maslach e Jackson (1981, 1985).

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas dos indivíduos da amostra do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Gil-Monte e Peirò (1997) dizem que as características pessoais do trabalhador não são, em si próprias, desencadeadoras dos sintomas da síndrome de *Burnout*, mas podem facilitar ou inibir a ação dos agentes estressores. Cairo (2002) ainda complementa que é a associação dos fatores pessoais, familiares e organizacionais que vão relacionar-se com a síndrome.

Tabela 1 - Caracterização da amostra do corpo de enfermagem do hospital em estudo

Sexo	Frequência	%
Feminino	38	69.1
Masculino	11	20
NR	6	10.9
Total	55	100

Idade	Frequência	%
De 20 a 26 anos	13	23.6
De 27 a 28 anos	12	21.8
De 29 a 35 anos	11	20
De 36 a 49 anos	12	21.8
NR	7	12.7
Total	55	100

Estado Civil		
Solteiro	25	45.5
Casado	30	54.5
Total	55	100
Profissão		
Enfermeiro(a)	20	36.4
Técnico ou Auxiliar de enfermagem	35	63.6
Total	55	100

A função de cuidados ao paciente é exercida pela equipe de assistência à saúde composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. No hospital, normalmente esta equipe é representada por um maior número de auxiliares e técnicos de enfermagem do que enfermeiros. Estes últimos, muitas vezes acumulam funções, podendo também ser responsáveis pela chefia dos demais funcionários da área de assistência. Um dos objetivos principais deste estudo era avaliar como a influência deste fator organizacional e de hierarquia profissional interferia no aparecimento da síndrome de *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem. Sendo assim, seria interessante retratar, na amostra, a mesma distribuição apresentada na instituição hospitalar, o que não foi possível por tratar-se de uma amostra acidental. Nesta investigação obteve-se um percentual de 36,4 % de enfermeiros, 47,3 % de técnicos de enfermagem e apenas 14,5 % de auxiliares de enfermagem. Com isso, optou-se por aglutinar os indivíduos das categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem para aumentar o número de profissionais de nível técnico na amostra (63,6 %). Essa aglutinação é possível visto que ainda é mantida a relação hierárquica dos profissionais de enfermagem, já que tanto os técnicos quanto os auxiliares de enfermagem são subordinados aos enfermeiros e exercem funções muito semelhantes, uma vez que a tendência atual é profissionalizar estes trabalhadores para que ocorra, no futuro, somente as profissões de enfermeiro e técnico de enfermagem (LEOPARDI, 1997).

A ocorrência de um maior número de profissionais de nível técnico dentro do hospital deve-se à crise que vem sofrendo o sistema hospitalar brasileiro, assim como os demais setores da economia. Como os empresários deste setor estão mais preocupados com a redução de custos do que com a qualidade dos serviços prestados, mesmo sabendo que a presença do enfermeiro significa maior qualidade na assistência ao paciente, são os técnicos e auxiliares de enfermagem que ocupam majoritariamente este papel (UNICOVSKY, 1993).

A predominância do sexo feminino (69,1 %) na amostra dos profissionais da área de assistência à saúde está de acordo tanto com a literatura brasileira (UNICOVSKY, 1993; VIEIRA, 1995; LEOPARDI, 1994; BULHÕES, 1994; GIL-NUNES, 2000; GIL-NUNES; MAURO e CUPELLO, 2000a e 2000b e LAUTERT, 1995), quanto com a estrangeira (ATANCE-MARTINEZ, 1997; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001), pois a enfermagem é considerada uma profissão tipicamente feminina. O fato desta predominância feminina demonstra os problemas enfrentados pelos profissionais da enfermagem para a aceitação da mulher na sociedade. Esta característica coloca a profissão em submissão em relação aos grupos masculinos com que convivem no hospital, principalmente os médicos (UNICOVSKY, 1993), onde existem situações de exploração, repressão e até mesmo humilhação e desrespeito para com as mulheres (SELIGMANN-SILVA, 1986; ESTRYN-BEHAR, 1996).

A idade mínima evidenciada na amostra foi de 20 e a máxima de 49 anos. Para o presente estudo, dividiu-se os valores das idades em quartis, ou seja, em 4 partes iguais, contendo 25% de indivíduos em cada uma delas: entre 20 a 26 anos, de 27 a 28, de 29 a 35 e de 36 a 49 anos. Esta divisão garante um número representativo de indivíduos em cada faixa etária, viabilizando a utilização desta variável em testes ou cruzamentos da mesma com outras variáveis. A média de idade encontrada entre os indivíduos estudados foi de 30,58 anos, caracterizando uma profissão com maioria de profissionais jovens. Unicosky (1993) verificou em seu estudo que 80% dos enfermeiros apresentavam idade inferior a 35 anos, sendo que Lautert (1995) apresenta dados semelhantes em sua investigação. Gil-Nunes, Mauro e Cupello (2000a; 2000b), estudando profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, obtiveram que 76,20% destes estavam na faixa etária entre 35 e 49 anos. Alguns autores relacionam que o

Burnout aparece em profissionais mais jovens porque, à medida que os anos vão passando, o indivíduo adquire mais segurança no seu trabalho, minimizando, assim, as chances de apresentar a síndrome (CHERNISS, 1980; MASLACH e JACKSON, 1981; ROSS, ALTMAIER e RUSSEL, 1989).

Também pela análise da tabela 1, pode-se perceber que os enfermeiros são mais velhos que os técnicos e auxiliares de enfermagem, já que os primeiros têm, em sua maioria, mais de 28 anos, enquanto a idade dos técnicos e auxiliares está compreendida entre 20 e 28 anos. De modo geral, estes profissionais apresentam pouca idade porque a maioria dos enfermeiros termina a graduação em média com 22 anos e começa a trabalhar logo após o término do curso, geralmente em hospitais, pela maior oferta de trabalho (LAUTERT, 1995). Enquanto isso, os auxiliares e técnicos de enfermagem necessitam apenas ter o segundo grau completo e um curso profissionalizante para iniciar a carreira na assistência à saúde, ingressando no mercado de trabalho ainda mais cedo que os enfermeiros.

Com relação ao estado civil, considerou-se como casados os indivíduos casados legalmente ou com companheiro; enquanto que, solteiros, os sujeitos solteiros, divorciados, separados ou viúvos. Na literatura, não há consenso se o fato de ter ou não vida marital contribui para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Alguns autores atribuem ao casamento ou ao fato de ter um companheiro(a) estável, a menor propensão aos sintomas de *Burnout* (BURKE, GREENGLASS e MOORE, 2003; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER, 1991). Porém, outros salientam justamente o contrário (ROSS, ALTMAIER e RUSSEL, 1989) ou nenhuma relação entre o estado civil e a síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Atance-Martinez (1997) encontrou, em uma investigação com profissionais da área da saúde, que os solteiros apresentavam maior Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência Profissional do que aqueles que eram casados ou que possuíam parceiros estáveis. Para compreender melhor o processo, seria necessário averiguar a qualidade da relação e não somente observar a presença ou não de um(a) parceiro(a), por isto esta variável não foi analisada no estudo.

6.2. VARIÁVEIS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM)

Vários autores consideram que a síndrome de *Burnout* está mais relacionada às características do ambiente de trabalho do que a fatores individuais (MASLACH e LEITER, 1999; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a), demonstrando a importância de analisar o *Burnout* a partir das variáveis que envolvem a percepção do indivíduo com aspectos organizacionais.

Tabela 2 – Características profissionais dos indivíduos da amostra

Tempo de exercício profissional do indivíduo	Frequência	%
menos de 1 ano	3	5.5
de 1 a 5 anos	20	36.4
de 6 a 10 anos	17	30.9
de 11 a 15 anos	8	14.5
de 16 a 20 anos	3	5.5
mais de 26 anos	3	5.5
NR	1	1.8
Total	55	100
Tempo de exercício profissional do indivíduo no hospital		
menos de 1 ano	3	5.5
de 1 a 5 anos	25	45.5
de 6 a 10 anos	15	27.3
de 11 a 15 anos	5	9.1
de 16 a 20 anos	5	9.1
de 21 a 25 anos	1	1.8
mais de 26 anos	1	1.8
Total	55	100
Carga horária semanal de trabalho no hospital		
20h/semana	2	3.6
30h/semana	14	25.5
40h/semana	39	70.9
Total	55	100

Exerce atividade extra em outro local?		
Sim	18	32.7
Não	37	67.3
Total	55	100
Carga horária total de trabalho semanal		
20 a 30h/semana	10	18.1
40h/semana	35	63.6
50 a 70h/semana	10	18.1
Total	55	100

A tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis profissionais dos indivíduos da amostra, o que permite inferir que a maioria dos indivíduos analisados apresenta tempo de exercício profissional entre 1 e 10 anos. Unicovsky (1993) acredita que isto ocorra porque a maioria destes profissionais começa a trabalhar logo após terminarem os cursos de profissionalização, sejam eles de nível técnico ou de nível superior. Dessa forma, grande parte deles tem pouquíssima ou nenhuma experiência profissional no início da carreira. Também observa-se que 45,5% dos sujeitos exercem a atividade de assistência à saúde no hospital num período de 1 a 5 anos e 27,3% de 6 a 10 anos.

Em relação à carga horária de trabalho destes indivíduos, apenas 32,7% dos informantes apresentam dupla jornada de trabalho, onde exercem atividade de enfermagem em outros hospitais, enquanto que a maioria, 67,3% dos indivíduos, afirma não trabalhar em outros locais. 70,9% dos sujeitos da amostra trabalham 40 horas por semana (dois turnos diários), 25,5% trabalham 30 horas e somente 3,6% trabalham apenas um turno no hospital, ou seja, 20 horas semanais. Estes dados estão de acordo com Gil-Nunes, Mauro e Cupello (2000a; 2000b) que apresentam um estudo onde a maioria dos profissionais de enfermagem analisados (66,67%) trabalham 40 horas por semana. Porém, estes mesmos autores consideram que o grupo analisado faz parte da população economicamente ativa, sofrendo intensas cobranças sociais relacionadas à produção e ao sustento da família e, em virtude dos baixos salários, muitos destes acabam procurando mais de um emprego e, conseqüentemente, apresentando dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho (GIL-NUNES, MAURO e CUPELLO, 2000a; 2000b).

As tabelas 1 e 2 demonstram que a avaliação da Síndrome de *Burnout* é possível neste estudo porque apresenta algumas das variáveis que a literatura relaciona com a enfermidade: maioria jovem; sexo predominantemente feminino; percentual significativo de indivíduos casados; pouca experiência profissional numa boa parcela de profissionais que, conseqüentemente, trabalham na instituição há pouco tempo (ATANCE-MARTINEZ, 1997; LAUTERT, 1995; BURKE, GREENGLASS e MOORE, 2003; GIL-NUNES, 2000; GIL-NUNES, MAURO e CUPELLO, 2000a e 2000b; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; BULHÕES, 1994).

6.3. RESULTADOS DAS ANÁLISES DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM OS ESCORES DE *BURNOUT* E AS PROFISSÕES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

Os escores encontrados pelo Inventário ou Questionário de *Burnout* nos profissionais da área de enfermagem hospitalar (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) são apresentados nas tabelas 3 a 5. Os escores foram tabulados pelas subescalas para facilitar sua compreensão, sendo estas as seguintes: Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência Profissional, também conhecido como Envolvimento Pessoal no Trabalho.

6.3.1. SUBESCALA DE EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela 3 - Subescala de Exaustão Emocional

Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
Enfermeiro(a)	Baixo	11	55
	Moderado	9	45
	Total	20	100
Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	29	82.8
	Moderado	4	11.4
	Alto	2	5.7
	Total	35	100

A tabela 3 apresenta os escores de *Burnout* na subescala de Exaustão Emocional para os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) evidenciando que 5,7% dos técnicos e auxiliares de enfermagem apresentam escore alto de *Burnout* nesta subescala. 11,4% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 45% dos enfermeiros apresentam escore moderado e 82,8% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 55% dos enfermeiros obtiveram escore baixo. A média da dimensão ou subescala de Exaustão Emocional encontrada para este estudo, tanto entre enfermeiros quanto entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, foi de 9,25, considerada baixa.

Vários autores consideram a Exaustão Emocional como sendo o fator central e a fase inicial da síndrome do *Burnout*, pois acreditam que as características do ambiente e da carga de trabalho e as demandas interpessoais do trabalhador estão diretamente associadas a esta subescala (MASLACH e JACKSON, 1985; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER, 1991; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a e 2002b; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CORDES e DOUGHERTY, 1993). A Exaustão Emocional manifesta-se como a atitude mais clara do quadro clínico porque é o sintoma mais comum e evidente em quase todos os casos da síndrome (CAIRO, 2002). Ela e, conseqüentemente, o *Burnout*, ocorre quando os indivíduos precisam trabalhar numa situação não equilibrada, na qual é extrema a demanda para o trabalhador e ele não dispõe de recursos emocionais suficientes para lidar com esta situação. Além disso, a organização do trabalho não oferece suporte adequado, fazendo com que os trabalhadores fiquem exaustos, irritados e deprimidos com as tarefas que desempenham (MASLACH e JACKSON, 1985; MASLACH e LEITER, 1999; CAIRO, 2002). Caso essas condições excessivas de trabalho sejam mantidas sem qualquer tipo de intervenção, a falta de recursos, tanto pessoais quanto institucionais, podem desenvolver, nos profissionais, condutas e sintomas pertencentes às demais etapas da síndrome, como sinais de Despersonalização, a fim de proteger-se da tensão que experimentam (LAUTERT, 1995; PINES e ARONSON, 1988) ou um escasso comprometimento com o trabalho, aumentando o sentimento de Incompetência Profissional (LEITER, 1991).

A Exaustão Emocional evidencia os aspectos da síndrome de *Burnout* referentes ao próprio estresse, sendo mais facilmente assumida pelos trabalhadores (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a; MASLACH e LEITER, 1999). Contudo, é importante perceber que o desgaste físico e emocional representado por esta subescala não é um problema apenas individual, mas também do ambiente social e da organização do trabalho (MASLACH e LEITER, 1999). Sendo assim, a Exaustão Emocional aparece como resposta tanto às demandas individuais quanto organizacionais, o que compromete a saúde física e mental dos profissionais, deteriorando sua qualidade de vida no trabalho e o funcionamento adequado da organização (LEITER, 1991; MASLACH e JACKSON, 1985; SCHAUFELI e EZMANN, 1998; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a e 2002b; GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997). Pela natureza afetiva que apresenta, a Exaustão Emocional pode aparecer em qualquer atividade da área da saúde, onde o trabalho, por si só, já é considerado como estressante.

Há na literatura a referência de que a subescala de Exaustão Emocional é tão importante para o diagnóstico do *Burnout* que alguns autores argumentam que as outras duas subescalas da síndrome, a Despersonalização e o Sentimento de Incompetência Profissional, são praticamente desnecessárias para o desenvolvimento do processo (SHIRON, 1989³ apud MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

6.3.2. SUBESCALA DE DESPERSONALIZAÇÃO

Na tabela 4, são apresentados os escores de *Burnout* na subescala de Despersonalização para os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

³ SHIRON, A. *Burnout in work organizations. In international review of industrial and organizational psychology*. Ed. CL. Cooper, I Robertson. NY: Wiley. 1989.

Tabela 4 - Subescala de Despersonalização

Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
Enfermeiro(a)	Baixo	19	95
	Moderado	1	5
	Total	20	100
Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	31	88.5
	Moderado	3	8.6
	Alto	1	2.9
	Total	35	100

Pela análise da tabela 4, apenas 2,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram escore alto de *Burnout* na subescala de Despersonalização. 8,6% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 5% dos enfermeiros apresentaram escore moderado e 88,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 95% dos enfermeiros apresentaram escore baixo. Nesta subescala, a média de *Burnout* encontrada para os profissionais da área de assistência foi de 3,13, também considerada baixa.

Tamayo e Tróccoli (2002a) descrevem que a subescala de Despersonalização apresenta índice de confiabilidade menor, normalmente inferior a 0,70, quando comparado às subescalas de Exaustão Emocional e de Incompetência Profissional. Isto ocorre provavelmente porque os trabalhadores da área de assistência respondem as questões pertencentes à Despersonalização demonstrando seu desejo social, ligado à sua profissão, e não necessariamente com os sentimentos que apresentam de verdade, comprometendo a consistência interna das questões desta subescala.

6.3.3. SUBESCALA DE SENTIMENTO DE INCOMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Na tabela 5, são apresentados os escores de *Burnout* na subescala de Incompetência Profissional para os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Tabela 5 - Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional

Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
Enfermeiro(a)	Baixo	13	65
	Moderado	6	30
	Alto	1	5
	Total	20	100
Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	28	80
	Moderado	6	17.1
	Alto	1	2.9
	Total	35	100

Nesta subescala, apenas 2,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 5 % dos enfermeiros apresentaram escore alto. 17,1% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 30% dos enfermeiros tiveram escore moderado e 80% dos técnicos e auxiliares de enfermagem e 65% dos enfermeiros apresentaram escore baixo de *Burnout* nesta subescala. A média de *Burnout* encontrada para os profissionais da área de assistência na subescala de Sentimento de Incompetência Profissional foi de 7,87, considerado baixo.

Dados semelhantes nesta subescala foram observados no estudo de Lautert (1995), onde 72,03% dos enfermeiros analisados apresentaram-se realizados profissionalmente, ou seja, com níveis baixos de Sentimento de Incompetência Profissional. Leopardi (1994), também em um estudo com enfermeiros, encontrou que a maioria considera as atividades exercidas ou que lhes são confiadas correspondentes com sua qualificação. Vieira (1995) afirma que, apesar dos inúmeros problemas que enfrentam na profissão, os enfermeiros conseguem apresentar uma certa autonomia e poder de decisão, aumentando seu envolvimento pessoal no trabalho e minimizando, com isso, o sentimento de Incompetência Profissional. Leopardi (1994) complementa ainda que, a centralização das informações, tanto dos pacientes como para os pacientes, confere aos profissionais de enfermagem, principalmente aos enfermeiros, um certo nível de poder dentro do hospital, aumentando a afirmação profissional destes trabalhadores junto aos pacientes e aos médicos. Estas afirmações explicam a maior prevalência de um escore baixo para os enfermeiros nesta subescala.

No entanto, Bulhões (1994) discorda desses autores, pois considera que o trabalho dos enfermeiros é muito complexo e que eles não têm a autonomia necessária para sua realização. Para esta autora, o trabalho da equipe de enfermagem no hospital representa por si só um forte gerador de sobrecarga mental, onde qualquer erro executado por estes profissionais pode ser fatal para os pacientes. Além disso, a constante confrontação com o sofrimento dos pacientes e de seus familiares é outro potente gerador de estresse ocupacional (PITTA, 2003). Esta excessiva sobrecarga mental de trabalho reduz a satisfação pessoal dos indivíduos, aumentando, com isso, o seu sentimento de Incompetência Profissional.

A tabela 6 permite verificar os resultados do teste U de Mann-Whitney para avaliar se existe diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem nas subescalas de Exaustão Emocional, Despersonalização e Incompetência do Questionário de *Burnout*. É possível constatar que os enfermeiros apresentam maiores níveis de Exaustão Emocional quando comparados aos técnicos e auxiliares.

Tabela 6 - Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares nas subescalas do Questionário de *Burnout*

Subescalas de <i>Burnout</i>	Médias		p
	Enfermeiro(a)	Técnicos e Auxiliares	
Exaustão Emocional	1,45	1,23	0,046*
Despersonalização	1,05	1,14	0,419
Incompetência	1,40	1,23	0,226

* teste U de Mann-Whitney significativo a 5%

Quanto à síndrome de *Burnout*, observou-se que quase a metade dos enfermeiros (45%), apresentam níveis moderados na subescala de exaustão emocional, considerada por muitos autores, como a fase desencadeadora e principal da síndrome. A literatura refere que níveis moderados já demonstram a existência da patologia (MASLACH e JACKSON, 1985; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER, 1991; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a e 2002b; BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Nesta subescala, os enfermeiros encontram-se mais desgastados profissionalmente do que os técnicos e auxiliares de enfermagem. A literatura ainda menciona que profissionais de enfermagem, principalmente mulheres jovens, desenvolvem

Exaustão Emocional, considerada por alguns autores como um dos primeiros sinais da síndrome (LAUTERT, 1995; PITTA, 2003; BURKE, GREENGLASS e MOORE, 2003). Nas demais subescalas, despersonalização e sentimento de incompetência profissional, predominam os escores baixos para ambos os grupos profissionais, mas García (1994) admite que, independentemente de qual subescala a síndrome de *Burnout* se inicie, uma pessoa não necessariamente passa por todas as suas fases e já apresenta a patologia.

Apesar de os enfermeiros terem apresentado níveis mais altos de *Burnout* quando comparados aos técnicos e auxiliares, alguns autores acreditam que a divisão do trabalho de assistência geraria mais estresse para auxiliares e técnicos, já que as tarefas mais estressantes com o doente ficam a cargo destes trabalhadores (ALVES, 1994). Este autor menciona que estes profissionais tornam-se mais vulneráveis às condições precárias de trabalho oferecidos pela organização, pois, além de lidar com agentes biológicos, físicos e químicos, ainda são envolvidos com a angústia, sofrimento e dor dos seus pacientes e familiares, sofrendo o impacto direto e imediato do estresse que advém do cuidado com o paciente (ALVES, 1994).

6.4. RELAÇÃO DAS IDADES DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA COM A SÍNDROME DE *BURNOUT*

As tabelas de 7 a 9 apresentam o escore de *Burnout* dos profissionais da área de assistência relacionado às suas idades.

Tabela 7 - Subescala de Exaustão Emocional em relação à idade

Idade	Profissão	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	1	33,3
		Moderado	2	66,7
		Total	3	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75
		Moderado	1	25
		Total	4	100

De 20 a 26 anos	Enfermeiro(a)	Moderado	1	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	10	83,3	
		Moderado	2	16,7	
		Total	12	100	
De 27 a 28 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	33,3	
		Moderado	2	66,7	
		Total	3	100	
	De 29 a 35 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	7	77,8
Moderado			1	11,1	
Alto			1	11,1	
De 36 a 49		Enfermeiro(a)	Baixo	5	71,4
	Moderado		2	28,6	
	Total		7	100	
	De 20 a 26 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	4	100
Enfermeiro(a)			Baixo	4	66,7
			Moderado	2	33,3
		Total	6	100	
De 27 a 28 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	5	83,3	
		Alto	1	16,7	
		Total	6	100	

Tabela 8 - Subescala de Despersonalização em relação à idade

Idade	Profissão	Escore	Frequência	%	
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	3	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	4	100	
De 20 a 26 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100	
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	11	91,7
			Moderado	1	8,3
	Total	12	100		
De 27 a 28 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	3	100	
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88,9
			Moderado	1	11,1
	Total	9	100		

De 29 a 35 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	6	85,7	
		Moderado	1	14,3	
		Total	7	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75	
		Moderado	1	25	
		Total	4	100	
De 36 a 49	Enfermeiro(a)	Baixo	6	100	
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	5	83,3
			Alto	1	16,7
	Total		6	100	

Tabela 9 - Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional em relação à idade

Idade	Profissão	Escore	Frequência	%	
NR	Enfermeiro(a)	Moderado	2	66,7	
		Alto	1	33,3	
		Total	3	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	4	100	
		Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
			De 20 a 26 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo
Moderado	1			8,3	
Total	12	100			
Enfermeiro(a)	Baixo	3	100		
	De 27 a 28 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	6	66,7
		Moderado	3	33,3	
Total		9	100		
De 29 a 35 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	5	71,4	
		Moderado	2	28,6	
		Total	7	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75	
		Alto	1	25	
		Total	4	100	
De 36 a 49	Enfermeiro(a)	Baixo	4	66,7	
		Moderado	2	33,3	
		Total	6	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	4	66,7	
		Moderado	2	33,3	
		Total	6	100	

A tabela 10 mostra os resultados do teste U de Mann-Whitney que demonstrou não existir diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem quanto à idade apresentada por eles e os níveis de *Burnout*.

Tabela 10 - Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto às suas idades e os níveis de *Burnout*

Idade	Subescalas de <i>Burnout</i>	Médias		p
		Enfermeiro(a)	Técnicos e Auxiliares	
Não informado	Exaustão	1,67	1,25	0,307
	Despersonalização	1,00	1,00	1,000
	Incompetência	2,33	1,00	0,018
De 20 a 26 anos	Exaustão	2,00	1,17	0,068
	Despersonalização	1,00	1,08	0,773
	Incompetência	1,00	1,08	0,773
De 27 a 28 anos	Exaustão	1,67	1,33	0,267
	Despersonalização	1,00	1,11	0,564
	Incompetência	1,00	1,33	0,269
De 29 a 35 anos	Exaustão	1,29	1,00	0,260
	Despersonalização	1,14	1,25	0,673
	Incompetência	1,29	1,50	0,904
De 36 a 49	Exaustão	1,33	1,33	0,673
	Despersonalização	1,00	1,33	0,317
	Incompetência	1,33	1,33	1,000

Dentre os aspectos epidemiológicos da síndrome de *Burnout* descritos na literatura, a variável idade não aparece como consenso entre os diferentes autores sobre ter ou não relação com a síndrome.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) e Benevides-Pereira (2002) definiram que profissionais mais jovens, com idade inferior a 30 anos, apresentam maior incidência de *Burnout*. Alguns autores atribuem este fato à pouca experiência apresentada pelos profissionais jovens, gerando insegurança ou ainda, um choque diante da realidade do trabalho, quando verificam que suas ilusões não possuem sustentação (CHERNISS, 1980; LAUTERT, 1995; BIANCHI, 1992). Há também autores que acreditam tratar-se de uma crise de identidade profissional diante das dificuldades de socialização (CHERNISS, 1980). Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) consideram que, com o passar do tempo, os profissionais adquirem mais segurança no trabalho e tornam-se menos vulneráveis ao desgaste profissional. Firth (1985) acredita também que a manifestação do

Burnout ocorre desde o início da vida profissional, entretanto, pode vir a exteriorizar-se mais adiante, se o profissional enfrenta mudanças no ambiente de trabalho. Schaufeli *et al.* (2000) e Schaufeli e Ezzamel (1998) denunciam, no entanto, um provável equívoco nestas afirmações, pois consideram que os trabalhadores que apresentam a síndrome no início da carreira acabam por abandoná-la, restando como “sobreviventes” no ambiente de trabalho somente aqueles com sintomas mais leves. Porém, esta é uma afirmação que necessita de maiores investigações a respeito.

6.5. RELAÇÃO DO CONTATO COM OS PACIENTES NOS LOCAIS DE TRABALHO E O *BURNOUT*

As tabelas de 11 a 13 apresentam os escores de *Burnout* apresentados pelos indivíduos nas três subescalas em relação ao contato que apresentam com os pacientes no local de trabalho dentro do hospital.

O ambiente hospitalar por si só é gerador de estresse nos mais diferentes níveis, exigindo dos profissionais controle de emoções e sentimentos diante de pacientes e familiares (PITTA, 2003). A organização do trabalho hospitalar através de seus vários níveis de hierarquia, heterogeneidade de profissionais e interdependência de atividades, está relacionado diretamente ao aparecimento de sentimentos conflitantes (LAUTERT, 1995). Este ambiente de fato apresenta aspectos únicos da realidade nele vivida. Contudo, geralmente se dá pouca importância aos aspectos da relação e da organização de trabalho, o que prejudica a qualidade dos serviços prestados e a saúde do trabalhador.

Neste estudo, os dados referentes aos setores de trabalho no hospital foram agrupados em subgrupos quanto ao nível de contato que os profissionais da área de enfermagem dispensam a seus pacientes. Não foi realizada distinção entre unidades privativas e previdenciárias. Optou-se por dividir os locais de trabalho da seguinte forma: *NR – Não respondido*, onde os sujeitos da amostra não responderam a questão identificando o local que trabalham dentro do hospital;

Unidades onde não há contato direto com os pacientes, representada pelos profissionais que trabalham no centro de materiais e esterilização (CME); *Unidades com pouco contato com os pacientes*, onde os profissionais não estabelecem necessariamente um vínculo com os pacientes colocados a seus cuidados devido ao pouco tempo de contato entre eles (Centros de Exames e Blocos cirúrgicos, convencionais e pediátricos); e, por último, *Unidades com muito contato com os pacientes*, que seriam as enfermarias e unidades de tratamento intensivo (UTI), convencionais e pediátricas, setores nos quais o atendimento de enfermagem funciona regularmente nos três turnos (manhã, tarde e noite), finais-de-semana e feriados, onde os pacientes colocados a seus cuidados normalmente necessitam um tempo maior de hospitalização estabelecendo, com isso, um vínculo maior entre eles. Esta divisão foi realizada devido à necessidade de explorar a relação dos profissionais da área de enfermagem com seus clientes, no caso os pacientes, por ser esta considerada na literatura uma das principais causas da sintomatologia de *Burnout* (MASLACH e LEITER, 1999; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; MASLACH e JACKSON, 1981).

Tabela 11 - Subescala de Exaustão Emocional dos indivíduos quanto ao contato apresentado com os pacientes no local de trabalho

Grau de contato com os pacientes	Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	7	87.5
		Moderado	1	12.5
		Total	8	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	7	87.5
		Moderado	1	12.5
		Total	8	100
Unidades onde não há contato direto com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	2	33.3
		Moderado	4	66.7
		Total	6	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75
		Moderado	1	25
		Total	4	100
Unidades com pouco contato com os pacientes	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88.8
		Moderado	1	11.1
		Total	9	100
Unidades com muito contato com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	2	33.3
		Moderado	4	66.6
		Total	6	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	12	85.7
		Alto	2	14.2
		Total	14	100

Tabela 12 - Subescala de Despersonalização dos indivíduos quanto ao contato com os pacientes no local de trabalho

Grau de contato com os pacientes	Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	8	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	100
Unidades onde não há contato direto com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	6	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75
		Moderado	1	25
Total			4	100
Unidades com pouco contato com os pacientes	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88.8
		Moderado	1	11.1
		Total	9	100
Unidades com muito contato com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	5	83.3
		Moderado	1	16.6
		Total	6	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	12	85.7
		Moderado	1	7.1
Total			1	7.1
Total			14	100

Tabela 13 - Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional quanto ao contato com os pacientes no local de trabalho

Grau de contato com os pacientes	Profissão do indivíduo	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	4	50
		Moderado	4	50
		Total	8	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	7	87.5
		Alto	1	12.5
Total			8	100
Unidades onde não há contato direto com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	5	83.3
		Moderado	1	16.7
		Total	6	100
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	3	75
Moderado		1	25	
Total			4	100
Unidades com pouco contato com os pacientes	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	5	55.5
		Moderado	4	44.4
		Total	9	100

Unidades com muito contato com os pacientes	Enfermeiro(a)	Baixo	4	66.6
		Moderado	1	16.6
		Alto	1	16.6
		Total	6	100
Técnicos e Auxiliares de enfermagem		Baixo	13	92.8
		Moderado	1	7.1
		Total	14	100

A tabela 14 demonstra os resultados do Teste U de Mann-Whitney que indicou não existir diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao contato dispensado com os pacientes nos locais de trabalho dentro do hospital nas subescalas de Exaustão Emocional, Despersonalização e Incompetência do Questionário de *Burnout*.

Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto ao contato dispensado com os pacientes nas subescalas do Questionário de *Burnout*

Local de trabalho	Subescalas de <i>Burnout</i>	Médias		p
		Enfermeiro(a)	Técnicos e Auxiliares	
Não informado	Exaustão Emocional	1,13	1,11	0,931
	Despersonalização	1,00	1,00	1,000
	Incompetência	1,50	1,33	0,360
Unidades sem contato direto	Exaustão Emocional	1,67	1,25	0,221
	Despersonalização	1,00	1,25	0,221
	Incompetência	1,17	1,25	0,759
Unidades com pouco contato	Exaustão Emocional	X	1,13	X
	Despersonalização	X	1,13	X
	Incompetência	X	1,38	X
Unidades com muito contato	Exaustão Emocional	1,67	1,36	0,142
	Despersonalização	1,17	1,21	0,947
	Incompetência	1,50	1,07	0,127

Obs: O Teste U de Mann-Whitney não foi aplicado para as unidades com pouco contato com os pacientes porque nelas não apareceram enfermeiros na amostra, impossibilitando os cruzamentos. Por isso os valores em branco.

Uma das hipóteses para que os níveis de *Burnout* tenham aparecido predominantemente baixos é de que boa parte dos sujeitos da amostra analisada não trabalham em contato direto com os pacientes, o que é uma das características principais para a ocorrência da síndrome. Além disso, vários indivíduos não citaram o local de trabalho no hospital (29,09%), com isso, não se pode avaliar o grau de contato que estabeleceriam com seus pacientes.

Lautert (1995) relaciona o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* com diferentes setores de trabalho existentes no hospital devido ao desgaste vivenciado pelos profissionais de enfermagem em decorrência de condições precárias dos pacientes, maus prognósticos ou pacientes terminais. A relação entre as subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização com os profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de internação e enfermarias, tanto adultas quanto pediátricas, pode ser devida à sobrecarga de trabalho e à natureza monótona e meticulosa de algumas tarefas (DEWE, 1989; LAUTERT, 1995). Além disso, estas são unidades onde o volume de pacientes e atividades burocráticas normalmente é mais alto (VIEIRA, 1995), dificultando a realização de pausas durante o trabalho, bem como o controle das atividades que realizam, levando estes profissionais ao sentimento de perda de energia, fadiga e esgotamento, ou seja, Exaustão Emocional (MASLACH e JACKSON, 1981).

Alguns autores descrevem que setores de tratamento intensivo têm sido alvo de diversas investigações que associam o trabalho nessas unidades ao *Burnout*. Isto ocorre porque são unidades onde se encontram internados pacientes de alto risco, os quais necessitam assistência direta e intensiva, gerando demandas emocionais muito intensas (LAUTERT, 1995). Wilkinson (1991) afirma que enfermeiros que trabalham em setores críticos de cuidados são mais propensos ao estresse ocupacional. Bianchi (1992) corrobora com esta afirmação, sugerindo que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em algumas áreas do hospital, como profissionais de centros cirúrgicos e unidades de emergência, apresentam mais tendência ao estresse ocupacional e *Burnout* que os demais. Porém, na presente pesquisa, não foi encontrada diferença estatística significativa do nível de *Burnout* em função do setor de trabalho.

6.6. RELAÇÃO DA CARGA HORÁRIA DE TRABALHO TOTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA COM O *BURNOUT*

As tabelas de 15 a 17 apresentam os escores de *Burnout* em relação à carga horária total de trabalho semanal para os profissionais da área de assistência à saúde.

Tabela 15 - Subescala de Exaustão Emocional dos indivíduos da amostra por carga horária de trabalho semanal total

Carga horária total de trabalho semanal	Profissão	Escore	Frequência	%
De 20 a 30h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	4	80
		Alto	1	20
		Total	5	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	2	40
		Moderado	3	60
		Total	5	100
40h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	17	80.9
		Moderado	3	14.2
		Alto	1	4.7
		Total	21	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	9	69.2
		Moderado	4	30.8
Total	13	100		
De 50 a 70h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88.8
		Moderado	1	11.1
		Total	9	100
	Enfermeiro(a)	Moderado	2	100

Tabela 16 - Subescala de Despersonalização dos indivíduos da amostra por carga horária total de trabalho semanal

Carga horária total de trabalho semanal	Profissão	Escore	Frequência	%
De 20 a 30h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	4	80
		Moderado	1	20
		Total	5	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	5	100
40h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	19	90.4
		Moderado	1	4.7
		Alto	1	4.7
		Total	21	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	13	100
De 50 a 70h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88.8
		Moderado	1	11.1
		Total	9	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	1	50
		Moderado	1	50
Total	2	100		

Tabela 17 - Subescala de Sentimento de Incompetência Profissional dos indivíduos da amostra por carga horária de trabalho semanal

Carga horária total de trabalho semanal	Profissão	Escore	Frequência	%
De 20 a 30h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	4	80
		Alto	1	20
		Total	5	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	4	80
		Moderado	1	20
		Total	5	100
40h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	16	76.1
		Moderado	5	23.8
		Total	21	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	7	53.8
		Moderado	5	38.5
		Alto	1	7.7
Total	13	100		
De 50 a 70h/semana	Técnicos e Auxiliares de enfermagem	Baixo	8	88.8
		Moderado	1	11.1
		Total	9	100
	Enfermeiro(a)	Baixo	2	100

A sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis organizacionais mais apontadas como predisponentes do *Burnout*. Diz respeito tanto à quantidade como à qualidade excessiva das demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, de tempo e/ou da infra-estrutura da organização (GIL-MONTE e PEIRÒ, 1997; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001). Peirò (1993) lembra que uma situação contrária também pode vir a ter conseqüências desastrosas para a saúde mental dos trabalhadores, uma vez que poucas tarefas durante o dia ou a atribuição de tarefas muito simples e rotineiras, não levando em consideração as habilidades do trabalhador, podem também ser causa de estresse laboral.

Atance-Martinez (1997) encontrou relação quanto às horas de trabalho semanal e a subescala de Exaustão Emocional. O grupo de profissionais que trabalhavam entre 36 e 40 horas eram os que apresentavam os níveis mais altos de *Burnout* em relação aos que trabalhavam num período menor ou maior. Porém, no presente estudo, não houve diferença estatisticamente

significativa para a carga horária de trabalho semanal, como demonstrado na tabela 18 que apresenta os resultados do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney para avaliar se existe diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto à carga horária de trabalho total nas subescalas do Inventário de *Burnout*

Horas semanais	Subescalas de <i>Burnout</i>	Médias		p
		Enfermeiro(a)	Técnicos e Auxiliares	
De 20 a 30 horas	Exaustão Emocional	1,60	1,40	0,403
	Despersonalização	1,00	1,20	0,317
	Incompetência	1,20	1,40	0,881
De 40 horas	Exaustão Emocional	1,31	1,23	0,454
	Despersonalização	1,00	1,14	0,270
	Incompetência	1,54	1,27	0,216
De 50 a 70 horas	Exaustão Emocional	2,00	1,13	0,022
	Despersonalização	1,50	1,13	0,261
	Incompetência	1,00	1,00	1,000

6.7. RELAÇÃO DO TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA COM O *BURNOUT*

As tabelas 19 a 21 apresentam os escores de *Burnout* dos indivíduos, nas três subescalas, relacionando-as ao tempo de exercício profissional e à profissão dos indivíduos.

Tabela 19 - Subescala de Exaustão Emocional do Questionário de *Burnout* dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde

Tempo de exercício profissional do indivíduo	Profissão	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Moderado	1	100
Menos de 1 ano	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	100
		Baixo	1	16,7
		Moderado	5	83,3
		Total	6	100
De 1 a 5 anos	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	11	78,6
		Moderado	2	14,3
		Alto	1	7,1
		Total	14	100

De 6 a 10 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	5	83,3	
		Moderado	1	16,7	
		Total	6	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	9	81,8	
		Moderado	2	18,2	
		Total	11	100	
De 11 a 15 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	3	60	
		Moderado	2	40	
		Total	5	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	100	
		Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	2	100
De 16 a 20 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100	
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	1	100
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Alto	1	100
Mais de 26 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100	
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Alto	1	100
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	1	100

Tabela 20 - Subescala de Despersonalização do Questionário de *Burnout* dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde

Tempo de exercício profissional do indivíduo	Profissão	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
Menos de 1 ano	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	100
		Baixo	5	83,3
De 1 a 5 anos	Enfermeiro(a)	Moderado	1	16,7
		Total	6	100
		Baixo	11	78,6
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Moderado	3	21,4
De 6 a 10 anos	Enfermeiro(a)	Total	14	100
		Baixo	6	100
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	11
De 11 a 15 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	5	100
		Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3

De 16 a 20 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	2	100
Mais de 26 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Alto	1	100
		Baixo	1	100

Tabela 21 - Subescala de Incompetência do Questionário de *Burnout* dos indivíduos em relação ao tempo de exercício da profissão de assistência à saúde

Tempo de exercício profissional do indivíduo	Profissão	Escore	Frequência	%
NR	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
menos de 1 ano	Técnicos e auxiliares de enfermagem		3	100
de 1 a 5 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	4	66,7
		Moderado	2	33,3
		Total	6	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	12	85,7
		Moderado	2	14,3
		Total	14	100
de 6 a 10 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	4	66,7
		Moderado	1	16,7
		Alto	1	16,7
	Total	6	100	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	8	72,7
		Moderado	2	18,2
Alto		1	9,1	
Total	11	100		
de 11 a 15 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	2	40
		Moderado	3	60
		Total	5	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	3	100

de 16 a 20 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	1	50
		Moderado	1	50
		Total	2	100
mais de 26 anos	Enfermeiro(a)	Baixo	1	100
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Baixo	1	100
		Moderado	1	100

Quanto ao tempo de profissão dos indivíduos, também não se encontra concordância na literatura, se o período de exposição do indivíduo no trabalho interfere significativamente no desencadeamento dos sintomas de *Burnout*. Enquanto alguns autores descrevem a síndrome como um processo de desgaste que aumenta com o tempo, outros têm verificado maior incidência desta em sujeitos que ingressaram no mercado de trabalho há pouco tempo, provavelmente pela pouca experiência na profissão e/ou na instituição, já que estes trabalhadores não poderiam ainda ter desenvolvido formas de enfrentamento ou *coping* adequadas à situação (FREUDENBERGER, 1974; SCHAUFELI *et al.*, 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2003). Atance-Martinez (1997) considera que após 10 anos de experiência os profissionais tornam-se menos vulneráveis. Já García (1994) salienta que, ao mesmo tempo em que o profissional adquire, com o tempo, mais conhecimento e experiência, também se desencanta por suas atividades, por todos os problemas que apresenta e pela crescente frustração e mal-estar que seu trabalho lhe proporciona, podendo levá-lo ao abandono da profissão.

A tabela 22 apresenta o teste U de Mann-Whitney que evidenciou a existência de diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao tempo de exercício profissional na subescala de Exaustão Emocional do Questionário de *Burnout*.

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney para avaliar se existe diferença estatística significativa entre enfermeiros e técnicos e auxiliares quanto ao tempo de trabalho nas subescalas do Questionário de *Burnout*

Tempo de exercício profissional	Subescalas de <i>Burnout</i>	Médias		p
		Enfermeiro(a)	Técnicos e Auxiliares	
Não informado	Exaustão	2,00	X	X
	Despersonalização	1,00	X	X
	Incompetência	1,00	X	X
menos de 1 ano	Exaustão	X	1,00	X
	Despersonalização	X	1,00	X
	Incompetência	X	1,00	X
de 1 a 5 anos	Exaustão	1,83	1,29	0,025*
	Despersonalização	1,17	1,21	0,812
	Incompetência	1,33	1,14	0,342
de 6 a 10 anos	Exaustão	1,17	1,18	0,939
	Despersonalização	1,00	1,00	1,000
	Incompetência	1,50	1,36	0,754
de 11 a 15 anos	Exaustão	1,40	1,00	0,237
	Despersonalização	1,00	1,00	1,000
	Incompetência	1,60	1,00	0,112
de 16 a 20 anos	Exaustão	1,00	1,00	1,000
	Despersonalização	1,00	1,00	1,000
	Incompetência	1,00	1,50	0,480
mais de 26 anos	Exaustão	1,00	2,00	0,480
	Despersonalização	1,00	2,00	0,480
	Incompetência	1,00	1,50	0,480

* teste U significativo a 5%. Obs: o teste U para esta variável foi realizado somente com os indivíduos que responderam corretamente esta questão no questionário de *Burnout*.

Os enfermeiros com tempo de experiência profissional entre 1 a 5 anos apresentam-se mais desgastados em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem com o mesmo período de trabalho. Este fato é observado na literatura que relata que trabalhadores com pouca experiência profissional apresentam mais chances de desenvolver a sintomatologia por sentirem-se pouco preparados para as responsabilidades da profissão (ATANCE-MARTINEZ, 1997; LAUTERT, 1995; SCHAUFELI *et al.*, 2000; CHERNISS, 1980; ROSS, ALTMAIER e RUSSEL, 1989).

7. CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a ocorrência da síndrome de *Burnout* em uma amostra de 55 profissionais da área de enfermagem do complexo hospitalar Santa Casa de Misericórdia, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, utilizando, como instrumento de pesquisa, o questionário de *Burnout* (MASLACH e JACKSON, 1981 e 1985).

Os resultados mostraram que os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Apesar dos enfermeiros apresentarem um menor envolvimento com os pacientes internados na instituição hospitalar, eles apresentam uma intensa sobrecarga emocional no seu cotidiano de trabalho, pois são responsáveis pelo bom funcionamento do serviço de assistência à saúde, onde supervisionam os demais profissionais de enfermagem, sendo constantemente cobrados pela administração e organização hospitalar, além dos médicos, quanto ao atendimento aos pacientes. Conclui-se ainda que, os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional, entre 1 a 5 anos, apresentam níveis mais altos de exaustão emocional quando comparados aos demais enfermeiros e aos técnicos e auxiliares, o que também pode ser um fator desencadeador da síndrome de *Burnout*. Fornés (1994⁵ apud Lautert, 1995) afirma que a diversidade de funções dos enfermeiros e as constantes interrupções durante o trabalho exige destes profissionais maior complexidade de memorização das atividades, o que, associada à falta de autonomia, geram tensão e ansiedade no profissional que está iniciando a carreira.

Contudo, mais estudos deveriam ser realizados com este grupo de profissionais, utilizando, para isso, amostras maiores e em locais diversificados, especificando o tipo de trabalho e o grau de contato com pacientes em cada unidade de assistência, para melhor identificar o impacto de fatores como hierarquia profissional no desgaste profissional destes trabalhadores.

⁵ FORNÉS, J. Respuesta emocional al estrés laboral. In: *Rev. Rol de Enfermería*, n° 186. 1994.

Outra questão que ficou evidente no estudo é que para o correto diagnóstico da síndrome de *Burnout*, o questionário deveria ser aplicado de forma sequencial, durante o período de, pelo menos, um mês, sempre com a mesma amostra, em horários e dias diferentes; porém, controlando para que não ocorressem respostas viciosas. Isto, porque um questionário aplicado em um único dado momento não tem como avaliar se um indivíduo está ou não realmente acometido por *Burnout*. Fatores pessoais, comportamentais e relacionados com o trabalho no dia-a-dia das pessoas podem interferir nas respostas e, portanto, o instrumento pode não ser conclusivo no seu diagnóstico. Além disso, é importante destacar que o questionário aborda questões que acabam sendo difíceis de responder já que evocam sentimentos que são incompatíveis com a natureza da profissão da área de assistência, como por exemplo, as perguntas: “*sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente*”; “*sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa*” ou ainda, “*sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais*”. Estas questões forçam o trabalhador a uma resposta negativa (mesmo que o sentimento seja afirmativo), a fim de não colocar o respondente em uma posição de choque com a própria profissão.

A natureza das questões do instrumento pode ser uma das razões para que não tenha sido encontrado um número maior de pessoas acometidas com a síndrome na amostra. Um outro instrumento ou até mesmo a reestruturação deste talvez levasse a uma maior adesão à pesquisa e a uma maior veracidade das respostas.

7.1. PROPOSTAS PARA TRABALHOS FUTUROS

O desenvolvimento desta pesquisa apresentou algumas limitações em virtude da pouca adesão dos profissionais da área de assistência hospitalar, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem. Mesmo assim, este estudo descortinou algumas questões que mereceriam ser investigadas em trabalhos futuros. Entre elas, propõe-se:

- Analisar a ocorrência da síndrome de *Burnout* em diferentes instituições hospitalares, diferenciando as instituições de saúde pública ou privada, bem como o tipo de patologias tratadas nestes hospitais (saúde mental, psiquiatria, oncologia, dentre outros);

- Avaliar as questões referentes à hierarquia profissional dentre os profissionais da área de assistência à saúde hospitalar (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), com amostras maiores e representativas do meio ambiente de trabalho, ou seja, um maior número de auxiliares e técnicos em relação aos enfermeiros;

- Mensurar mais precisamente se as variáveis do perfil sociodemográfico, tais como estado civil, sexo, dentre outras, contribuem, também, para o aparecimento dos sintomas da síndrome de *Burnout* como as variáveis profissionais;

- Analisar a ocorrência da síndrome de *Burnout* em relação aos setores de trabalho em que os profissionais de assistência atuam para mensurar em que áreas a sintomatologia aparece com valores maiores.

REFERÊNCIAS

ABALO, J. A. G. e ROGER, M. C. *Burnout*: una amenaza a los equipos de salud. In: II JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Asociación Colombiana de Psicología de la Salud – ASOCOPSIS – Seccional Valle del Cauca. 1998.

ALVAREZ, E. e FERNANDEZ, L. El síndrome de *Burnout* o el desgaste profesional (I) – revision de estúdios. *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiquiatria*. La Coruña, vol 11, nº 39, pgs. 257-265. 1991a.

ALVAREZ, E. e FERNANDEZ, L. El síndrome de *Burnout* o el desgaste profesional (II) – estudio empírico de los profesionales gallegos del area de salud mental. *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiquiatria*. La Coruña, vol 11, nº 39, pgs. 266-273. 1991b.

ALVES, M. O absentismo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, vol 15, nº 1/2. 1994.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D. e BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estud. psicol.* Brasil, vol 3, nº 2. 1998.

ATANCE-MARTINEZ, J. C. Aspectos epidemiologicos del síndrome de *Burnout* en personal sanitario. *Rev. Española de Salud Publica*. Madrid, España, vol 71, nº 3. 1997.

BANDURA, A. Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Applied Psychology*, vol 51, nº 2, pgs. 569-290. 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout, por quê?* In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, SP: Ed. Casa do psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho* In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, SP: Ed. Casa do psicólogo, 2002.

- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao Burnout* In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, SP: Ed. Casa do psicólogo, 2002.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do *Burnout* no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy* – Ano 1, nº 1, pgs. 4-11. 2003.
- BENINCÁ, C. R. S. Dissertação de Mestrado. *Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico*. Instituto de Psicologia UFRGS. Porto Alegre, RS. 2002.
- BERNIK, W. M. D. *Stress: O Assassino Silencioso*. [On line] - Disponível em: <http://www.cade.com.br>. São Paulo/Brasil. 1997.
- BIANCHI, E. R. F. Estresse em Enfermagem: Análise da Atuação do Enfermeiro em Centro Cirúrgico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, vol I, nº 26, pgs. 121-122. 1992.
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; PEREIRA, A. L. de S.; MACHADO, E. A. . e SILVA, W. S. da. A Síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol 15, nº 1, pgs. 189-200. 2002.
- BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Folha Carioca, 1994.
- BURKE, R. J.; GREENGLASS, E. R. e MOORE, K. A. Reactions to Increased Workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses. *Applied Psychology: an International Review*, vol 52, nº 4, pgs. 580-590. 2003.
- BURKE, R. J. e GREENGLASS, E. R. Career orientations and career development among male and female teachers. *Psychol Report*. 1989.
- BURKE, R. J. e GREENGLASS, E. R. Predicting teacher *Burnout* over time: effects of work stress, social support and self-doubts on *Burnout* and its consequences. *International Journal*. EUA, vol 9, nº 3, pgs. 261-275. 1996.
- CAIRO, H. *Síndrome de Burnout*. [On line] - Disponível em: http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.htm. 2002.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. *Bioestatística- Princípios e Aplicações*. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, 2003.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D. e SABBAG, S. N. Stress em atendentes de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol 20, nº 75. 1992.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout*: um tipo de estresse ocupacional. *Aletheia*. Canoas, RS, nº 10. 1999.

CARLOTTO, M. S. e GOBBI, M. D. Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho. *Caderno universitário: Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Aletheia*, nº 10, pgs. 103-114. Canoas, RS. 1999.

CARLOTTO, M. S. *Burnout* e o Trabalho Docente. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS. *Revista Eletrônica Psy* - Ano 1, nº 1. Agosto, 2003.

CASADEI, A. *et al. Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos de la ciudad de Buenos Aires*. Unidad de Ginecología Oncológica y Unidad de Cuidados Paliativos y Dolor. Hospital Eva Perón de San Martín, Provincia de Buenos Aires. [On line] - Disponível em: <http://www.sames.org.ar/Art%C3%ADculos%20del%20mes%20N%C2%BA%2025%20-%20Burn-Out.htm>. *Estrés y Salud* - Año I, vol II. Newsletter: 2000.

CHERNISS, C. *Professional Burnout human service organizations*. NY, USA: Ed. Praeger, 1980.

CODO, W. *Educação, carinho e trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Vozes, 1999.

CODO, W.; SAMPAIO, J. e HITOMI, A. *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia. [On line] - Disponível em: <http://www.santacasa.tche.br>. 2003.

COOPER, C. e BAGLIONE, Jr. A. J. A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. *British Journal of medical psychology*, nº 61. 1988.

CORDES, C. L. e DOUGHERTY, T. W. A review and an interaction of research on job *burnout*. *Academy of Management Review*, n° 18, pgs. 621-656. 1993.

DELGADO *et al.* Revisión teórica del Burnout – o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *CAESURA*, Canoas, n° 2, pgs. 47-65. 1993.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. 5ª ed. São Paulo, SP: Ed. Oboré, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho – contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Atlas, 1994.

DEWE, P. J. Examining the nature of work stress: individual evaluations of stressful experiences and *coping*. *Human Relations*, n° 42, pgs. 993-1013. 1989.

ESTRYN-BEHAR, M. *Ergonomie Hospitalière: Théorie et pratique*. Paris/FR: Ed. Estem, 1996.

FARBER, B. A. *Stress and Burnout in the human service professions*. NY, EUA: Ed. Pergamon, 1983.

FARIAS, L. O. e VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, RJ, vol18, n° 5. 2002.

FENSTERSEIFER, G. P. Dissertação de Mestrado. *Assistência em saúde mental x Estresse no trabalho dos profissionais de enfermagem*. Pontifícia Universidade Católica. Porto Alegre, RS. 1999.

FIGUEIREDO, N. M. *et al.* *A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque*. In: MEYER, D. *et al.* *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas, 1998.

FILGUEIRAS, J. C. e HIPPERT, M. I. *Estresse: possibilidades e limites*. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. *Saúde mental e trabalho – Leituras*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002.

FIRTH, J. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology*, n°58. 1985.

FOUCAULT. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 1981.

FRANÇA, A. C. L. *Stress e Trabalho*. 2ª ed. São Paulo/SP: Ed. Atlas, 1999.

FRANÇA, A. C. L. Stress Ocupacional. *Revista CIPA*. São Paulo, SP. 1996.

FRANÇA, H. H. A síndrome de *Burnout*. *Rev. Brasileira de Medicina*, vol 44, pgs. 197-199. 1987.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, vol 1, n° 30, pgs. 159-165. 1974.

GARCÍA, M. Estudios de dos medidas de *Burnout* en personal sanitario. *Psiquiatria*, n° 10. 1994.

GASPAR, P. J. S. – Enfermagem: profissão de risco e de desgaste - perspectivas do enfermeiro no serviço de urgência. *Rev. Nursing*, n° 109. 1997.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo, SP: Ed. Atlas, 1999.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo, SP: Ed. Atlas, 2002.

GIL-MONTE, P. R. *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. España. [On line] - Disponível em: <http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-pgil.htm>. 2000.

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica Psy* - Ano 1, n° 1. 2003.

GIL-MONTE, P. R. e PEIRÒ, J. M. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout)*. Madrid, España: Síntesis, 1997.

GIL-NUNES, M. B. e cols. Estresse como um risco ocupacional em enfermagem psiquiátrica. In: CALASS/2000. Porto, Portugal. 2000.

GIL-NUNES, M. B.; MAURO, M. Y. C. e CUPELLO, A. J. *Promoção da saúde dos profissionais de enfermagem no local de trabalho - estudo em uma unidade de saúde mental*. Rio de Janeiro, RJ. 2000a.

GIL-NUNES, M. B.; MAURO, M. Y. C. e CUPELLO, A. J. *Estresse nos trabalhadores de enfermagem: estudo em uma unidade de Psiquiatria*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ. 2000b.

GLINA, D. M. R. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Prevenir*, nº20. 1990.

GRANDJEAN, E. *Manual de Ergonomia - Adaptando o trabalho ao homem*. Ed. Bookman, 1998.

GUEDES, E. M. e MAURO, M. Y. C. Revisando os fatores de risco de trabalho de enfermagem hospitalar. Dissertação de Mestrado: Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia. Rio de Janeiro/RJ. Maio, 2000.

GUIMARÃES, L. A. M. *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M.; VIEIRA, L. C. e MARTINS, D. A. *O estresse ocupacional em enfermeiros*. In: GUIMARÃES, L. A. M. *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M.; VIEIRA, L.; AREIAS, M. E. e MARTINS, D. A. – Changing society, work organization and mental health disorders. In: *World Congress of Psychiatry*. Madrid, Spain, vol 1, nº 10. 1996.

HOLMES, P. e RAHE, R – The social readjustment rating scale. *Journal Psychosomatic Research*, nº 11. 1967.

KALIMO, R. *et al. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS, 1988.

LADEIRA, M. B. Tese de Mestrado. *A dinâmica do estresse no trabalho: um estudo de caso com profissionais de enfermagem*. Minas Gerais, BH. 1996.

LAUTERT, L. Tese de Doutorado. *O desgaste profissional do enfermeiro*. Universidade Pontifícia de Salamanca. Espanha. 1995.

LAUTERT, L. O desgaste profissional – estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, RS, vol 18, n°2, pgs. 133-144. 1997a.

LAUTERT, L. O desgaste profissional – uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Rev. Gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, RS, vol 18, n°2, pgs. 83-92. 1997b.

LAZARUS, R. S. e FOLKMAN, S. *Sress, appraisal and coping*. New York, EUA: Ed. Springer, 1984.

LEITER, M. *Coping patterns as predictors of Burnout: the function of control and escapist coping patterns*. *Journal of Occupational Behavior*, n°12. 1991.

LEITER, M. P. Supervisor and staff. Psychology department acadia university Wolfville. *Journal of Occup. Health Psychology*. Nova Escotia, Canadá, n° 2, pgs. 343-352. 1997.

LEITER, M. P e SCHAUFELI, W. B. Consistency of the *Burnout* construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, n° 9. 1996.

LEPLAT, J. *Le Diagnostic Ergonomique des Contraintes de Travail*. In: *SFP - L'ergonomie au Service de L'homme au Travail?* Paris, FR: Ed. EME, 1978.

LEOPARDI, M. T. *Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem*. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 1994.

LEOPARDI, M. T. Significação dos atendentes de enfermagem. Florianópolis, SC. *Rev. Texto e Contexto de Enfermagem*, pgs. 123-136. 1997.

LIPP, M. N. e MALAGRIS, L. E. N. *O stress*. São Paulo, SP: Ed. Contexto, 1998.

LIPP, M. N. *O stress está dentro de você*. 3ª ed. São Paulo, SP: Ed. Contexto, 2000.

LOPES, M. J. M. *Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem*. In: MEYER, D. et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas, 1998.

MASLACH, C. *Job Burnout: new directions in research and intervention*. *Current Directions in Psychological Science*, vol 12 n° 5, pgs. 189-194. 2003.

MASLACH, C. *Burnout - The cost of caring*. New Jersey, EUA: Ed. Prentice Hall, 1982.

MASLACH, C. e PINES, A. *Burnout in the helping professions*. In: MASLACH, C. *Burnout - The cost of caring*. New Jersey, EUA: Ed. Prentice Hall, 1982.

MASLACH, C. e JACKSON, S. The role of sex and family variables in *Burnout*. *Sex Roles*, n° 12, pgs. 837-851. 1985.

MASLACH, C. e JACKSON, S. The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, n° 2, pgs. 99-113. 1981.

MASLACH, C. e LEITER, M. P. *TRABALHO: fonte de prazer ou desgaste?* Campinas, SP: Ed. Papyrus, 1999.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. e LEITER, M. P. *Job Burnout*. *Annual Reviews*. California, USA, vol 52, pgs. 397-422. 2001.

MAURO, M. Y. C. Riscos Ocupacionais em Saúde. Rio de Janeiro/RJ. *Rev. Enfermagem Científica*, vol 1, n° 2. 1996.

MELLO, C. *A divisão do trabalho de enfermagem*. São Paulo, SP: Ed. Cortez, 1986.

MIELNIK, I. *Higiene mental do trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Artes Médicas, 1975.

MINGOTE-ADÁN J.C. *Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional*. [On line] - Disponível em: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=4767edesde=losmasleidos>. Madrid, Espanha. 1998.

MORAES, L. F. R.; SWAN, J. A. e COOPER, C. L. A study of occupational stress among government white-collar workers in Brazil using the occupational stress indicator. *Stress and Medicine*, nº9. 1993.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; GONZÁLEZ, J. L. e GARROSA, H. *Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida*. In: BUENDÍA, J. y RAMOS, F. (Eds). *Empleo, estrés y salud*. Madrid, Espanha: Ed. Pirâmide, pgs. 59-83. 2000.

MORENO, B ; OLIVER, C.; PASTOR, J. C. e ARAGONESES, A. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. In: ACTAS II CONGRESO SOCIAL DE PSICOLOGÍA, pgs. 291-297. Valencia, Espanha. 1990a.

MORENO, B.; OLIVER, C.; PASTOR, J.C. e ARAGONESES, A. *El Burnout, una forma específica de estrés laboral*. In: CABALLO V. E. e BUELA. G. *Manual de psicología clínica*. Madrid, Espanha: Ed. Siglo XXI de Espanha, 1990b.

NAKAYAMA, M. K. Estresse ocupacional relacionado com modos de gestão e cultura organizacional. *Rev. Análise*. Porto Alegre, RS, vol 10, nº 2, pgs. 137-154. 1999/2.

NEVES, V. T. das. O estudo do estresse. *Rev. Momento*. RS, vol 7. 1994a.

NEVES, V. T. das. O estudo da relação entre estresse e doença. *Rev. Momento*. RS, vol 7. 1994b.

NOGUEIRA, R. P. Força de trabalho em saúde. *Textos de apoio, planejamento I*, ABRASCO/FIOCRUZ, RJ. 1987.

NOGUEIRA, R. P. *O trabalho em serviços de saúde*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. *Saúde mental em profissionais da saúde*. In: BOTEGA, N. J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, pgs. 130-144. 2002.

ORTIZ, G. C. M. e PATIÑO, N. A. M. El estrés y su relación con las condiciones da trabajo del personal de enfermería. *Revista Investigación y Educación en enfermería*. Medellín, COLOMBIA, vol IX, nº 2. 1991.

OTERO, G. J. J. *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. 2ª ed. Madri/ESPANHA: Ed. McGraw-Hill, 1993.

PADILLA, C. A. e GONZÁLEZ, R. P. *Síndrome de Burnout*. [On line] - Disponível em: <http://www.diezminutos.org/burnout/etipologia.html>. 2001.

PAES da SILVA, M. J. P. *Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente*. In: MEYER, D. et al. *Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas, 1998.

PEIRÒ, J. M. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Ed. Eudema, 1993.

PINES, A. A psychoanalytic-existential approach to Burnout: demonstrated in the cases of a nurse, a teacher, and a manager. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training the American Psychological Association*, vol 39, n° 1, pgs. 103-113. 2002.

PINES, A. e ARONSON, E. *Burnout: from tedium to personal growth*. 4a. NY, USA: Ed. The free press, 1988.

PINHEIRO, M. *Estresse*. [On line] - Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/Oasis/8478/estresse.html>. Rio de Janeiro, RJ. 2000.

PITTA, A. *Hospital - dor e morte como ofício*. 5ª ed. São Paulo, SP: Ed. Annablume/Hucitec, 2003.

POSIG, M. e KICKUL, J. Extending Our Understanding of Burnout: Test of an Integrated Model in Nonservice Occupations. *Journal of Occupational Health Psychology the American Psychological Association*, vol 8, n° 1, pgs. 3-19. 2003.

ROSS, R.; ALTMAIER, E. M. e RUSSELL, D. W. Job stress, social support and Burnout among counseling center staff. *Journal of Counseling Psychology*, vol 36, n° 4, pgs. 464-470. 1989.

RUSSELL, D. W.; ALTMAIER, E. e VAN VELZEN, D. Job-Related Stress, Social Support, and Burnout Among Classroom Teachers. *Journal of Applied Psychology the American Psychological Association*, vol 72, n° 2, pgs. 269-274. 1987.

SANTOS, M. L. dos. *O trabalho dos anjos de branco: um estudo em hospital geral público*. Londrina, PR: Saúde em Debate, 1996.

SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. e VAN DIERENDONCK, D. The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support. *Journal of Applied Psychology the American Psychological Association*, vol 83, n° 3, pgs. 392-407. 1998.

SCHAUFELI, W. B. *et al.* Effort-reward imbalance and Burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, vol 31, n°4, pgs. 884-892. 2000.

SCHAUFELI, W. e EZMANN, D. *The Burnout companion to study e practice*. Londres, Inglaterra: Ed. Taylor e Francis, 1998.

SCHIMIDT, M. J. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo, SP. 1984.

SELIGMANN-SILVA, E. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo, SP: Ed. Traço, 1986.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Cortez, 1994.

SELYE, H. *Stress – A tensão da vida*. São Paulo, SP: Ed. Ibrasa, 1959.

STACCIARINI, J. M. e TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. *Nursing*, vol 3, n°20. 2000.

TAMAYO, M. R. e TRÓCCOLI, B. T. *Burnout no trabalho*. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O. e FERREIRA, M. C. (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília, DF: Ed. UNB, 2002a.

TAMAYO, M. R. e TRÓCCOLI, B. T. Exaustão Emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estud. Psicol.* Natal, RN, vol7, n°1. 2002b.

TAMAYO, M. R. Validação do Inventário de Burnout de Maslach. In: Sociedade Brasileira de Psicologia (Orgs.). Ribeirão Preto, SP. *Resumos XXVI Reunião Anual de Psicologia*. 1996.

TITTONI, J. *Saúde Mental*. In: CATTANI, A. D. (org.). *Trabalho e Tecnologia – Dicionário Crítico*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1997.

UNICOVSKY, M. A. R. Dissertação de Mestrado. *Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão do enfermeiro – opinião dos enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais e alunos da enfermagem*. Porto Alegre, RS. Pontifícia Universidade Católica – PUC. 1993.

VASQUES-MENEZES, I. *Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica*. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. *Saúde mental e trabalho – Leituras*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002.

VIEIRA, D. F. V. B. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino. In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM – Temas Livres. Goiânia, GO. 1995.

WILKINSON, S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *J. Adv. Nurs*, vol 16. 1991.

ZOHAR, D. Predicting *Burnout* with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Occupational Behavior*, nº 18. 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Prezado(a) colaborador(a),

Pela presente, solicito sua colaboração e autorização por escrito, para sua participação na pesquisa que pretendo desenvolver, avaliando a existência da síndrome de *Burnout* no trabalho de enfermagem hospitalar. É uma pesquisa de natureza censitária que está sendo realizada nos hospitais do complexo Santa Casa de Misericórdia, com profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Com este fim, será utilizada uma escala de medidas em que não há uma resposta certa. Solicito sua experiência do dia-a-dia no ambiente hospitalar. Não há qualquer obrigatoriedade em sua participação, os dados serão de absoluta confiabilidade e privacidade, devendo ser usados com fins exclusivos para esta pesquisa. Não há qualquer risco em sua participação, pois não há outro procedimento além do preenchimento do questionário da pesquisa. Os benefícios com a investigação poderão estender-se desde o conhecimento da situação de seu trabalho com o diagnóstico de estresse ocupacional crônico - *Burnout*, até possíveis modificações no sistema para melhorias das condições de trabalho. Os resultados obtidos estarão disponíveis a qualquer momento ao complexo hospitalar Santa Casa de Misericórdia. Obviamente, cada serviço poderá utilizar os resultados da maneira que desejar. A pesquisa faz parte da minha dissertação de mestrado do curso de pós-graduação em engenharia de produção com ênfase em ergonomia da UFRGS. Suas informações serão sigilosas e os resultados serão apresentados em defesa pública e, eventualmente, poderão ser publicados. Todas as informações estarão a sua disposição se assim o desejar.

Caso tiver novas dúvidas ou perguntas sobre este estudo, poderá entrar em contato através dos telefones: 99657552 ou 32176221.

Agradeço sua colaboração.

Daniela Virote Kassick Müller

Porto Alegre, Setembro de 2003.

Data: ___/___/___

APÊNDICE II

DADOS DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

INSTITUIÇÃO:

SEXO: F () M ()

ESTADO CIVIL:

solteiro(a)/ divorciado(a)/ viúvo(a)

casado (a)/ tem companheiro(a)

IDADE: () anos

PROFISSÃO:

enfermeiro(a)

técnico(a) em enfermagem

auxiliar de enfermagem

TEMPO DE EXERCÍCIO NA PROFISSÃO:

menos de 1 ano

1 – 5 anos

6 – 10 anos

11 – 15 anos

16 – 20 anos

21 – 25 anos

mais de 26 anos

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO HOSPITAL:

menos de 1 ano

1 – 5 anos

6 – 10 anos

11 – 15 anos

16 – 20 anos

21 – 25 anos

mais de 26 anos

LOCAL DE TRABALHO NO HOSPITAL:

CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO NO HOSPITAL:

20 horas

30 horas

40 horas

EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL EM OUTRO LOCAL?

sim não

CARGA HORÁRIA TOTAL DE TRABALHO SEMANAL:

20 horas

30 horas

40 horas

50 horas

60 horas

70 horas

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE *BURNOUT* (MASLACH E JACKSON, 1981)

Na continuação, você encontrará uma série de enunciados sobre o trabalho e sentimentos referentes a ele. Peço sua colaboração para responder a eles tal qual os sente. Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa sua própria experiência diária.

Exemplo: “*Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho. Com que frequência sente isso?*”

0 - Nunca

1 - Algumas vezes ao ano

2 - Algumas vezes ao mês

3 - Algumas vezes na semana

4 - Diariamente

1) Sinto-me emocionalmente decepcionada com meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2) Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotada. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3) Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigada. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4) Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender sentem-se a respeito das coisas. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5) Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6) Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7) Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8) Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9) Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas através de meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10) Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que eu comecei este trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11) Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12) Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13) Sinto-me frustrado por meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14) Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

15) Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

16) Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17) Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18) Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

19) Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

20) Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

21) No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

22) Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas. Com que frequência sente isso?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---