

TEREZINHA DO CARMO DA SILVA ACHKAR

**SÍNDROME DE *BURNOUT*: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE
DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE CASCAVEL-PR**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

CAMPO GRANDE-MS

2006

TEREZINHA DO CARMO DA SILVA ACHKAR

**SÍNDROME DE *BURNOUT*: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE
DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE CASCAVEL-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração em Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

CAMPO GRANDE-MS

2006

Ficha Catalográfica

Achkar, Terezinha do Carmo da Silva
A178s Síndrome de Burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR / Terezinha do Carmo da Silva Achkar; orientação Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. 2006.

187 f. + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

Inclui bibliografias

1. Síndrome de Burnout 2. Qualidade de vida no trabalho 3. Profissionais de saúde .I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães . II. Título

CDD-158.723

Bibliotecária: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1-757

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
(orientadora/UCDB)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profa. Dra. Maria Elenice Quelho Areias (UNICAMP)

Ao meu esposo, Claudio, pelo amor, cumplicidade e companheirismo durante todos os anos de convivência e por tornar possível a realização deste trabalho.

Aos meus filhos, Ana Claudia, Douglas e Guilherme, por terem sido meu principal estímulo para estudar, trabalhar e viver mais feliz, ensinando-me o amor de mãe em sua forma mais profunda.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^{ra}. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pelo imenso carinho, sabedoria e ética, sempre compartilhados. Obrigada por acreditar em meu potencial e participar de minha formação acadêmica.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, os quais me proporcionaram as bases sólidas para a pesquisa científica.

À direção do Hospital que permitiu a coleta de dados para o desenvolvimento deste trabalho. Em especial, à funcionária Gyane Prestes de Oliveira e à enfermeira Lindalva da Cruz Melo, que não mediram esforços para a concretização deste estudo.

Aos profissionais de enfermagem e aos médicos que colaboraram respondendo aos questionários, mesmo quando atarefados.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos agradáveis e difíceis que compartilhamos juntos. Agradeço especialmente à Neomar Herculano de Souza, pelo acolhimento em seu lar, sempre de maneira calorosa e afetiva.

À Sueli Achkar, querida cunhada e amiga, por sempre proferir palavras de sabedoria, o bálsamo de todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Wilson Correa da Silva e Lourdes Barbon da Silva, fontes permanentes de amor e incentivo por uma vida melhor aos filhos e, neste momento, presentes ainda mais em minha vida.

À minha irmã, Ligiane de Lourdes da Silva, que compartilhou deste meu momento e incentivou-me ao mundo científico.

Ao meu sobrinho, Murilo Ferrari pelo apoio e paciência no suporte técnico.

A maior recompensa do nosso trabalho não é somente o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.

John Ruskin

RESUMO

Introdução: A Síndrome de *Burnout* (SB) é reconhecida na atualidade como um dos grandes problemas psicossociais que repercutem na Saúde Mental e Física, bem como, na Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais da área da saúde. **Objetivos:** Avaliar a presença e o nível da SB e da QVP e suas repercussões na percepção da Qualidade de Vida Profissional (QVP) de trabalhadores de enfermagem e médicos de um Hospital privado da cidade de Cascavel-PR. **Casuística e Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo. De uma população de 174 trabalhadores, participaram n=155. Para esta finalidade, utilizou-se o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) em versão validada, para uso no Brasil, por Tamayo, M. (2003) e o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) (CABEZAS-PEÑA, 1999) validado para uso no Brasil por Guimarães *et al.* (2004b). Para a análise estatística, foi utilizado o *software* estatístico *Minitab for Windows* – versão 14.1 com os seguintes procedimentos: a) classificação das médias de respostas da SB e da QVT; b) teste de independência entre as classificações das respostas e as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais através do teste *Qui-Quadrado*; c) estudo de correlação com o coeficiente de *Pearson*, para conhecer como e quais variáveis foram correlacionadas. **Resultados:** A amostra de estudo foi composta por todos os profissionais de enfermagem (75,6%) contratados pelo hospital e também por médicos plantonistas (24,4%). A maioria é composta por indivíduos casados, do sexo feminino e com escolaridade até ensino médio. Constatou-se uma presença moderada (média) da SB e uma percepção de “Muita” QVP. Trabalhadores de enfermagem e médicos que perceberam ter um baixo nível de QVP têm um nível mais alto de SB. Os profissionais que atuam entre 11 a 20 anos na função, apresentaram pior percepção de QVP que os que trabalham há menos ou há mais tempo. O nível da SB de médicos e enfermeiros diferiu. Os médicos apresentaram um nível mais “Alto” de SB na dimensão “Despersonalização”. Quanto à SB, os profissionais estudados apresentaram Média “Exaustão Emocional”, Baixa “Despersonalização” e “Diminuição da Realização Pessoal”. Com relação às correlações do MBI e QVP, observou-se que, em geral, os profissionais que possuem um nível “Baixo” de QVT têm um nível mais “Alto” de SB. A amostra em geral percebeu ter Pouco “Apoio Organizacional”, bem como Pouca “Carga de Trabalho”, Muita “Motivação Intrínseca” e Muita “QVT”. **Conclusões:** Os resultados obtidos remetem à necessidade de ações preventivas e interventivas que possibilitem a detecção e manejo dos fatores de risco psicossocial específicos para SB e a conseqüente melhoria da QVP.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Qualidade de Vida Profissional. Profissionais de Enfermagem. Médicos.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays the *Burnout Syndrome* (BS) is recognized as one of the great psychosocial problems which reverberate in Mental and Physical Health, as well as in the Quality of Life at Work for health care professionals. **Objectives:** To evaluate the presence and level of BS and the Quality of Professional Life (QVP in Portuguese) for nursing professionals and doctors of a private Hospital in the city of Cascavel/PR. **Casuistic and Method:** This is an exploratory/descriptive study. Out of 174 workers, n = 155, who accepted to voluntarily participate in the study, were evaluated. In order to accomplish that, a validated version by Tamayo, M. (2003), to be used in Brazil, of Maslach Burnout Inventory (MBI), and the Quality of Professional Live Questionnaire (QVP-35) (CABEZAS-PEÑA, 1999) validated for use in Brazil by Guimarães *et al.* (2004b) have been used. For the statistical analysis a statistical software package called Minitab for Windows, version 14.1, was used with the following procedures: a) an answer average ranking for the BS and the QVP; b) a test in order to determine the lack of dependency between the answer classification and the social-demographic and occupational variables by means of the Qui-Square test; c) a correlation study through Pearson's coefficient, in order to find out how and what variables were correlated and, if there would exist a relationship among them. **Results:** The sample was made up of all the nursing professionals (75.6%) hired by the hospital and also of on-call doctors (24.4%). The majority of them were composed of married female individuals, with an educational level up to high school. A moderate (medium) presence of BS and a perception rated "much" for QVT were found. Both professional categories presented high levels of SB and low levels of Quality of Life at Work (QVT), that is, the BS reverberates into the QVT for these workers. The professionals that worked between 11 and 20 years in this position presented a worse perception for the QVP than those who worked less or more time. The *Burnout Syndrome* levels for doctors and nurses were not the same. The doctors presented a higher level of BS in the Depersonalization area. As far as the SB is concerned, the studied group presented a Medium Emotional Exhaustion, a low Depersonalization and a Diminishing of Personal Realization. With regards to the correlations between the MBI and the QVP, in general, it was observed that the professionals that have a low level of QVT have a higher level of BS. In general, the sample was perceived to have little organizational support, as well as little workload, much intrinsic motivation and much QVT. **Conclusions:** The results show the necessity of preventive and intervening practices which should allow for the detection and management of the specific psychosocial risk factors for the BS and, consequently the improvement of the QVP.

Key-words: *Burnout Syndrome*. Quality of Professional Life. Nursing Professionals. Doctors.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Esquema do estresse no trabalho segundo o NIOSH.	57
FIGURA 2 - Modelo de estresse profissional.	61
FIGURA 3 - Valores da Síndrome de <i>Burnout</i>	143
FIGURA 4 - Distribuição das médias dos três fatores do QVP + QVT	144

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Características bem estabelecidas do trabalho.....	83
QUADRO 2 - Aspectos físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos e Sintomatologia da Síndrome de <i>Burnout</i>	92
QUADRO 3 - Dados epidemiológicos sobre o <i>Burnout</i> , segundo algumas ocupações.....	97
QUADRO 4 - Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeantes do <i>Burnout</i>	100
QUADRO 5 - Cronologia das definições da Qualidade de Vida no Trabalho.....	118

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das frequências e porcentagens das características sócio-demográficas da amostra.....	140
TABELA 2 - Distribuição das frequências e porcentagens dos dados ocupacionais da amostra.....	141
TABELA 3 - Distribuição de médias, desvios-padrão, frequências e níveis de Síndrome de <i>Burnout</i> da amostra, segundo a classificação.....	142
TABELA 4 - Distribuição de médias, desvios-padrão e classificações dos três domínios de QVP, mais QVT.....	143
TABELA 5 - Correlação entre as três dimensões da Qualidade de Vida Profissional e as dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i>	144
TABELA 6 - Relação entre a categoria profissional e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).....	145
TABELA 7 - Relação entre a categoria profissional e a Despersonalização.....	145
TABELA 8 - Relação entre a categoria profissional e Apoio Organizacional.....	145
TABELA 9 - Relação entre sexo e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).....	146
TABELA 10 - Relação entre sexo e Apoio Organizacional.....	146
TABELA 11 - Relação entre sexo e Despersonalização.....	146
TABELA 12 - Relação entre sexo e a Motivação Intrínseca.....	147
TABELA 13 - Relação entre escolaridade e Apoio Organizacional.....	147
TABELA 14 - Relação entre tempo de serviço e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)....	148
TABELA 15 - Relação entre o setor administrativo e a Síndrome de <i>Burnout</i>	148
TABELA 16 - Relação entre o tipo de dedicação e a Motivação Intrínseca.....	148

TABELA 17 - Relação entre o tipo de dedicação e a Despersonalização	149
TABELA 18 - Relação entre o tipo de dedicação e a Síndrome de <i>Burnout</i>	149
TABELA 19 - Relação entre trabalhar em outra instituição e a Carga de Trabalho	150
TABELA 20 - Relação entre ocupar cargo de chefia e o Apoio Organizacional	150
TABELA 21 - Relação entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a Síndrome de <i>Burnout</i>	150

LISTA DE SIGLAS

AO	– Apoio Organizacional
AS	– Apoio Social
BRP	– Baixa Realização Pessoal
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN-MG	– Conselho Federal de Enfermagem de Minas Gerais
CRT	– Capacitação para o Trabalho
CT	– Carga de Trabalho
DE	– Despersonalização
DRP	– Diminuição da Realização Pessoal
DRT	– Desconforto Relacionado ao Trabalho
EE	– Exaustão Emocional
EE	– Exaustão Emocional
ESV	– Escala de Satisfação com a Vida
ETRA	– <i>Estrés en el Trabajo</i>
EU	– União Européia
ILO	– <i>International Labour Office</i>
INSS	– Instituto Nacional do Seguro Social
JDS	– <i>Job Diagnostic Survey</i>
LSMQT	– Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho
MBI	– <i>Maslach Burnout Inventory</i>

MI	– Motivação Intrínseca
NEMPSI	– Núcleo de Estudos Multidisciplinares em Psicologia
NIOSH	– <i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
OSI	– <i>Occupational Stress Indicator</i>
PIB	– Produto Interno Bruto
QVP	– Qualidade de Vida Profissional
QVT	– Qualidade de Vida no Trabalho
RRT	– Recursos Relacionados ao Trabalho
SATRA	– <i>Satisfacción en el Trabajo</i>
SB	– Síndrome de <i>Burnout</i>
TMM	– Transtornos Mentais Menores
UCDB	– Universidade Católica Dom Bosco
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 O TRABALHO.....	23
2.1.1 Breves considerações sobre os conceitos.....	23
2.1.2 Características do Trabalho.....	24
2.1.2.1 Processo de trabalho	24
2.1.2.2 Sobre a organização do trabalho.....	25
2.1.2.3 Divisão do trabalho.....	27
2.1.3 Mudanças no mundo do Trabalho.....	28
2.1.4 O Trabalho na área da saúde	30
2.1.5 O Trabalho em hospital.....	33
2.1.6 A saúde do Trabalhador	34
2.1.7 O Trabalho do médico.....	36
2.1.7.1 Perfil psicossocial do médico	38
2.1.8 O Trabalho do profissional de enfermagem.....	42
2.2 ESTRESSE.....	48
2.2.1 Conceituando o estresse	48
2.2.2 Causas do estresse	51
2.3 ESTRESSE OCUPACIONAL.....	52
2.3.1 Conceituando o estresse ocupacional.....	53
2.3.2 Abordagens teórico-metodológicas em Saúde/Doença Mental e Trabalho	55
2.3.2.1 As teorias do Estresse Ocupacional (<i>Work Stress</i>).....	56
2.3.2.2 A psicodinâmica do Trabalho.....	62
2.3.2.3 As abordagens de base Epidemiológica e/ou Diagnóstica	63
2.3.2.4 Subjetividade e Trabalho.....	64
2.3.3 Causas do estresse ocupacional.....	65

2.3.4	Conseqüências do estresse ocupacional	67
2.3.4.1	Conseqüências do estresse ocupacional para o trabalhador	69
2.3.4.2	Conseqüências do estresse ocupacional para a organização.....	70
2.3.5	Estresse em profissionais de saúde.....	72
2.3.5.1	Estresse em médicos	73
2.3.5.2	Estresse em profissionais de enfermagem	77
2.3.6	Prevenção do Estresse no trabalho	81
2.4	SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> (SB)	84
2.4.1	Conceitos	84
2.4.2	Concepções teóricas: perspectivas de estudo da SB	89
2.4.3	Sintomas característicos	90
2.4.4	Causas do <i>Burnout</i>	94
2.4.5	Conseqüências da Síndrome de <i>Burnout</i>	101
2.4.6	<i>Burnout</i> : relação com o estresse.....	103
2.4.7	Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais da saúde	105
2.4.7.1	Sobre o médico	107
2.4.7.2	O profissional de enfermagem.....	110
2.4.8	Como prevenir e intervir na Síndrome de <i>Burnout</i>	113
2.4.9	Instrumentos de medida da Síndrome de <i>Burnout</i>	115
2.5	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	116
2.5.1	Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho	117
2.5.2	Abordagens teóricas sobre Qualidade de Vida no Trabalho	120
2.5.3	Qualidade de Vida no Trabalho em trabalhadores da área de saúde.....	124
2.5.4	Estudos realizados com o QVP-35.....	129
3	A PESQUISA	130
3.1	O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	131
3.2	HIPÓTESES	131
3.3	OBJETIVOS	131
3.3.1	Objetivo geral.....	131
3.3.2	Objetivos específicos.....	131
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	133
4.1	<i>LOCUS</i> DA PESQUISA.....	134
4.2	PARTICIPANTES.....	134

4.2.1 Critérios de inclusão.....	134
4.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	135
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	135
4.4.1 Questionário de dados sócio-demográficos e ocupacionais.....	135
4.4.2 Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35)	135
4.4.3 O Questionário <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI).....	136
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DOS PROCEDIMENTOS E DA PESQUISA	136
4.6 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS	137
5 RESULTADOS	139
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	140
5.2 CORRELAÇÕES ENTRE OS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS, SB E QVP-35.....	142
6 DISCUSSÃO.....	151
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	166
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICES	188
ANEXO.....	193

1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a Síndrome de *Burnout* (SB) e a Qualidade de Vida Profissional (QVP) em médicos e profissionais de enfermagem de um hospital privado da cidade de Cascavel – PR.

O contato informal com profissionais da área da saúde, particularmente, com médicos, permitiu observarem-se condições desfavoráveis sob as quais estes desempenhavam seu trabalho. Percebeu-se, então, a necessidade de realizar um diagnóstico da situação de Trabalho desses profissionais, objetivando compreender os possíveis motivos para esse aparente “adoecimento”.

Com o ingresso da pesquisadora no Mestrado em Psicologia da UCDB e com sua participação no grupo de estudos e pesquisas denominado Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (LSMQT), ligado ao Núcleo de Estudos Multidisciplinares em Psicologia (NEMPSI)-UCDB, delineou-se efetivamente a possibilidade de pesquisar a SB para contribuir com a melhoria da Saúde Mental (SM) e da QVP do referido grupo ocupacional. Realizou-se, então, um levantamento bibliográfico e pôde-se constatar que a SB tem uma alta incidência em médicos e profissionais de enfermagem devida à especificidade do seu Trabalho. Daí, o interesse de investigar esses profissionais.

A QVP é uma área de estudos complexa, de recente sistematização, de relevância social e acadêmica, de reconhecida importância, e tem como objetivo principal melhorar o bem-estar do trabalhador e seu desempenho ocupacional.

Na atualidade, a principal ênfase dada à QVP está relacionada com a humanização nos ambientes de trabalho e com um maior equilíbrio entre Trabalho e lazer. Se, por um lado, observam-se propostas humanistas, por outro, a história do Trabalho é marcada por índices consideráveis de desemprego, declínio da oferta de emprego e possibilidade de substituição do emprego pela prestação de serviços.

A QVP tem refletido as mudanças ocorridas nas relações de Trabalho. A nova realidade do Trabalho é influenciada pelo aumento da expectativa de vida, maior tempo de vida trabalhando, desenvolvimento da consciência à saúde, novos hábitos e estilos comportamentais, responsabilidade social e consolidação do compromisso com o desenvolvimento sustentável.

Avanços tecnológicos e econômicos oriundos dessas mudanças, relacionados às formas de organização, gerenciamento e planejamento de trabalho, não significam necessariamente benefícios à vida sócio-profissional das pessoas, particularmente, avanços na qualidade de vida geral de médicos e profissionais de enfermagem.

O estresse ocupacional, bem como sua cronificação, e a SB estão intimamente ligados ao universo do Trabalho, e esta síndrome constitui-se na relação da pessoa com a organização do trabalho, caracterizada pela combinação de variáveis pessoais, do trabalho e da organização, as quais agem como facilitadores (fatores de risco) ou inibidores (fatores de proteção) da ação dos agentes estressores.

Conhecer as variáveis de risco e de proteção à saúde mental e física e as possíveis repercussões da SB na percepção da QVP, como também a importância dos fatores de agravo existentes na estrutura e funcionamento da organização, permitirá a formulação de propostas de prevenção e intervenção que possibilitem uma repercussão positiva nas áreas pessoal, ocupacional, familiar e social desses profissionais. Existem alguns estudos nacionais e internacionais abordando os temas QV e *Burnout* em profissionais de saúde separadamente, mas não de maneira associada, o que torna esta investigação original, também quando aplicada ao meio em questão: Cascavel – PR.

Esta pesquisa foi então autorizada e planejada, tendo em vista o diagnóstico e a conseqüente possibilidade de elaboração de medidas preventivas específicas, capazes de influenciar na melhoria da QVP do grupo ocupacional investigado.

A trajetória percorrida para sua realização foi construída por idas e vindas, entre a realidade concretamente vivenciada e o referencial teórico escolhido para sua compreensão. Do emaranhado real e complexo manifestado nas práticas cotidianas do trabalho médico e de profissional de enfermagem, resultaram os dados que foram organizados da seguinte forma:

O capítulo 1 traz a temática do estudo em relação ao processo de trabalho em saúde, justificando sua pertinência.

No capítulo 2, é apresentado o referencial teórico que deu suporte a esta investigação, o qual se divide em partes que abordam: a) a contextualização do Trabalho na área da saúde de médicos e profissionais de enfermagem; b) a saúde mental do trabalhador da área da saúde; c) o estresse; d) o estresse ocupacional; e) o estresse ocupacional em médicos e profissionais

de enfermagem; f) a SB e a SB em médicos e profissionais de enfermagem; g) a QVP e a QVP em médicos e profissionais de enfermagem.

Já o capítulo 3 aborda a pesquisa de campo e o contexto no qual esta foi realizada, bem como as hipóteses de trabalho e os objetivos estabelecidos.

O capítulo 4 refere-se à casuística e método de investigação, aos recursos humanos e materiais utilizados, os instrumentos de pesquisa, os procedimentos realizados, os aspectos éticos, a pesquisa de campo, a análise e o processamento dos dados coletados.

No capítulo 5, são apresentados os resultados obtidos, evidenciando-se os achados estatisticamente significativos.

O capítulo 6 apresenta a discussão dos resultados.

Por último, no capítulo 7, estão colocadas as conclusões e as considerações finais que incluem sugestões para melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais estudados, bem como subsídios para futuros estudos na área da Psicologia da Saúde Ocupacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO

2.1.1 Breves considerações sobre os conceitos

Na Língua Portuguesa (FERREIRA, 2001, p. 679), conceitua-se Trabalho como “A aplicação das forças ou faculdades humanas para alcançar um determinado fim. Atividade coordenada de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”.

O termo Trabalho originou-se do latim vulgar *Tripalium*, um instrumento feito de madeira com três pontas de ferro, usado na Antiguidade pelos agricultores, para ceifar os cereais. No entanto, para Dimatos (1999), os dicionários registram que *Tripalium* é um instrumento de tortura e está relacionado, ainda, ao verbo do latim vulgar *Tripallare*, que significa torturar. O autor comenta ainda que os termos *Trabalho* e *Labor* são considerados sinônimos, embora o termo *Trabalho* contemple dois significados: a) o feito de uma obra expressiva, criadora e permanente, por um lado, e b) o esforço rotineiro, repetitivo e consumível, por outro.

O Trabalho é, então, associado ao sofrimento, apresentando-se como instrumento de castigo e, ao mesmo tempo, como um elemento estruturante da sociedade. Portanto, pode-se dizer que, na história da humanidade, a palavra Trabalho sempre apresentou um duplo sentido: prazer e sofrimento.

Sato (1993 *apud* SATO, 1996), abordando a faceta negativa do Trabalho, relata que a penosidade reside em condições de trabalho que causam sofrimento, incômodo e demandam esforço. Porém a penosidade diz respeito ao contexto de trabalho que demanda esforço, gera incômodo e sofrimento demasiado e sobre os quais o trabalhador não tem controle.

Já Antunes (1999, p. 121), enfocando o lado positivo do Trabalho, afirma que:

É a partir do trabalho, em sua cotidianidade que o homem torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas; [...] o ser humano tem ideado, em sua consciência, a configuração que quer imprimir ao objeto do trabalho, antes de sua realização.

Para Braverman (1980 *apud* REZENDE, 2003), ele pode ser entendido como resultado da combinação do objeto, dos meios, da força e do produto do Trabalho. Nesse sentido, considera-se objeto a matéria com que se trabalha; os meios e os instrumentos que o homem usa; a força, a energia humana envolvida no processo de transformação; e produto, o valor criado pelo Trabalho: é o valor de uso.

A existência da intencionalidade, de uma consciência e de uma liberdade, e não somente a motivação pela sobrevivência, difere o Trabalho humano do realizado por outros animais.

O trabalho realizado pelas pessoas, especificamente, as formas pelas quais elas realizam as atividades laborais influem no desgaste da saúde e no adoecimento profissional, dependendo do tipo de ocupação. Cada categoria profissional tem suas especificidades ligadas ao seu passado histórico, ao nível de organização, e compatibilidade com as conquistas incorporadas à legislação, ao sistema repressivo explícito a que está sujeita e aos fatores nocivos envolvidos especialmente na atividade laboral (HAAG, 1997).

A seguir, serão descritas algumas características que permeiam o trabalho do grupo ocupacional aqui estudado: trabalhadores da área da saúde.

2.1.2 Características do Trabalho

2.1.2.1 Processo de trabalho

A maneira como a pessoa produz e reproduz a sua existência é denominada: processo de trabalho. Ao realizá-lo, o ser humano estabelece relações sociais e busca a sua subjetividade (LAURELL, 1981).

Para Noriega (1993 *apud* SILVA, 2001), o Trabalho é composto por objetos e meios e, pela forma de organização e divisão. Ele é compreendido como processo, porque visa a transformação da natureza, apresenta os elementos: objeto de trabalho, que será transformado por meio dos instrumentos – instrumentos, conhecimentos e técnicas – em um produto do trabalho, que pode ser um outro produto concreto tangível, como uma mercadoria, um objeto material, ou um produto abstrato, subjetivo e intangível, como a saúde, em se tratando do

trabalho em saúde. O Trabalho em si é a ação humana sobre o objeto, sendo a força física e mental do homem necessária à concretização do processo do mesmo.

2.1.2.2 Sobre a organização do trabalho

A organização do trabalho refere-se ao conjunto de normas e regras que define a maneira como o mesmo é executado num ambiente de produção de bens de materiais ou de serviços. É determinada pela participação e qualificação dos trabalhadores, pela divisão e condições do mesmo (SILVA, 2001).

Para Dejours (1988) e Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a organização do Trabalho compreende a divisão de tarefas e a divisão dos indivíduos. A divisão de tarefas vai desde seu conteúdo, ao modo operatório e a tudo que é estabelecido pelo organizador do trabalho; a divisão das pessoas estabelece uma hierarquia entre as mesmas, dividindo-as várias tarefas. Quando toda a margem de liberdade usada para a transformação, a gestão e o aperfeiçoamento da organização do mesmo já foram utilizados, surge o sofrimento patológico. Se o sofrimento puder ser transformado em criatividade, ele favorecerá a saúde física e mental (fator de proteção), mas se ao contrário, a situação de trabalho, as suas relações sociais e as escolhas gerenciais empregarem o sofrimento no sentido patogênico, ele funcionará como mediador (fator de risco) para a desestabilização e da fragilização da saúde.

Os seguintes aspectos são determinados pelas características da organização e pela divisão das tarefas: a duração da jornada de trabalho, o ritmo de produção, o tipo de turno, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o controle do processo e trabalho, o conteúdo da tarefa, os incentivos e gratificações para a produção, a complexidade e periculosidade das tarefas, a penosidade e insalubridade das atividades, entre outros. Estes aspectos constituem-se como fundamentais na determinação das características da atividade física e mental dos trabalhadores, constituindo uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores.

Quando a atividade é realizada em turnos, reconhecidamente influencia a saúde do trabalhador (MINAYO, 1985 *apud* GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2004), no caso, o trabalhador da área da saúde.

Segundo Guimarães e Teixeira (2004), o sistema de turnos existe desde o início da vida social humana e é mantido na sociedade atual, por motivos econômico-tecnológicos. É

caracterizado pela organização temporal, no qual diferentes equipes seguem rodízios, objetivando assegurar a atividade da organização num horário superior ao horário administrativo. Abrange desde a carga horária noturna, períodos fixos, incomuns, de plantão ou até as recentes escalas flexíveis.

Rosa e Colligan (2002) acrescentam que o trabalho em turnos compreende sua realização fora das horas da jornada tradicional durante o dia, considerando-se o período no qual a maioria das pessoas trabalha, em jornadas de sete a oito horas. Os funcionários em sistema de turnos podem trabalhar no período da tarde, metade da noite, horas extras ou trabalhar, algumas vezes, em horários normais. Podem também existir turnos fixos, trabalhar somente à noite, pela manhã ou à tarde ou turnos rotativos, o que supõe trocas no horário de trabalho.

Denomina-se turnos contínuos ou ininterruptos de revezamento, a não interrupção da prestação de serviços ou da produção durante 24 horas diárias e nos sete dias da semana, como é o caso dos serviços hospitalares (FURLANI, 1999; GASPAR, 1998 *apud* MOTTER, 2001).

Os trabalhadores que estão submetidos à rotatividade dos turnos, dificilmente se adaptam completamente, em face à rapidez da rotação (número de turnos consecutivos) e direção da rotação (ordem da troca do turno) e às proporções do trabalho com relação ao descanso (ROSA; COLLIGAN, 2002). O sistema de turnos alternados é considerado um fator de risco relativo à organização do trabalho mesmo e considerado um indicador indicativo de cansaço e nervosismo em várias pesquisas sobre o assunto (MINAYO, 1985 *apud* GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2004). Os autores afirmam ainda que o Trabalho em turnos exige física e mentalmente do trabalhador, com conseqüências imediatas ou prolongadas, nocivas à saúde, segurança e capacidade do trabalhador realizar seu trabalho.

Os profissionais que trabalham no turno noturno têm que dormir durante o dia, período em que seu ritmo circadiano¹ os faz sentirem-se mais despertos. Estar submetido a este tipo de sistema de turnos significa que o trabalhador deve despertar quando seu ritmo circadiano está

¹ Ritmo Circadiano: “[...] refere-se a uma ordenação dos acontecimentos, a cada 24 horas, pela mesma ordem e com o mesmo intervalo. O ritmo circadiano, quando não tendo respeitado seu ciclo de sono e vigília em função de constantes mudanças de horário de trabalho, provoca oscilações em quase todas as funções fisiológicas do organismo humano” (MOTTER, 2001, p. 42).

baixo. Geralmente, a noite não é o melhor período para um bom desempenho. Estar em um baixo nível (circadiano) no período e números de horas habituais pode afetar a atividade física e a capacidade de atenção e concentração. O cansaço pode somar-se ao baixo nível circadiano e produzir um efeito duplo que pode afetar a capacidade de desempenho no trabalho, a produtividade e a segurança, entre outros aspectos. Estudos sobre erros e acidentes em diferentes períodos do dia indicam que há um aumento do risco à noite, quando não se dorme e quando o ritmo circadiano está lento (ROSA; COLLIGAN, 2002). Corroborando essas afirmativas, Grandjean (1998 *apud* MOTTER, 2001) coloca que, no turno noturno, principalmente entre três e quatro horas da madrugada, há dificuldade para os trabalhadores permanecerem vigilantes.

2.1.2.3 Divisão do trabalho

Para Palácios (1993 *apud* SILVA, 2001), a divisão do trabalho tem por objetivo atender a uma necessidade de operacionalização e controle do processo produtivo dentro de uma empresa, como as divisões em setores técnico e administrativo existentes em unidades de saúde. Essa divisão, para a autora, ocasiona uma subdivisão do trabalho em tarefas simplificadas entre cada trabalhador, resultando num trabalho fragmentado, fazendo surgir o trabalhador especializado. A qualificação do trabalhador, dentro dessa divisão, pode gerar um conflito, tanto ao trabalhador que realiza tarefas aquém de suas capacidades, quanto àquele que realiza uma tarefa mais complexa do que sua qualificação permite, o que poderá trazer sofrimento e conseqüentemente desgaste.

As condições específicas de Trabalho e de vida que têm vinculação com a saúde mental dos trabalhadores referem-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente, assim como à presença ou não dos riscos de acidentes e riscos ergonômicos, que afetam as condições físicas do trabalhador. Essas condições são derivadas das características da organização das atividades, como o ritmo intensivo, as jornadas extensas, o isolamento a que estão submetidos alguns trabalhadores, as proibições, as formas de controle e de vigilância desenvolvidas na organização e na hierarquia (SELIGMANN-SILVA, 1997).

2.1.3 Mudanças no mundo do Trabalho

Stephanini (2003) afirma que, na história da humanidade, o Trabalho já foi visto como embrutecedor do espírito, meio de expiação do pecado, exercício útil, punição para o pecado, satisfação de necessidade por mediação da oração, modo de servir a Deus, forma de desenvolvimento, entre outras. Para a autora, no século XIX, o Trabalho passa a ser inspiração para utilizar instrumentos, a ser dividido com distribuição dos produtos, e adquire significado de atividade humana intelectual. Assim, ele se fez presente desde o início da existência humana, seja como atividade braçal, seja intelectual (STEPHANINI, 2003), constituindo-se ao longo da história, como um importante determinante da forma de organização das sociedades, sendo o meio pelo qual a pessoa constrói seu ambiente e a si mesmo.

Para Guimarães *et al.* (2004a), o desenvolvimento social, tecnológico e econômico ocorrido nas últimas décadas, tornou-se conseqüência das mudanças ocorridas nas formas de organização, gerência e planejamento do trabalho, provocado pela evolução humana.

Murofuse (2004) acrescenta que o advento do sistema capitalista trouxe importantes transformações no mundo do Trabalho, dentre as quais se destacam a separação do trabalhador dos meios de produção e do produto do Trabalho e a expropriação do conhecimento deste, a partir do surgimento de movimentos, tais como o taylorista²/fordista³ no século XX.

Segundo Moraes, Ferreira e Rocha (2005), esses movimentos incrementaram a produtividade e reduziram os custos de produção, mas, por um lado, representaram sérios danos para a classe operária – pela alienação e espoliação, e, por outro lado, possibilitou o barateamento das mercadorias produzidas, o acesso de uma parcela cada vez maior da população aos bens de consumo e o conseqüente aumento da produção, o que gerou também

² Na concepção taylorista o sistema de produção dominante na indústria automobilística do início dos anos 70 tinha como meta produzir o máximo e em grandes séries. O trabalhador configura-se como mais uma engrenagem que se soma às máquinas, desprovido de iniciativa e totalmente afastado da concepção humanística do trabalho. Aos administradores caberia organizar, esmiuçar, controlar todas as fases do processo de trabalho, submetendo e subordinando os trabalhadores (GOUNET, 1999 *apud* MUROFUSE, 2004).

³ Fordismo: forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo do século XX, e cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos homogêneos. É uma resposta à crise do taylorismo dos anos 70. Ao invés do trabalho desqualificado, o operário torna-se polivalente. No lugar de uma linha individualizada, ele integra uma equipe, onde produz veículos em massa para pessoas que não conhece, fabrica um elemento para a satisfação da equipe que está na seqüência da sua linha (ANTUNES, 1999).

maior oferta de empregos. No entanto, verificou-se que a forma de trabalho instituída resultou em uma perda de poder do trabalhador sobre sua atividade ocupacional e do significado desta, de modo que o mesmo passou a se constituir como fonte de sofrimento para o indivíduo e de deterioração de sua qualidade de vida.

Smith (1986) refere que a superioridade tecnológica da divisão do trabalho levou ao “adestramento” de habilidades individuais, à economia de tempo e à invenção de um grande número de máquinas. Esse autor considera, ainda, que a inteligência humana é formada a partir das ocupações cotidianas e que, ao se submeter, ao longo de toda sua vida, ao cumprimento de um número mínimo de operações simples, o homem não terá como se desenvolver, tornando-se numa criatura empobrecida em todos os aspectos.

Para Guimarães e Barros (1999), do ponto de vista psicológico, o enfoque sobre o Trabalho caminha numa delimitação mais precisa e definida. Contudo, até a década de 1970, grande parte dos estudiosos reconhecia apenas o fator desencadeante, quando este mobilizava estruturas da personalidade já existentes e privilegiava um determinismo psíquico, que não levava em conta condições reais do mesmo como patógenas.

Numa outra perspectiva de análise, a qual busca identificar os movimentos sociais que tentaram se opor às condições adoecedoras da organização do trabalho e oferecer meios para a defesa da saúde do trabalhador, Dejours (1988) refere que o ser humano teve a primeira guerra como fator decisivo para a manifestação das discussões sobre a saúde do corpo do trabalhador.

Portanto, a partir da década de 1980, é que vários pesquisadores (DEJOURS, 1988; DEJOURS, *et al.*, 1994; GUIMARÃES, 1992; SELIGMANN-SILVA, 1994) fazem importantes considerações sobre os prejuízos causados à Saúde Mental, pela organização do trabalho imposta aos trabalhadores. Havia algo de errado no relacionamento entre empresários e trabalhadores, evidenciando indícios de adoecimento do trabalho. As conseqüências foram as reações negativas relacionadas ao Fator Humano, levando os trabalhadores ao absenteísmo, sabotagens e greves (GUIMARÃES; BARROS, 1999).

De acordo com Antunes (1999), a década de 1980 presenciou, nos países de capitalismo avançado, grandes transformações no mundo do Trabalho, quanto às formas de inserção na estrutura produtiva e nas formas de representação sindical e política. Essas mudanças, segundo o autor, foram tão profundas, que se pode dizer que a “classe-que-vive-

do-trabalho” sofreu a mais aguda crise deste século, atingindo a materialidade com profundas repercussões na sua subjetividade e, conseqüentemente, afetou sua forma de ser.

Antunes (1999) acrescenta que, no universo do Trabalho capitalista contemporâneo, observa-se múltipla processualidade: a) uma desproletarização industrial e fabril repercutindo na diminuição da classe operária industrial tradicional e a efetivação do trabalho assalariado; b) uma subproletarização intensificada, presente na sua expansão parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado, que marca a sociedade dual no capitalismo avançado; e por último, como resultado dessas transformações; c) uma expansão sem precedentes na era moderna do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global.

Murofuse (2004) refere que, com a mundialização ou globalização do capital, houve a transferência da tecnologia por meio de diferentes formas: financiamento da industrialização ou projetos de infra-estrutura, especialização e consultoria para o treinamento de pessoal local e por meio de serviços técnicos. No entanto, acrescenta a autora, essa transferência de tecnologias dos países exportadores para os países em desenvolvimento não foi acompanhada de uma devida preocupação com a segurança e a saúde dos trabalhadores.

As práticas organizacionais mudaram significativamente na nova economia globalizada. Objetivando competir de forma mais eficaz, muitas empresas de grande porte se reestruturaram e diminuíram sua força de trabalho (*lean production*). Observa-se que as práticas de emprego não tradicionais que dependem de trabalhos temporários e mão-de-obra terceirizada têm aumentado de forma constante. Há temores de que essas tendências estejam resultando em uma série de circunstâncias potencialmente estressantes ou perigosas, como a menor estabilidade do emprego e o aumento na Carga de Trabalho (SAUTER, 2002).

2.1.4 O Trabalho na área da saúde

O crescimento do setor de serviços tem contribuído de forma significativa para a produção de riquezas e também para a absorção da força de trabalho. O período compreendido entre os anos 1980 e 1990, configurou-se como responsável por mais de 50% dos postos de trabalho nos países desenvolvidos, onde se tem observado uma diminuição em importância do setor industrial desde o pós-Segunda Guerra Mundial. Essa tendência é observada em vários outros países, inclusive no Brasil (PIRES, 1998).

O Trabalho em saúde é um setor da prestação de serviços que corresponde a atividades essenciais para a vida humana. Para Noriega (1993 *apud* SILVA, 2001), o seu processo em saúde apresenta características comuns como os outros processos de trabalho, isto é, tem direcionalidade técnica, instrumentos e força; é um serviço, prestado a alguém. Portanto, para o referido autor, o seu processo em saúde constitui uma dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos por meio de seu trabalho.

Para Murofuse (2004), o Trabalho é uma produção não-material que se conclui no mesmo ato da sua realização, e seu produto é indissociável do produto que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade. Silva (2001), nessa mesma direção, acrescenta que em saúde o pressupõe como, a ação da pessoa sobre a natureza, transformando-a e a si mesmo. Em saúde existe uma relação característica: a atuação do homem sobre o homem para transformá-lo, em busca da saúde, que é o resultado final deste Trabalho.

Silva (2001) ainda refere que em saúde, também estão presentes os seguintes fatores: a) o objeto de trabalho, concebido como sendo o próprio homem: o paciente, o usuário dos serviços de saúde; b) os instrumentos ou os meios necessários à transformação: utilização de instrumentos específicos, como equipamentos e aparelhos, a técnica, o conhecimento, o saber, com características de submeter o trabalhador a determinado ritmo de trabalho e limitando-lhe o poder de decisão; c) o trabalho propriamente dito, referente ao próprio cuidado em saúde, que é o produto, o resultado final, a criação.

Para Da Silva (1999 *apud* MOTTER, 2001), o Trabalho dos profissionais de saúde é caracterizado pela produção de serviços assistenciais e, como tal, um produto complexo quando comparado com a produção de bens de consumo. O cuidado ao indivíduo doente ou sadio, é o resultado dos componentes da equipe multidisciplinar de saúde.

O produto final, o cuidado a saúde ou o controle de doenças que não tem cura, pode ser realizado em diferentes unidades, como postos e centros, clínicas, consultórios, hospitais; por diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, psicólogos técnicos e auxiliares (de enfermagem, de laboratório, de odontologia); e por agentes, entre outros, de acordo com a especificidade de cada profissão, função desempenhada e o local de atuação (SILVA, 2001).

A Organização das Nações Unidas (ONU) (2005) afirma que os trabalhadores da saúde salvam vidas e esforçam-se por garantir que os progressos nos cuidados de saúde

cheguem aos que mais deles necessitam. Em muitas partes do mundo, os trabalhadores da saúde estão em crise. A população mundial está aumentando, mas os números de trabalhadores estão diminuindo em muitos dos países mais pobres. Em todo o mundo em desenvolvimento, os trabalhadores da saúde enfrentam dificuldades econômicas, deterioração das infra-estruturas sanitárias e intranquilidade social.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) informa que existe um *déficit* de quase 4,3 milhões de profissionais de saúde, como médicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares em todo planeta. A escassez é maior em países mais pobres, especialmente na África e Ásia e, como consequência, 1,3 bilhões de pessoas estão sem cuidados médicos mais básicos (LÔBO, 2006).

A OPAS acrescenta ainda que o ponto central para o avanço da saúde está em sua força de trabalho. Com base em censos nacionais, em pesquisas sobre o Trabalho e fontes estatísticas, estima-se que exista no mundo um total de 59,2 milhões de trabalhadores de saúde remunerados que trabalham em tempo integral. Esses profissionais estão envolvidos em empreendimentos com o objetivo de melhorar a saúde e em organizações não envolvidas com a mesma. Os prestadores de serviço constituem aproximadamente dois terços da força de trabalho global, enquanto o terço restante é composto por gestores e trabalhadores de apoio (LÔBO, 2006).

Ainda de acordo com a OPAS, no Brasil, o problema não é a escassez e sim a má distribuição dos profissionais de saúde, o que excluiu o Brasil da lista de regiões consideradas preocupantes no Relatório Mundial da Saúde. Por conta da falta de segurança em trabalhar nas periferias de grandes cidades, existem poucos profissionais nas periferias e zonas rurais, enquanto 2,5 milhões de trabalhadores estão presentes na área dos grandes centros urbanos no país (LÔBO, 2006).

Como forma de lidar com a crise instalada, a ONU (2006) formulou um plano de dez anos, orientando que cada país aprimore a maneira como planeja, educa e emprega médicos, enfermeiros e auxiliares, bem como aborda a questão da migração dos profissionais de saúde dos países em desenvolvimento para os países mais ricos e que adotem política de recrutamento mais ética para os mesmos e ajuda internacional para auxiliar os países mais pobres a formarem profissionais mais qualificados.

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, para implementar a estruturação e

qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde, são necessários incentivos e investimentos na área, baseados no estabelecimento de indicadores orçamentários que orientem o processo de consolidação da política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2005).

2.1.5 O Trabalho em hospital

As primeiras instituições brasileiras de cunho hospitalar tinham por objetivo acolher doentes pobres e órfãos, bem como abrigar e cuidar dos desamparados. Desde então, essas instituições têm percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico para se consolidar em forma de hospital, tal qual o conhecemos hoje (LAUTERT, 1995 *apud* MÜLLER, 2004; PITTA, 1994).

Devido ao caráter coletivo do trabalho no cuidar de pessoas doentes, as organizações de saúde – o hospital – são espaços sociais, por si só, de caráter conflituoso. Diferente de outras organizações de trabalho por sua complexidade, as organizações de saúde são constituídas por demandas e necessidades do tratamento personalizado e de uma efetiva integração entre os vários serviços oferecidos de forma a cumprir a função social (ALVES, 1994 *apud* MÜLLER, 2004).

Nessa direção, Martins (2003) refere que os hospitais são sistemas complexos constituídos por vários departamentos e profissões, tornando-se uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, como a vida, a doença e a morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental. A organização formal e institucionalizada de prestação de serviços demonstra preocupação com os cuidados de seus pacientes; muitas vezes, à dimensão humana do profissional de saúde parece não ser contemplada, importa apenas o seu saber e o saber fazer.

Nos mais diversos níveis, o Trabalho realizado no hospital, constitui um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos para atingir objetivos comuns (CHIAVENATO, 1995 *apud* MARTINS, 2003).

Assim, os profissionais, geralmente o grupo formado pelos médicos, ocupam o topo da

pirâmide de estratificação interna, constituindo fonte de autoridade que se sobrepõe, muitas vezes, até mesmo à autoridade administrativa. No entanto, estes profissionais materializam a própria identidade do hospital, constituindo-se em uma parcela relativamente pequena dos trabalhadores (FARIAS; VAITSMAN, 2002 *apud* MÜLLER, 2004).

Por outro lado, as funções subordinadas da estrutura organizacional, as quais não possuem praticamente nenhuma autoridade e que são ocupações com menor grau de qualificação, mas diretamente vinculadas ao espaço cuja relação entre saber e poder é explícita, são vítimas da pressão e do controle que decorrem da hierarquia profissional. Nesse grupo, formado por técnicos e auxiliares de enfermagem, a sobreposição que estabelecem no meio hospitalar é marcadamente sentida (FARIAS; VAITSMAN, 2002 *apud* MÜLLER, 2004).

2.1.6 A saúde do Trabalhador

De acordo com Mendes e Dias (1991), até meados dos anos de 1970, predominava a concepção positivista de que a Medicina teria ampla autonomia e estaria no mesmo nível que outros subsistemas, como o econômico, o político e o educacional, e a suposição de que seria possível mudar a sociedade a partir desses subsistemas. Essa visão era apoiada na teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, na qual a prática da saúde ocupacional determinava que os fatores de riscos do adoecer e morrer eram igualmente potencializadores da agressão a pessoa.

Em resposta às críticas dessa concepção, surgem programas alternativos de autocuidado de saúde, assistência primária, extensão de cobertura, revitalização da Medicina tradicional, uso de tecnologia simplificada e ênfase na participação comunitária, destacando-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social – contribui para incrementar os questionamentos à Medicina do trabalho e à saúde ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

Na saúde ocupacional, os programas de assistência aos trabalhadores contribuem para amenizar o impacto do trabalho sobre a saúde, e os serviços de Medicina do trabalho passam a ser questionados nas empresas e a instrumentalizar os trabalhadores em suas reivindicações por melhores condições de saúde. Assim, as doenças profissionais clássicas dão lugar às

doenças relacionadas com o trabalho, como as doenças cardiovasculares, os distúrbios mentais, o estresse, o câncer e outras. Daí, a preocupação com a promoção de saúde com a estratégia de mudar o estilo de vida e o comportamento das pessoas (MENDES; DIAS, 1991).

O processo social de mudanças no campo da relação trabalho/saúde consolidou a saúde do trabalhador, cujo objeto pode ser definido como:

[...] o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho [...] busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, “na moderna” civilização urbano-industrial (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Assim, com o intuito de tornar o Trabalho mais saudável, os trabalhadores lutam pelo controle sobre as condições e os ambientes de Trabalho. Esse é um processo lento, contraditório e desigual da classe dos trabalhadores, o qual é influenciado pelo processo produtivo e pelo contexto sócio-político de uma determinada sociedade. De acordo com as diferentes épocas e países, os mesmos princípios perduram: a busca do trabalhador pelo reconhecimento do seu saber, questionamentos sobre as alterações nos processos de trabalho e das conseqüências deletérias que põe em risco a sua saúde.

Para Silva (2001), dentro da concepção da saúde do trabalhador, a categoria central na análise dos determinantes do processo saúde/doença dos trabalhadores repousa no processo de trabalho e sua forma de organização e divisão. No entanto, os instrumentos e os meios de trabalho são fatores contributivos, não determinantes na relação saúde/doença-trabalho.

As transformações impostas pelas mudanças da reestruturação produtiva, da tecnologia e das modificações na organização do trabalho influenciam as condições do mesmo, as atividades dos trabalhadores e as exigências a que estes estão submetidos e que atingem o setor de saúde e repercutem sobre o processo de trabalho dos serviços de saúde, trazendo conseqüências que, de acordo com Noriega (1983 *apud* SILVA, 2001), podem ser distribuídas em quatro planos diferentes para a saúde do trabalhador da saúde:

- a) O surgimento de novas exigências no Trabalho (ou a agudização de antigas);
- b) Uma diminuição ou ausência de muitos elementos básicos para o desenvolvimento do Trabalho humano;

- c) O estresse agudo e crônico e a fadiga como elementos mediadores de patologia vinculada às novas formas de organização;
- d) A patologia vinculada a estas mudanças no processo de trabalho, como: transtornos mentais e psicossomáticos, fadiga patológica, bem como o incremento da morbimortalidade em certos grupos e a conseqüente diminuição da esperança de vida.

As causas das doenças relacionadas ao Trabalho estão intimamente ligadas ao seu processo e organização, como: ritmo e intensidade do trabalho, conteúdo da tarefa, hierarquização rígida, imposições de normas, ausência de participação no planejamento das atividades, divisão de tarefas, perda de autonomia e do poder de controle pelo trabalhador sobre o processo de trabalho, chefia autoritária, entre outras (SILVA, 2001).

Dentre as enfermidades relacionadas de forma indireta com o Trabalho, isto é, enfermidades em que o mesmo é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de uma doença já estabelecida (BRASIL, 2001), destacam-se os Transtornos Mentais, que são de interesse deste estudo, na medida em que essas doenças, principalmente o estresse e a Síndrome de *Burnout*, podem ter, no desgaste, um dos mediadores entre o processo de trabalho e o surgimento ou agravamento delas.

2.1.7 O Trabalho do médico

Nogueira-Martins (1996), estudando a Saúde Mental do médico e do estudante de Medicina, relata que a natureza estressante do exercício profissional, da formação médica e das características que conduzem os indivíduos para a carreira tem sido considerada fator responsável ou desencadeante de distúrbios emocionais em médicos.

Os traços característicos da profissão médica em cada época estão determinados pela atitude da sociedade ante o corpo humano e por seus valores relativos à saúde e à doença. A visão da Medicina e do papel do médico que predomina na sociedade é construída dentro de realidades sociais concretas e se modificam de forma dinâmica, para se adequar às transformações históricas do processo de produção econômica (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

A Medicina sempre significou um serviço e por este motivo, as práticas médicas nem sempre mantiveram coerência com o conhecimento científico e seus paradigmas, porém sempre tiveram como referência o sentido finalístico da Medicina: curar e prevenir as enfermidades (IBÁÑEZ; MARSIGLI, 2002).

Ainda segundo os mesmos autores, nos primórdios da humanidade, a Medicina era primitiva, instintiva, empírica e mágica. Posteriormente, desenvolveu-se na prática médica exercida por sacerdotes. A atitude central do médico grego diante do processo de cura consistia em ajudar as forças naturais, sempre no sentido de favorecer ou não prejudicar o paciente. Seu ofício era assemelhado ao do artesão. Para tanto, recebia adestramento como aprendiz de doutor e viajava de cidade em cidade, oferecendo seus serviços.

No século XIV, a Medicina leiga e o poder médico se estabeleceram com a efetivação da dissecação de cadáveres a partir de 1308 e com a obrigatoriedade da quarentena. No início da Idade Média, a maioria dos atendimentos aos doentes era realizada por monges, que deveriam cumprir regulamentos aprovados pela Igreja. A partir de século XVII, é que as faculdades de Medicina passaram a definir normas para a atuação dos médicos que formava, agindo como uma corporação (SILVA BORGES, 1989).

Em meados do século XIX, a Medicina como profissão começou a desenvolver uma nova ordem econômica: a livre iniciativa. Estes profissionais passaram a prestar serviços a quem podia comprá-los. Ainda nesse século, os mesmos competiam entre si para sobreviver, tanto que, para proteger a sua prática da concorrência comercial, foram organizadas sociedades médicas com código de ética (IBÁÑEZ; MARSIGLI, 2002).

Progressivamente, a atividade médica artesanal transformou-se, no sistema capitalista, em uma mercadoria socialmente valorizada, coisificando o trabalho médico. Os médicos passaram a se submeter às regras impostas por esse sistema, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos e privados. Sendo assim, foram submetidos como os trabalhadores de qualquer empresa capitalista às regras impostas – instabilidade de emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas – adicionadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2005).

Na prática diária do trabalho, tornam-se visíveis as exigências que permeiam o ato de assistir desse profissional. A *praxis* médica é constituída por três componentes básicos: a) objeto, b) meios ou instrumentos e, c) atividade ou trabalho propriamente dito.

O corpo humano e sua composição anatomofisiopsicológica constituem o objeto de trabalho do médico, com todo seu complexo investido de valor. Os meios ou instrumentos utilizados na Medicina (conhecimento das patologias, raciocínio clínico, exames complementares) servem para a apropriação do objeto (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos). No Trabalho propriamente dito, determinado como energia humana empregada no processo do mesmo, o médico necessita de dispêndio intelectual que o diferencia da estrutura social pela monopolização do conhecimento (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2005).

2.1.7.1 Perfil psicossocial do médico

As características sobre o trabalho médico podem ser observadas por Clever (1990 *apud* NOGUEIRA-MARTINS, 2002):

- a) Os médicos trabalham mais que a maioria das pessoas (15 horas por semana a mais que outros profissionais);
- b) Tiram menos tempo de férias;
- c) Trabalham um maior número de anos do que a população geral.

A mais complexa pesquisa sobre a profissão médica e o exercício da Medicina nos tempos atuais, foi realizada por Machado (1997 *apud* NOGUEIRA-MARTINS, 2002) e aponta as seguintes características psicossociológicas da população médica:

- a) Adesão ao projeto profissional: há mais de 200.000 médicos em atividade no Brasil;
- b) Vocação urbana: mais de 65% vivem e trabalham em grandes capitais;

- c) Linhagem médica na família e afinidade profissional: 50% dos médicos têm médicos na família e há uma correlação estreita entre escolha matrimonial e as profissões de saúde;
- d) Categoria de jovens: 75% do contingente médico têm idade inferior a 45 anos;
- e) Feminização da profissão: as mulheres representam hoje 32,8% do total de profissionais;
- f) Assalariamento da categoria e perda da atividade liberal e da autonomia profissional: 50% dos médicos têm entre três e quatro atividades; 50% dos médicos exercem a função de plantonistas e 80% deles que trabalham em consultório particular tem convênios de saúde;
- g) Formação: 71% freqüentaram pelo menos um programa de residência médica ou similar e 57,6% tem título de especialista;
- h) Especialidades: as mais freqüentes são: pediatria (14%), Ginecologia e Obstetícia (12%), Clínica Médica (8%), Cirurgia Geral (6%) e Cardiologia (4%);
- i) Desgaste: 80% dos profissionais consideram a atividade médica desgastante;
- j) Perspectivas: sentimentos de incerteza e pessimismo predominam quando os médicos se referem ao futuro da profissão.

O estudo de âmbito nacional intitulado: “O Médico e o seu Trabalho” realizado com o objetivo de investigar e atualizar a pesquisa de Machado (1997 *apud* MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004) sobre a situação do trabalho médico no Brasil foi realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialidades. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA 2004 *apud* MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004). Comparando os dois estudos, observa-se que:

- a) O total de médicos ativos aumentou para 234.554 médicos em atividade, com um incremento de 18,7%;

- b) Ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos para aqueles exercendo mais de três atividades;
- c) Houve redução do número de médicos que atuam em consultórios e no setor privado, e o setor público passou a ocupar o primeiro lugar como empregador;
- d) A atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução;
- e) A atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- f) Embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força do trabalho médico, manteve-se a tendência de aumento de ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;
- g) A constituição etária predominantemente jovem dos profissionais manteve-se praticamente inalterada;
- h) Houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais;
- i) Surgem dentre as especialidades mais exercidas a urologia e a dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;
- j) O trabalho exercido em regime de plantão aumentou, ampliando-se a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);
- k) Um terço destes profissionais atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais de metade dos profissionais apresentando renda mensal de até dois mil dólares.

Atualmente, de acordo com o CFM, estima-se que existam 310.248 médicos ativos no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

As tendências e as características destacadas no estudo mostram mudanças evidentes pelas quais passou a categoria médica e seu mercado de trabalho nas últimas décadas. Novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo da descentralização do setor da saúde, bem como da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Neste sentido, Nogueira-Martins (2002) diz que as profundas transformações na profissão médica, modificando o cenário do exercício profissional, devem-se ao desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, à influência farmacêutica e de equipamentos e à crescente presença das empresas compradoras de serviços médicos. As repercussões dessas mudanças são perceptíveis na perda da autonomia, na remuneração, no estilo de vida, na saúde do médico, no comportamento ético e nas relações entre médicos e pacientes.

Ainda segundo o autor acima citado, o trabalho médico permeia uma contradição: aquele que produz saúde, ao fazê-lo, consome-se em seu processo de produção o que poderá traduzir-se sob a forma de desgaste⁴ ou de outras manifestações (doenças psicossomáticas, transtornos mentais, estresse e sofrimento psíquico). Sendo assim, na atividade médica, o trabalho de seus agentes, expresso no cuidado médico, é consumido.

A forma pela qual o Trabalho desenvolvido pelo, nas mais diversas funções (número de atividades, carga horária nos plantões e remuneração recebida, aumento da jornada de trabalho com uma importante redução na renda mensal, principalmente no trabalho assalariado), tem ocasionado uma extração de mais-valia relativa à força de trabalho, pelo aumento da produtividade, pela intensificação do mesmo, traduz-se sob a forma de desgaste (SILVA, 2001).

Em concordância, Motter (2001) relata que a prática da profissão médica é caracterizada pelo trabalho com vidas quase sempre em situações de fragilidade, com tomada de decisões que envolvem riscos vitais, intervenções clínicas e cirúrgicas em pacientes

⁴ “Perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do indivíduo, considerando-o mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de grupos de trabalhadores [...] os trabalhadores estão submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste” (LAURELL; NORIEGA, 1989 *apud* SILVA, 2001, p. 123).

enfermos. Todos esses fatores cooperam para que o médico esteja mais propenso a sentir-se física e psicologicamente mais desgastado ao longo de sua vida profissional. A autora ainda acrescenta que algumas características são praticamente intrínsecas à profissão médica, como a sobrecarga de trabalho, a privação de sono, a necessidade de tomar decisões imediatas, os horários incertos, as interrupções fora de hora, determinadas por chamadas de urgências, o isolamento de amigos e familiares, entre outros.

2.1.8 O Trabalho do profissional de enfermagem

A Enfermagem nasceu como um serviço organizado, nos primórdios do cristianismo. Passou a coexistir, a partir de então, como prática exercida pela assistência prestada por um ser humano a outro ser humano, especialmente quando este é atingido em sua integridade física e mental. A Enfermagem sempre esteve ligada à noção de “cuidar”, colocar o doente em melhores condições para que a natureza possa atuar. Esse Trabalho foi exercido até o final da Idade Média por religiosas, viúvas, virgens e nobres, com o intuito de fazer caridade (SILVA BORGES, 1989).

Na Europa, em meados do século XIX, o cuidar de enfermos não exigia treinamento específico. Entre os antecedentes imediatos mais importantes da profissionalização da Enfermagem, nessa época, destacou-se o trabalho realizado por Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras junto a soldados feridos (SILVA BORGES, 1989).

Posteriormente, Nightingale foi convidada a organizar serviços de enfermagem nos hospitais ingleses; é a principal responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para a prática da Enfermagem. Suas metas eram: o preparo de pessoal para exercer as tarefas mais usuais da Enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas mais qualificadas para as atividades de supervisão, administração e ensino (SILVA BORGES, 1989).

No Brasil, no final do século XIX, iniciou-se o processo de profissionalização de Enfermagem, exercida essencialmente por mulheres. Embora, nessa época, a caridade continuasse a ter importância, as diferenças fundamentais foram as exigências de treinamento e a remuneração quanto ao ato de cuidar (SILVA BORGES, 1989).

Borsoi e Codo (2000 *apud* HADDAD, 2002) relatam ainda que “o cuidado”, desta

feita, tornado profissão, deixa de ser executado pela afetividade expressa e espontânea, seja na forma de carinho, seja na agressão, como pode ocorrer no ambiente doméstico. O trabalhador de enfermagem é, então, preparado para auxiliar na recuperação do doente ou assisti-lo em sua dor. Ao ser remunerado o cuidado prestado, espera-se qualidade e para isso é necessário, além do domínio das técnicas, mediá-lo por afetividade, nem que a expressão desse afeto seja uma representação necessária, pois um dos códigos internalizados pela Enfermagem é a devoção e a generosidade em relação ao paciente.

A função peculiar da Enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Os trabalhadores de enfermagem prestam cuidados aos doentes, independente de idade, sexo, de ser a doença visível ou não, contagiosa ou não, sem nenhuma discriminação. O doente deve ser cuidado como alguém que busca alívio ou cura para seu sofrimento. Espera-se ainda que esse profissional jamais expresse junto ao paciente os seus dissabores (HADDAD, 2002).

Silva Borges (1989) refere que a forma de inserção do trabalho da Enfermagem no sistema produtivo constitui-se quase que exclusivamente, em sua maioria em trabalhadores do sexo feminino, como assalariadas, vendedoras de sua força de trabalho ao capital público ou privado, produzindo um tipo específico de serviço, *o cuidado ao doente*.

O desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, desde a sua origem, esteve dependente dos interesses do desenvolvimento econômico capitalista, da visão liberal de sociedade e dos rumos tomados pela Medicina. Portanto, sua forma de organização ajusta-se com o modo de produção capitalista. Desta feita, as atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial constituem basicamente o trabalho da Enfermagem, sendo organizado por meio da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho aos demais trabalhadores da equipe de enfermagem (MUROFUSE, 2004).

A assistência de Enfermagem é proporcionada por uma equipe composta pelas seguintes categorias: enfermeiros, auxiliares e técnicos. São trabalhadores com formação técnica e heterogênea e atribuições específicas que desenvolvem atividades de diferentes graus de complexidade. As diferenças existentes entre as categorias não se limitam tão só às atividades por elas desenvolvidas, mas também a uma valoração social desigual dos respectivos trabalhos parcelares (MUROFUSE, 2004).

O pessoal de Enfermagem ativo cadastrado no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) até a atualidade, é estimado no Brasil em: 116.457 enfermeiros, 228.030 técnicos de, 504.885 auxiliares de Enfermagem, 26.132 atendentes de Enfermagem e 41 Parteiras (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2006).

O Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Esse Decreto explicita claramente as categorias e funções dos diferentes estratos profissionais da enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2006).

O técnico de Enfermagem é o titular de diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registro no órgão competente. Cabe a esse profissional exercer as atividades auxiliares de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, e assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica, na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de saúde, entre outras;

São Auxiliares de Enfermagem os titulares de certificado de auxiliar de Enfermagem, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registro no órgão competente; o titular de certificado de enfermeiro prático ou técnico de Enfermagem, expedido até 1964, pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Segurança de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos de Decreto-lei n. 8.778, de 22 de janeiro de 1946 e, da Lei n. 3.640, de 10 de outubro de 1959; o pessoal enquadrado como auxiliar do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de auxiliar de Enfermagem.

Esse profissional exerce atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, como: ministrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos;

aplicar oxigenoterapia, nebulização, entericlina, enema e calor ou frio; executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; colher material para exames laboratoriais, prestar cuidados pré e pós-operatórios; executar atividades de desinfecção e esterilização; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e de segurança, entre outros;

O enfermeiro é o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido por lei; o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de enfermeiro, de enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz.

Ao enfermeiro cabe: a direção do órgão de Enfermagem integrante de estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviços e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadores desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de morte, cuidados com maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; assistência obstétrica; ser integrante da equipe de saúde com participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, de planos assistenciais, programas de saúde pública, entre outros. Ao enfermeiro cabe o papel de saber e controlar o processo de trabalho da Enfermagem; aos demais trabalhadores de enfermagem, a função de executores de tarefas delegadas (LEOPARDI *et al.*, 1999 *apud* REZENDE, 2003).

O trabalho de Enfermagem é realizado, então, por uma equipe ou grupo formado pelos profissionais de enfermagem, e deles apenas os enfermeiros possuem formação de nível superior nessa área.

De acordo com Martins (2003), os enfermeiros desempenham uma multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes que não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções bem definidas, o que leva à ambigüidade e conflitos de papéis. Sendo assim, são

constantemente dominados por uma sensação de ambivalência, por não realizarem aquilo que lhes compete, devido à grande quantidade de tarefas que obrigatória e cotidianamente devem executar em tempo útil. Essa situação, quando percebida provoca sentimentos de irritação e de frustração nos enfermeiros.

Além disso, a Enfermagem é responsável pelo cuidado ao paciente, exercendo papel central e de grande importância, em toda a sua integridade como ser biológico e social, estando exposta aos fatores de riscos, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, entre outras situações, por permanecer maior parte do seu tempo ao lado de pacientes em contato íntimo com a insalubridade ambiental (LEOPARDI *et al.*, 1999 *apud* REZENDE, 2003).

Belland e Passos (1978) consideram que as necessidades pessoais do trabalhador de enfermagem e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais se defronta, geralmente prejudicam o tipo de atendimento que ele fornece e que gostaria de fornecer, podendo ocorrer sofrimento profissional.

Por outro lado, o trabalho de Enfermagem é extremamente desgastante também pelas condições de trabalho exercido por esses profissionais. E, de acordo com Martins (2003), algumas situações são indutoras de estresse no ambiente hospitalar, como:

- a) O tipo de trabalho. Trabalho por turnos, sobrecarga de trabalho;
- b) O conteúdo do trabalho. Oportunidade para o controle, oportunidade para uso das habilidades;
- c) O desempenho de papel. Conflito e ambigüidade de papel;
- d) As relações interpessoais e grupais. Tipo de relações, relações com os superiores, com os colegas, com os utentes e grupais;
- e) O desenvolvimento da carreira. Insegurança no trabalho, transições de carreira;
- f) As novas tecnologias;
- g) Aspectos organizacionais. Estrutura, clima e cultura organizacional.

As condições de trabalho são constituídas por tudo aquilo que influencia o próprio

trabalho, como a baixa remuneração dos trabalhadores de enfermagem, a falta de equilíbrio entre vida pessoal e Trabalho, a baixa perspectiva de ascensão na carreira e o desprestígio social, o relacionamento entre membros da equipe, a falta de autonomia, o excesso de trabalho, a obediência às normas organizacionais e políticas da instituição, o dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem, o ambiente físico, os riscos ocupacionais, são aspectos que repercutem nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade de vida no trabalho de Enfermagem (SCHMIDT, 2004).

Marziale e Silva (2003) consideram que as condições de trabalho experienciadas por profissionais de enfermagem em instituições hospitalares têm propiciado agravos à saúde, comumente provenientes do ambiente de trabalho, da forma da organização e das atividades insalubres que realizam. As condições de trabalho, referentes à carga horária semanal superior a 40 horas semanais, a trabalhar em finais de semana, no horário noturno, ao cuidado com enfermos, à manipulação de produtos químicos entre outros e a fatores ergonômicos e psicossociais, submetem esse profissional a riscos de doenças, acidentes de trabalho e absenteísmo.

O desgaste físico-emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, o que vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e conseqüentemente à escassez de profissionais no mercado de Trabalho (MARZIALE, 2001).

Ainda, segundo Marziale (2001), uma pesquisa realizada, em 2001, pela Universidade da Pensilvânia com 43.329 enfermeiros de 711 hospitais dos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia, constatou que a maioria dos enfermeiros se declarou preocupada em relação à qualidade da assistência prestada aos seus pacientes, o que sinaliza a falta de pessoal, a insatisfação pelo trabalho e o desgaste emocional pela piora da qualidade do cuidado de Enfermagem. Em quatro dos cinco países avaliados, 40% dos enfermeiros referiram estar insatisfeitos com seu trabalho atual, e um em cada cinco enfermeiros afirmou ter planos de deixar o trabalhar na profissão.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2006), os estados do Amazonas, de Rondônia, Distrito Federal e, recentemente, o de Mato Grosso possuem carga horária de trabalho regulamentada de 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem. Para a categoria é uma vitória sem precedentes. Pode-se verificar, no entanto, que essa conquista na

área da saúde ocorre nos demais setores produtivos, como também a diminuição relativa da contratação de pessoal de enfermagem e a intensificação do trabalho.

De acordo Candeias (1988 *apud* FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005) e Pereira (1997 *apud* FRANCO, G. *et al.*, 2005), os enfermeiros procuram apoio psicológico devido a sentimentos de ansiedade ocasionados pela natureza do trabalho realizado e à preocupação com a instituição; que enfermeiros sofriam de desgaste e estresse ocasionados pela sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento interpessoal associado aos acontecimentos de morte, sofrimento e dor; por haver manifestações físicas e emocionais de desgaste relacionado ao ambiente de trabalho; e que o excesso de horas trabalhadas foi referido pelos enfermeiros com sendo a condição mais desgastante.

2.2 ESTRESSE

2.2.1 Conceituando o estresse

O termo estresse é amplamente utilizado na atualidade, tanto em estudos e pesquisas científicas e acadêmicas, como por órgãos de comunicação e na linguagem cotidiana. Tal popularização tem ocupado lugar de destaque, sempre em associação com a idéia de desconforto físico e/ou psicológico. Constata-se, ainda, uma polissemia conceitual, derivada da própria palavra em inglês.

O termo *stress* se originou no campo da Física para definir o desgaste de materiais submetidos a excesso de peso, calor ou radiação. Esporadicamente, também era usado na literatura inglesa até meados do século XVII, como significado de aflição e adversidade (LAZARUS; LAZARUS, 1994 *apud* LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Já no século XVIII, o enfoque se alterou e o termo estresse passou a ser usado para expressar a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, acarretando nesta uma deformação. No século XIX, uma possível relação existente entre eventos emocionais e doenças físicas e mentais foi sugerida e, posteriormente, no século XX, foi dada ênfase a essa relação (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

De acordo com Gonzáles (2001), em 1914, Cannon utilizou o termo *stress* para definir

uma reação do organismo a uma situação de fuga ou luta, supondo que as modificações corporais estavam diretamente associadas ao fator psicológico: ameaça. Cannon sugeriu o termo homeostase para definir o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo.

Selye, em 1925, interessou-se por estudar as reações em comum (agitação, angústia e tristeza) que observava em alguns pacientes que sofriam patologias diferenciadas. Empregou em conversas e conferências, o termo Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do *Stress* Biológico para essas reações, conhecidas também como a Síndrome de estar apenas doente (SELYE, 1956).

Selye, em 1936, publicou na revista *Nature* o primeiro artigo sobre a Síndrome do *Stress*, intitulado “Síndrome produzida por vários agentes nocivos”. O termo *stress* biológico havia provocado críticas hostis, pois era usado para designar reações do corpo. No entanto o termo *stress* na língua inglesa implicava solicitação excessiva do sistema nervoso; então, Selye usou o termo “nocivos” por considerá-lo menos passível de rejeição que *stress*. Posteriormente, o autor voltou a adotar o termo *stress*, que já era usado na Física, referindo-se à somatória de forças que agem contra a resistência. Utilizou esse termo para denominar o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adequação (SELYE, 1956).

No presente estudo, adotou-se a denominação **estresse**, dado que, como tal, o termo *stress* foi traduzido para o português e, de acordo com o Novo Dicionário da Língua Portuguesa, significa “[...] um conjunto de reações do organismo as agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar a homeostase” (FERREIRA, 1975, p. 587).

Para Selye (1956, p. 3), aos olhos da Medicina, o estresse é praticamente o desgaste do corpo, referindo que “Não implica necessariamente uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na maquinaria do corpo. Na verdade, o *stress* pode ter até mesmo valor terapêutico, como na terapia de choque, sangria e esportes”.

Freqüentemente, as situações estressantes e as respostas do indivíduo ao estresse estão relacionadas a muitos aspectos negativos, mas movimentos de adaptação também existem em várias situações agradáveis, que forçam o organismo a se ajustar às mais diferentes exigências. Assim, quando a resposta do indivíduo é negativa desencadeia um processo

adaptativo inadequado, chamado de *distress* e, quando a resposta é adequada, é chamado de *eustress* (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Selye (1956) identificou que as modificações no organismo podem ser manifestas por sintomas ou por reações de adaptação do próprio corpo. O autor propôs que, na reação ao estresse, há três níveis diferentes de manifestações, à medida que a pessoa não é capaz de eliminar ou controlar as situações estressantes/estressor: Alerta, Resistência e Exaustão.

Na fase de Alerta, há uma excitação do sistema nervoso simpático, mobilizando o organismo para a reação de luta ou fuga. Características do organismo em resposta ao estímulo envolvem: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, aumento da concentração de glóbulos vermelhos, aumento da concentração de açúcar no sangue, redistribuição do sangue, aumento da frequência respiratória, dilatação dos brônquios, dilatação da pupila, aumento da concentração dos glóbulos brancos e ansiedade (SELYE 1956; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2002; SARDÁ JÚNIOR; LEGAL; JABLONSKI JÚNIOR, 2004). Se o estressor continuar presente por tempo indeterminado, a fase de Resistência se instala.

Na fase de Resistência, o córtex acumula reserva de grânulos segregados, diluindo o sangue e apresentando-o com peso normal; desencadeiam-se irritabilidade, insônia, mudanças no humor e diminuição do desejo sexual. O organismo busca uma adaptação com o intuito de procurar homeostase interna usando grande energia na busca do reequilíbrio. O homeostase permanece temporariamente. Nessa fase, muitos dos sintomas iniciais são substituídos pela sensação de desgaste e cansaço ou, quando a pessoa consegue adaptar-se adequadamente, o processo de estresse é interrompido sem seqüelas; caso contrário, progride para a próxima fase.

Na fase de Exaustão, muitos sintomas são, em muitos pontos, parecidos aos da reação inicial de alerta. O organismo mostra evidências da quebra total de resistências, esgotamento por sobrecarga fisiológica, falha no mecanismo de adaptação e possível morte. A não existência de estratégias para lidar com o estresse, desenvolve sérias doenças e, segundo Selye (1956), as chamadas doenças de adaptação.

As pesquisas referentes à Síndrome do Estresse continuaram ao longo dos anos, somando-se às descobertas de Selye (1956), que considerava o estresse como uma condição constitucional e disposicional que não possuía origens traumáticas específicas e determinadas

por doenças. Novas descobertas mostraram que os sintomas físicos e as numerosas variáveis pessoais, psicológicas e situacionais estão diretamente correlacionados com o estresse.

2.2.2 Causas do estresse

O estímulo que age sobre o organismo, ou seja, o estressor, é proveniente tanto do ambiente externo, quanto do interno, e causa no organismo várias reações por meio dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, com a estimulação do hipotálamo e do sistema límbico. Essas estruturas do sistema nervoso central estão relacionadas com o funcionamento dos órgãos, causador de danos fisiológicos ou ameaça de sobrevivência, com a regulação das emoções responsáveis pelas desordens afetivas.

O grau de desgaste do organismo diante das agressões físicas e tensões emocionais depende do efeito direto do estressor sobre o indivíduo, de suas respostas internas que estimulam a defesa dos tecidos e das respostas internas que estimulam a rendição dos tecidos, por causa da inibição das defesas. O equilíbrio desses fatores determina a resistência, a adaptação ou a falência em respostas ao estresse. Apenas a presença do estressor não causa automaticamente o estado de estresse.

A reação do organismo sob ação de um estressor de qualquer natureza ou potencialidade capaz de desencadear o *distress* na maioria das pessoas em geral, é determinada pelo significado que o estressor, interno ou externo, vai ter para a pessoa e, conseqüentemente, como vai interpretá-lo e enfrentá-lo. Portanto as diferentes respostas individuais ou grupais de como a situação é percebida devem ser sempre consideradas. Dentro desse contexto, Lazarus e Folkman (1984 *apud* LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 19) dizem que “O *stress* psicológico é uma reação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliado pela pessoa como onerando ou excedendo seus recursos e colocando em risco o seu bem-estar”.

O estresse é produzido quando existe uma discrepância importante entre as capacidades do indivíduo e as demandas exigidas de seu meio ambiente. É caracterizado por uma reação que o indivíduo experimenta de acordo com suas crenças, valores e cultura, ao criar uma situação que ele não é capaz de tolerar, causando repercussões emocionais, sociais e psicológicas (BERNIK, 1997).

Segundo Limongi-França e Rodrigues (2002), os estudos sobre estresse relacionado às crises do ciclo da vida adulta e ao processo de envelhecimento e o impacto das mudanças sociais sobre a vida humana foram realizados, em sua maioria, em fins dos anos de 1970. O interesse nos aspectos ambientais dos fenômenos psíquicos sugeriu que as exigências sociais e físicas impostas pelo ambiente, assim como as restrições e recursos ambientais, influenciam no estresse.

2.3 ESTRESSE OCUPACIONAL

A saúde e o bem-estar podem ser influenciados pelo Trabalho, tanto de maneira positiva, quanto negativa. O Trabalho fornece uma meta e um sentido, estrutura e conteúdo à vida. Fornece ainda, identidade, auto-respeito, apoio social e recompensas materiais. É mais provável que isso aconteça quando as demandas do Trabalho são mais adequadas, quando se permite aos trabalhadores exercitarem um grau razoável de autonomia e quando o clima organizacional é amigável e fornece apoio. Sendo assim, esta peculiar atividade humana pode se constituir em um dos mais importantes fatores da vida na promoção à saúde.

Mas, se as condições de trabalho forem caracterizadas por atributos opostos, elas provavelmente, pelo menos ao longo do tempo, causarão ou acelerarão uma saúde debilitada ou ativarão seus sintomas.

Apesar de o Trabalho ser considerado fonte de satisfação de muitas necessidades humanas e de prazer, para quem trabalha pode se tornar sinônimo de sofrimento e adoecimento, quando possui fatores de risco que o trabalhador não está preparado para enfrentar. Considerando que o estresse é inerente à vida humana, sendo ainda, exacerbado pelas exigências da sociedade moderna, é possível constatar que ele esteja presente em todos os contextos de trabalho (SARDÁ JÚNIOR *et al.*, 2004).

Os mecanismos patogênicos do estresse incluem as reações emocionais, tais como a ansiedade, a depressão, a hipocondria e a alienação; as reações cognitivas, como dificuldade de concentração, memória, de novas aprendizagens, criatividade e tomada de decisões; as reações comportamentais, que podem envolver o abuso de álcool, drogas e tabaco, comportamento destrutivo e auto-destrutivo, resistência em procurar e aceitar ajuda terapêutica e/ou reabilitação; e, finalmente, as reações psicológicas, consideradas as disfunções neuroendócrinas e imunológicas (LEVI, 2002).

Na conferência da União Européia de Segurança e Saúde no Trabalho, sobre “Estresse e depressão”, realizada em Bruxelas em 2001, foi enfatizada a crescente evidência de que o estresse, a ansiedade e a depressão estão entre os aspectos que mais contribuem para as doenças e incapacitações na Europa. Estas causam um impacto socioeconômico direto ou indireto que é preocupante para as pessoas, a sociedade, para o país e para o mundo todo. O retrato da situação atual do estresse no mundo mostra um resultado semelhante a este, percebendo-se, ainda, o aumento da consciência de reconhecimento da presença do estresse e a necessidade de preveni-lo, auxiliando no desenvolvimento de estratégias adequadas para enfrentá-lo, em todos os setores da sociedade (LEVI, 2002).

Nesse sentido, o mesmo autor, argumenta que para suprir as lacunas existentes no conhecimento dos efeitos da organização do trabalho sobre a saúde e a segurança, o tema foi reconhecido como um dos considerados essenciais para pesquisa pelo *Occupational Safety and Health Administration* (NORA), junto com o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) e de seus parceiros, para realizarem e coordenarem pesquisas sobre o tema na próxima década.

Sauter *et al.* (2002) relata que o NIOSH publicou um relatório alertando para a necessidade de realização de pesquisas e desenvolvimento em quatro áreas, com o intuito de reduzir os riscos à saúde e segurança ocupacional, associados à mudança na organização do trabalho: a) necessidade de coleta de dados que favoreçam um melhor entendimento da exposição dos trabalhadores aos fatores que causam risco de doença e acidentes e de que maneira esta exposição pode ser mudada; b) maior atenção, em pesquisa, aos efeitos sobre a saúde e a segurança oriundos das tendências na organização do trabalho surgidas nos últimos anos; c) realização de pesquisas de intervenção que tenham por objetivo práticas e políticas organizacionais que possam poupar a saúde e a segurança dos trabalhadores; e d) um comprometimento mais efetivo por parte da saúde pública com esse campo de estudos para haver progressos na compreensão e na prevenção dos riscos para a saúde e segurança relacionados à organização.

2.3.1 Conceituando o estresse ocupacional

Adotou-se neste estudo a definição de estresse ocupacional postulada pelo NIOSH:

“[...] o estresse no trabalho ocorre quando as exigências do trabalho não se igualam às capacidades, aos recursos ou às necessidades do trabalhador” (SAUTER *et al.*, 1998, não paginado).

O estresse ocupacional ou estresse no trabalho tem sido estudado intensivamente pela Psicologia nas últimas duas décadas. Existem muitas definições, mas os estudos usualmente relacionam o estresse com os efeitos negativos do ambiente de trabalho e com as características, saúde e bem-estar do trabalhador. O estresse no trabalho não se constitui como uma variável, mas como um campo ou uma área de estudo e prática preocupada com a relação entre estímulo do ambiente de trabalho e com as reações prejudiciais para os trabalhadores (BEEHR, 1998).

Segundo Lautert, Chaves e Moura (1999), os primeiros estudos sobre o estresse ocupacional foram realizados com trabalhadores das fábricas, salientando-se os aspectos do ambiente físico do trabalho. No entanto, os estressores identificados apontavam para as conseqüências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador.

De acordo com Paschoal e Tamayo (2004), o termo estresse ocupacional, bem como seu conceito e formas de medição, tem sido usado em meio à multiplicidade de pesquisas científicas, de forma pouco consistente e com certa confusão quanto ao seu significado, devido ao referencial teórico-conceitual adotado. O estresse relacionado ao trabalho é a reação que o trabalhador pode ter, quando exposto às pressões e demandas do seu trabalho, as quais não são compatíveis às suas habilidades e conhecimentos, que desafiam suas habilidades de enfrentamento de tais situações.

Trucco, Valenzuela e Trucco (1999) descrevem que o estresse ocupacional é resultado da interação entre múltiplos fatores de risco, principalmente aqueles que provêm do ambiente físico, transtornos de funções biológicas, conteúdo e organização do trabalho e diversos fatores do trabalho e extra-trabalho. Dentre os fatores laborais, destacam-se o contexto social e econômico; tipo de trabalho; apoio social, dentro e fora do trabalho; sentimento de auto-estima e de controle; tipo de personalidade; idade e sexo.

Essas circunstâncias exigem do trabalhador uma alta demanda a ser enfrentada, não residindo isoladamente no ambiente ou no indivíduo, mas são resultados de transações dinâmicas que ocorrem entre esses elementos (MURTA; TRÓCCOLI, 2004).

Para Vieira, Guimarães e Martins (1999, p. 217), as fontes potenciais de tensão e de estresse são medidas pelas diferenças próprias a cada trabalhador. As mesmas autoras acrescentam que “[...] as diferenças individuais também explicam, junto com as características do agente estressor, os resultados do estresse”.

2.3.2 Abordagens teórico-metodológicas em Saúde/Doença Mental e Trabalho

Nos últimos anos, constata-se um interesse crescente por questões relacionadas aos vínculos entre Trabalho e Saúde/Doença Mental. Percebe-se que tal interesse é consequência, em parte, do aumento expressivo da incidência e prevalência de Transtornos Mentais e do Comportamento associados ao trabalho que se constata nas estatísticas oficiais e não oficiais (GUIMARÃES, 2005).

De acordo com estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), os Transtornos Mentais Menores (TMM) acometem cerca de 30% dos trabalhadores ativos, e os Transtornos Mentais Graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os Transtornos Mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de quinze dias e aposentadorias por invalidez (GUIMARÃES, 2005).

Outro fator importante para a incorporação da área da saúde do trabalhador pela Psicologia se deve ao rompimento do modelo teórico centrado no conhecimento médico e em saberes compartilhados por categorias profissionais, por propostas de ações integradas e interdisciplinares como consequência das mudanças propostas a partir de 1986, pela Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, consolidadas na Constituição Federal brasileira de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (NARDI, 1997).

No campo da Psicologia, também ocorreram mudanças nos últimos anos, com o intuito de viabilizar um novo olhar sobre a dimensão do trabalho, predominantemente nas teorias clássicas sobre a constituição do psiquismo, reafirmando a importância do trabalho na constituição do sujeito e na sua interação social como estratégia de saúde e como associado ao adoecimento mental (JACQUES, 2003).

As diversas abordagens teórico-metodológicas relacionadas ao estresse ocupacional diferem quanto à ênfase dada às características do trabalho e às condições de trabalho como sendo a causa principal do surgimento do estresse. Todas as abordagens, no entanto têm um ponto em comum: a relação do estresse entre o trabalho e a pessoa (MARTINS; GUIMARÃES, 2004).

Seligmann-Silva (1995 *apud* GUIMARÃES, 2005) distingue três grandes conjuntos de modelos teóricos em Saúde Mental e Trabalho: a) as teorias sobre o Estresse (*work stress*); b) a Psicodinâmica (psicopatologia) do Trabalho; e c) o modelo baseado no conceito de Desgaste Mental. Tittoni (1997 *apud* GUIMARÃES, 2005) propõe dois eixos constituídos por abordagens teórico-metodológicas diferentes: a) o diagnóstico de sintomas de origem “psi” e sua vinculação às situações de trabalho, com forte influência da Epidemiologia, como referência metodológica; b) a ênfase não recai no diagnóstico de doenças ocupacionais, mas nas experiências e vivências dos trabalhadores sobre seus cotidianos laborais e suas situações de adoecimento, influenciados pelos conhecimentos produzidos pelas ciências sociais e pela psicanálise. Já Guimarães (2005) acrescenta mais um modelo aos propostos por Seligmann-Silva (1995 *apud* GUIMARÃES, 2005): o Epidemiológico e/ou Diagnóstico.

Devido à complexidade da relação entre Saúde/Doença Mental e Trabalho, muitas vezes, é necessário extrapolar os limites de uma determinada abordagem. Para Sato (2002 *apud* GUIMARÃES, 2005), a escolha pelo emprego de uma ou outra abordagem repousa em diversos condicionantes de ordem epistemológica e teórico-conceitual submetidos à natureza do objeto do estudo, do objetivo do estudo e da concepção sobre a realidade social.

2.3.2.1 As teorias do Estresse Ocupacional (*Work Stress*)

Abaixo estão elencados os principais modelos da atualidade sobre o Estresse Ocupacional:

a) Modelo de Estresse Ocupacional do NIOSH:

O enfoque do NIOSH sobre o estresse no trabalho refere que as condições de trabalho têm um papel central na origem do estresse no trabalho. No entanto não desconsidera o papel dos fatores individuais. Segundo o NIOSH, a exposição a condições estressantes pode exercer influência direta na saúde e na segurança do trabalhador.

Na Figura 1, pode-se observar a forma como o NIOSH entende que os fatores individuais e outras situações podem intervir para fortalecer ou debilitar esta influência.

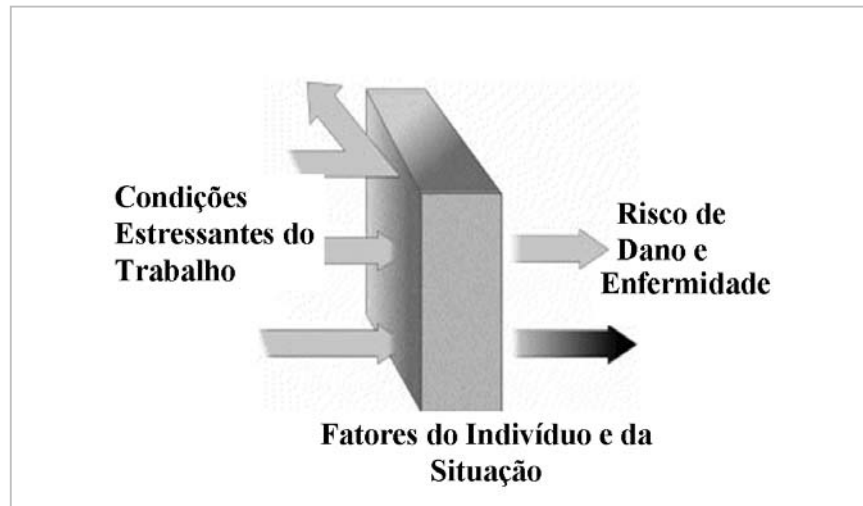


FIGURA 1 - Esquema do estresse no trabalho, segundo o NIOSH.

Fonte: Sauter *et al.* (1998).

b) Modelo de Estresse Ocupacional de Robert Karasek:

O modelo é baseado na abordagem simultânea de controle e demanda: o chamado Modelo Demanda-Controle (*Demand-Control Model*, D/C ou *Job Strain Model*), elaborado por Karasek (1979 *apud* ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Refere-se às características psicossociais do trabalho, determinando o estresse como um desequilíbrio entre as condições de trabalho e os trabalhadores individuais, isto é, os trabalhadores são alvo de sintomas físicos e emocionais quando não possuem capacidades ou recursos disponíveis para enfrentar as exigências do mesmo. Supõe-se que as características do trabalho submetem o trabalhador às exigências e restrições ambientais sobre a capacidade de suas respostas (falta de controle), manifestando tensões oriundas das características do trabalho e não da percepção subjetiva do trabalhador. Por fim, a falta de controle sobre seu trabalho constitui em fonte potencial de tensão e de estresse.

Nesse modelo, a pressão no trabalho constitui uma combinação de demandas psicológicas altas e baixo controle sobre as tarefas organizacionais e uso de habilidades (KARASEK, 1979 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2003). A demanda no trabalho está associada com

ritmo, pressão do tempo, quantidade de trabalho, nível de concentração, interrupções e ter que esperar por outros. O controle no trabalho relaciona-se com a ponderação da habilidade e autoridade de decisão. Todos esses aspectos estão associados com conseqüências fisiológicas, psicológicas e comportamentais, a curto e longo prazos, para a vida do trabalhador, como a depressão, a exaustão e a fadiga (BOURBONNAIS *et al.*, 1998; FINEGAN, 2005; KARASEK; LANDSBERGIS, 1998 *apud* LASCHINGER; THEORELL, 1990).

Para Karasek (1979 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2003), existem quatro tipos de ambiente de trabalho: a) de alta pressão: o estado de estimulação leva a uma taxa de batimento cardíaco elevado ou excreção de adrenalina e estimulação não canalizada na reação de confronto, resultando em uma reação psicológica maior sobre um período de tempo maior; b) ativo: funcionários sentem uma grande medida de controle e liberdade para usarem todas as suas habilidades disponíveis; c) de baixa pressão: comporta relativamente poucos desafios, o que permite reações mais adequadas para cada desafio; d) passivo: atrofiamento gradual das habilidades aprendidas e perda da habilidade de julgar, resolver problemas, ou encarar desafios.

Para avaliar os aspectos Demanda-controle, Karasek (1985) elaborou um instrumento de medida: o *Job Content Questionnaire* – JCQ (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho) que avalia, além do controle e da demanda psicológica, o suporte social oriundo da chefia e dos colegas de trabalho, a demanda física e a insegurança no emprego.

Esse modelo tem sido utilizado em um número expressivo de estudos em vários países da Europa, como Suécia, Dinamarca, Suíça e Inglaterra; na América do Norte como: Estados Unidos, Canadá e México; no Japão (ARAÚJO *et al.*, 2003) e mais recentemente, no Brasil (SELIGMANN-SILVA, 1994).

c) Modelo de “Crise de gratificação no trabalho” ou “Desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho” (ERI):

O modelo ERI (*Effort-Reward Imbalance Model*) desenvolvido por Johannes Siegrist (1996 *apud* GUIMARÃES; FREIRE, 2004, p. 39), é baseado na “[...] relação de interinfluência da função ocupacional no processo de reciprocidade social: a um esforço feito são concedidas as gratificações”. Essas gratificações tomam a forma de três “transmissores” socialmente aceitos: o dinheiro, a estima e a promoção e segurança no trabalho. O modelo

ERI postula sobre as situações nas quais há ausência de reciprocidade entre esforço e recompensa, identifica as reações estressantes mais agudas no trabalho, caracterizando as situações de um alto “custo/esforço” e um baixo “benefício/recompensa”. Para o trabalhador que possui uma situação ocupacional desfavorável, durante certo período de tempo, estará exposto ao estresse ocupacional se possuir disposição para o desgaste no trabalho. Ou seja, o modelo envolve a estrutura da recompensa, as características do trabalho com a informação subjetiva e avaliativa dos traços e estados individuais de enfrentamento do estresse (GUIMARÃES; FREIRE, 2004; GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004).

d) Modelo de Lazarus e Folkman:

Enfatiza a função cognitiva da pessoa na percepção e interpretação das situações de estresse. Entende-se que os eventos não são estressantes, mas, sim, a maneira como são interpretados e o tipo de reação da pessoa. Quando o ambiente não é marcado por ambigüidade, as pessoas conseguem avaliar e perceber o ambiente muito bem, não manifestando diferenças individuais. O modelo analisa a dinâmica do processo de estresse e *Coping*⁵ entre a pessoa e o ambiente em um contexto específico em diferentes momentos, numa relação recíproca e bidirecional (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

e) Modelo OSI, de Cary Cooper:

O estresse é conceituado por Cooper *et al.* (1988 *apud* SAMPAIO; GALASSO, 2002, p. 65) como “[...] qualquer força que conduz um fator psicológico ou físico além de seu limite de estabilidade, produzindo uma tensão (*strain*) no indivíduo”. Esse modelo busca integrar as diferentes colaborações de modelos já estudados, no âmbito do ambiente de trabalho. Consideram-se os fatores ambientais, individuais e a vulnerabilidade individual como desencadeadores de estresse (ARANTES; VIEIRA, 2002; SAMPAIO; GALASSO, 2002; SARDÁ JÚNIOR *et al.*, 2004).

Os fatores ambientais referem-se a: a) fatores intrínsecos ao trabalho – o trabalhador é vulnerável a condições deficitárias, a trabalho em turnos, jornada intensa, viagens, atividades de risco ou perigo, novas tecnologias, sobrecarga de trabalho ou trabalhos monótonos; b)

⁵ Define-se *Coping* como uma variável individual representada pelas formas como as pessoas reagem ao estresse, determinadas por aspectos pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

papel na organização – caracterizado por conflitos e ambigüidades de papéis e a responsabilidade por coisas ou pessoas na organização; c) relações de trabalho – envolvem a postura assumida por superiores hierárquicos para lidar com as pressões e com a falta de considerações aos trabalhadores, pressão política e ausência de suporte social por parte de colegas, como isolamento, rivalidade, conflitos e ausência de cooperação pelos trabalhadores; d) carreira – diz respeito à insegurança gerada no trabalhador por superficialidade nas funções exercidas e por incongruência de status ou frustrações com o topo da carreira e aposentadoria precoce; e) estrutura e clima organizacional – propõe a investigação das questões que prejudiquem a individualidade, liberdade, autonomia e identidade. Os fatores individuais dizem respeito a características de personalidade e atitudes, e a vulnerabilidade abrange fatores como personalidade, *locus de controle*⁶, eventos da vida, suporte social para dificuldades pessoais/trabalho e estratégias de enfrentamento para estresse da vida/trabalho.

Os estressores ocupacionais podem ser de natureza física, química, biológica, psicológica e social, resultam dos fatores extrínsecos e intrínsecos do indivíduo e variam de acordo com as atividades desempenhadas (BACHION *et al.*, 1998).

As fontes de estresse no trabalho referem-se tanto à organização quanto às condições de trabalho. A partir do trabalho de Cooper em 1986, Stora apresenta um diagrama sobre estresse profissional, o qual foi traduzido do francês por Arantes e Vieira (2002) e permite observar o processo de estresse agindo diretamente sob o trabalhador, através de patologias físicas e psíquicas e, também, suas conseqüências para o contexto organizacional, apresentado na Figura 2:

⁶ Segundo Dela Coleta (1987) e Tamayo, A. (1989), *locus de controle* é um conceito dinâmico que explica e descreve as crenças, mais ou menos estáveis, a partir das quais o indivíduo estabelece a fonte de controle dos eventos e do seu próprio comportamento.

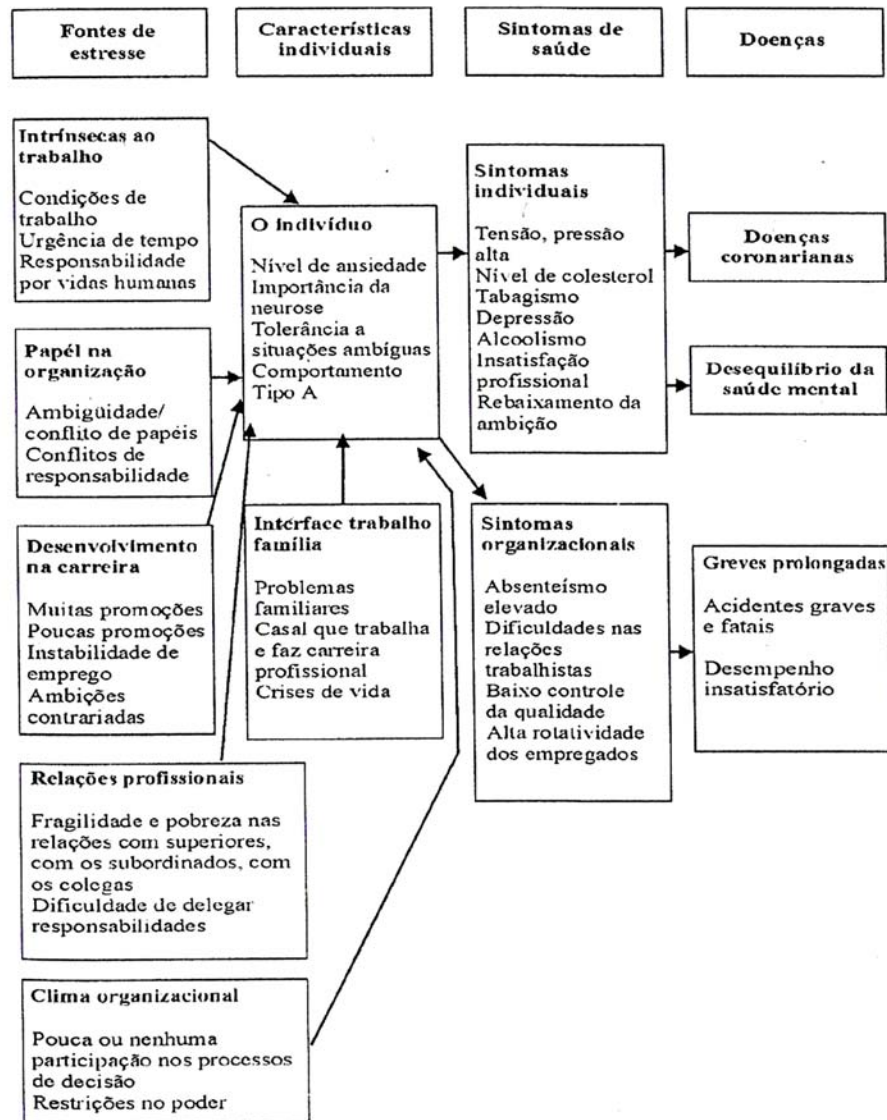


FIGURA 2 - Modelo de estresse profissional.

Fonte: Arantes e Vieira (2002, p. 77).

Essa sistematização favorece a compreensão do estresse como produto de um processo inerente às situações de trabalho, independente do ambiente, envolvendo riscos físicos e dificuldades de relacionamento profissional, que corroboram a concepção de que o processo de desgaste se estende para o local de trabalho e na empresa como um todo. O processo final no trabalhador é evidenciado por sintomas físicos e psíquicos e, na empresa, por sintomas organizacionais como acidente de trabalho individual/grupal, baixo controle de qualidade, entre outros.

O instrumento *Occupational Stress Indicator* (OSI) foi desenvolvido por Cooper,

Sloan e Willians (1988) e envolve os inúmeros construtos do processo do estresse ocupacional, incluindo medidas de estressores, mediadores e conseqüências tanto físicas quanto psicológicas. Swan, Morais e Cooper (1993 *apud* TAMAYO, A., 1989) realizaram a tradução do OSI para a língua portuguesa, organizando um estudo para sua validação no Brasil.

Para Vieira *et al.* (1999), os autores acima citados resgataram a importância de se observar o homem e sua rede de significados e relações para uma melhor compreensão do fenômeno e contribuíram para uma definição de estresse para além da visão biologicista. Este é um conceito mais amplo, que contempla o estresse ocupacional como um fenômeno relacional e dinâmico entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente.

2.3.2.2 A psicodinâmica do Trabalho

Esta abordagem tornou-se conhecida com a publicação, na França, em 1980, da obra de Christophe Dejours intitulada *Travail: usure mentale: essai de psychopathologie du travail*, traduzida no Brasil, em 1987, como a “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”.

Dejours propõe a análise Psicodinâmica do Trabalho, sustentado-a na tríade: Trabalho, Sofrimento e Reconhecimento. Propõe que o sofrimento pode ser transformado em prazer, a partir da construção do reconhecimento do Trabalho, gratificando o trabalhador em relação às suas expectativas frente a suas realizações (PALÁCIOS; DUARTE; CÂMARA, 2002).

A Psicodinâmica do Trabalho dá ênfase ao campo do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento mental vinculados à organização do trabalho. Tem por referência os conceitos ergonômicos de Trabalho como ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade, entre outros. As intervenções propostas são direcionadas para a coletividade de trabalho e para os aspectos da organização a que os indivíduos estão submetidos.

Segundo Dejours *et al.* (1994, p. 127),

Os trabalhadores em grupo são capazes de reconstruir a lógica das pressões que os fazem sofrer e também podem fazer aparecer as estratégias defensivas coletivamente construídas para lutar contra os efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho.

A referência à teoria psicanalítica do funcionamento psíquico oferece subsídios teóricos que permanecem subjacentes à pesquisa e ao trabalho de interpretação, nos quais a escuta, a interpretação, a devolução não impõem limitações à observação do cotidiano de trabalho.

Segundo Jacques (2003), a Psicodinâmica do Trabalho se aproxima do campo clínico da Psicologia, principalmente do referencial psicanalítico. Recomenda o emprego de métodos qualitativos, de abrangência coletiva, pautados no modelo clínico de diagnóstico e intervenção.

2.3.2.3 As abordagens de base Epidemiológica e/ou Diagnóstica

No passado, no âmbito da Medicina, a Epidemiologia foi associada às doenças infecto-transmissíveis. Sua relação ao campo da saúde do trabalhador se fez presente quando publicações sistematizadas evidenciaram os efeitos do trabalho nos processos de adoecimento dos trabalhadores. Os estudos epidemiológicos ganharam força a partir da Segunda Guerra Mundial, quando a concepção multicausal se apresentou como marco explicativo predominante em substituição ao paradigma monocausal. Dentro desse contexto, o da aplicação da Epidemiologia no campo da saúde/doença mental, destacam-se duas escolas: a russo/anglo-saxã e a franco/latino-americana, esta última apoiada no modelo da determinação social da doença e nos denominadores comuns da dialética (SAMPAIO; MESSIAS, 2002 *apud* JACQUES, 2003).

Sampaio e Messias (2002 *apud* JACQUES, 2003, p. 147) conceituaram a Epidemiologia como:

[...] ciência social, prática, aplicada, que estuda a distribuição, determinação e modos de expressão, para fins de planejamento, prevenção e produção de conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde/doença em relação à população qualificada nos elementos sócio-econômico-culturais que a possam tornar estruturalmente heterogênea.

O modelo da determinação social da doença, em corroboração aos conhecimentos das ciências sociais, enriqueceu a teoria epidemiológica. Suas contribuições favoreceram comprovar o caráter social (e neste, o papel do trabalho) do processo saúde/doença, a

reconstrução do objeto de estudo como um processo coletivo e a estruturação de uma nova proposta de determinação sustentada por uma teoria social (JACQUES, 2003).

Guimarães (2005) refere que estudos feitos a partir da Epidemiologia são reconhecidos e difundidos no Brasil por vários estudiosos, entre outros, destaca-se Pitta (1994) com o intuito de identificar e descobrir quadros psicopatológicos associados a determinadas categorias profissionais.

Na perspectiva diagnóstica, a Classificação das Doenças Relacionadas com o Trabalho, prevista na Legislação Brasileira do Ministério da Saúde (MS) baseia-se na proposta de Schilling (1984 *apud* BRASIL, 2001) que as distribui em três grupos: Grupo 1, no qual o Trabalho é causa necessária, tipificada pelas doenças profissionais, derivadas da exposição a substâncias químicas tóxicas e a agentes físicos como o ruído; Grupo 2, Trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais, e para as quais, onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. É o caso da hipertensão arterial e das neoplasias malignas; Grupo 3, Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existentes, ou seja, com causa. A etiologia da doença é múltipla ou causada por múltiplos fatores de risco, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Na lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (Grupo V da CID-10), de acordo o Ministério da Saúde, com a Portaria n. 1.339/1999, dentre as doenças mentais destacadas estão: Demência, *Delirium*, Transtorno Cognitivo Leve, Transtorno Orgânico de Personalidade, Transtorno Mental Orgânico, Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho, Episódios Depressivos, Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT), Neurastenia, outros Transtornos Mentais Especificados, Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a fatores Não-Orgânicos, Sensação de Estar Acabado (Síndrome de *Burn-out* ou Síndrome do Esgotamento Profissional) (BRASIL, 2001).

2.3.2.4 Subjetividade e Trabalho

O trabalhador é analisado a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho. Nesse sentido, no Brasil, estudos e pesquisas datam dos anos 1980, têm

como principais expoentes Seligmann-Silva (1994 *apud* JACQUES, 2003), e o Trabalho como eixo norteador para além do seu carácter técnico e econômico, cujo significado ultrapassa a estrutura socioeconômica, a cultura, os valores e a subjetividade dos trabalhadores. Enfatizam-se as vivências, o cotidiano e os modos de ser e não os diagnósticos psicopatológicos. Valorizam-se também os aspectos qualitativos e da experiência em si que acompanham os processos de adoecimento associados ao trabalho executado pelos trabalhadores (JACQUES, 2003). A metodologia empregada em Subjetividade e Trabalho destaca abordagens qualitativas por meio de técnicas de observação, entrevistas individuais e coletivas, análises de documentos, entre outras, para buscar o conhecimento das vivências de sofrimento e adoecimento, sem privilegiar, especificamente, os diagnósticos clínicos, definindo assim, os modos de subjetivação relacionados ao trabalho.

Cabe enfatizar que, neste estudo, o referencial proposto por Guimarães (2005), será adotado como base conceitual, evidenciando as seguintes abordagens: a Teoria do *Work Stress* e a de base Epidemiológica e/ou Diagnóstica.

2.3.3 Causas do estresse ocupacional

Segundo Leka, Griffiths e Cox (2003), o estresse ocupacional se origina da forma como o Trabalho é planejado e gerenciado pela organização, a saber: as pressões e demandas excessivas não gerenciáveis, as condições de trabalho insatisfatórias, a falta de apoio e de controle sobre o trabalho. Esses aspectos possuem o potencial de causar danos e, portanto, são chamados de “perigos relacionados ao estresse”, que são classificados em nove categorias de acordo com o conteúdo e o contexto do trabalho:

1. Conteúdo de trabalho;
2. Conteúdo do Emprego: execução de tarefas monótonas e sem estímulo, falta de variedade, tarefas desagradáveis e ou aversivas;
3. Carga e Ritmo de trabalho: ter o que fazer de mais ou de menos e trabalhar sob pressão de tempo;
4. Horas de trabalho: horários inflexíveis ou rígidos, horas não sociais e longas, horas imprevisíveis e sistemas de turnos mal planejados;

5. Participação e Controle: falta de participação na tomada de decisões e falta de controle como em ritmo, horas, ambiente de trabalho.
6. Contexto de trabalho:
 - a) Desenvolvimento, Situação e Salário: insegurança no trabalho, falta de perspectiva de promoção, promoção acima ou abaixo da capacidade, trabalho de “baixo valor social”, esquemas de pagamentos por produtividade, sistemas de avaliações de desempenho injustos ou não claros, ser qualificado acima ou abaixo da capacidade para o trabalho;
 - b) Função na Organização: função não clara, funções em conflito dentro do mesmo trabalho, ter responsabilidades e lidar continuamente com pessoas e seus problemas;
7. Relacionamentos Interpessoais: supervisão sem apoio, sem consideração ou inadequada, mau relacionamento com colegas de trabalho, ameaça, assédio e violência, trabalho solitário ou isolado e sem procedimentos concordados para enfrentar problemas ou reclamações;
8. Cultura Organizacional: má comunicação, má liderança e falta de clareza sobre a estrutura e os objetivos organizacionais;
9. Interface trabalho-Casa: demandas no trabalho e na casa em que há conflito, falta de apoio para os problemas domésticos no trabalho e falta de apoio do trabalho em casa.

As condições que podem causar estresse no trabalho são as seguintes (SAUTER *et al.*, 1998):

- a) Desenho do trabalho: trabalho pesado, descansos infreqüentes, turnos e horas de trabalho excessivo, trabalho agitado e rotina com tarefa insignificante, que não fazem uso das habilidades dos trabalhadores e sentimento de ausência de controle por parte dos trabalhadores;
- b) Estilo de Administração: falta de participação dos trabalhadores na tomada de

decisões, falta de comunicação na organização e falta de política que favoreça a vida familiar;

- c) Relações Interpessoais: ambientes sociais desfavoráveis e falta de apoio e ajuda de colegas e supervisores;
- d) Papel do trabalho: expectativas do trabalho mal definidas, excesso de responsabilidades e funções;
- e) Preocupações da Carreira: insegurança no trabalho e falta de oportunidade para crescimento pessoal, mudanças rápidas a que os trabalhadores não estão preparados;
- f) Condições Ambientais: Condições desagradáveis e perigosas, como ruídos, contaminação do ar, problemas ergonômicos, entre outros.

Guimarães e Freire (2004) dizem que não existe uma medida objetiva do estresse ocupacional para as múltiplas condições ocupacionais que aumentam o risco de enfermidade para o trabalhador, devido à grande disparidade individual na valorização e nas reações estressantes, bem como nas formas de superação.

O estresse pode ocorrer em várias circunstâncias do trabalho, mas seu agravamento ocorre frequentemente quando os trabalhadores sentem que têm pouco apoio dos seus superiores e colegas e pouco controle sobre o mesmo ou sobre como enfrentar as pressões e demandas do contexto do trabalho.

2.3.4 Conseqüências do estresse ocupacional

O estresse pode acarretar inúmeras conseqüências para o trabalhador, para a organização e para a sociedade como um todo. Quase todas as pessoas, em algum momento da vida, já experimentaram estresse relacionado ao trabalho. Frente a uma situação estressora, o tipo de resposta é individual, dependendo não apenas da magnitude ou freqüência do estressor, mas também de aspectos ambientais e genéticos. A capacidade de interpretar, avaliar e elaborar estratégias de enfrentamento pode ser influenciada pela genética (MARGIS *et al.*, 2003).

A avaliação por parte da pessoa permite determinar se o estressor é positivo ou negativo, avaliar suas conseqüências e quais estratégias de enfrentamento a ser usada. Elas podem ser classificadas em duas categorias, quanto à resolução do problema: a) modificar o problema que causa estresse e b) modificar a resposta emocional (LAZARUS; FOLKMAN, 1987 *apud* LAUTERT *et al.*, 1999).

Segundo Levi (2002), mais da metade dos 147 milhões de trabalhadores europeus admitem trabalhar sobre considerável pressão. Mais de um terço destes trabalhadores não tem a liberdade de organizar suas tarefas, e mais de um quarto não tem o poder de opinar nas decisões acerca dos padrões de trabalho. Além disso, 45% dizem executar tarefas monótonas e 50% tarefas curtas e repetitivas. Um em cada três trabalhadores (mais de 40 milhões de pessoas) garante já ter sofrido estresse no trabalho (COX; GRIFFITHS; RIAL-GONZÁLEZ, 2000).

Os custos provenientes do estresse relacionados ao trabalho chegam a 20 bilhões de euros anualmente, dentro da União Européia (UE). O *International Labour Office* (ILO) declara que o custo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, incluindo o estresse, representa 3% do Produto Interno Bruto (PIB) da UE.

Na Espanha, a 4ª *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* realizada pelo *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* revela que do número total de consultas médicas solicitadas pelos trabalhadores no último ano, 20% foram devidas a acidentes relacionados ao trabalho e, que desta porcentagem 4,6% foram relacionadas ao estresse (APARÍCIO, 2002).

Países como a Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Holanda, Reino Unido, Grécia, focam-se em medidas estratégicas em três níveis, para a redução do estresse:

- a) A coleta e análise de conhecimento sobre o estresse relacionado ao trabalho e suas conseqüências;
- b) O intercâmbio de experiências e boas práticas, para que cada país possa aprender com a experiência do outro; e
- c) O desenvolvimento de novos instrumentos e métodos para tratar e combater o estresse relacionado ao trabalho.

Os problemas de estresse somente podem ser resolvidos através de um diálogo social e um processo de trabalho inovador e construtivo entre os funcionários e os gerenciadores de cada instituição.

2.3.4.1 Conseqüências do estresse ocupacional para o trabalhador

O estresse afeta diferentes pessoas de diferentes maneiras, dificultando a manutenção harmoniosa entre a vida dentro e fora do trabalho. Em casos extremos, o estresse a longo prazo pode culminar em problemas psicológicos e conduzir a desordens psicológicas, resultando na ausência do trabalho e impedindo que o trabalhador trabalhe novamente, bem como em problemas físicos. Dos efeitos deletérios para a saúde, as doenças cardiovasculares, músculo-esqueléticas, suicídio, câncer, úlceras e funções imunes afetadas e depressão entre outras, são as que possuem uma relação estreita com o estresse (GUIMARÃES; FREIRE, 2004; SAUTER *et al.*, 1998).

Numa revisão de literatura feita por Murta e Tróccoli (2004, p. 40), os autores referem que o estresse ocupacional tem sido considerado a causa de risco para:

[...] doenças coronarianas em motoristas de ônibus, *Burnout* em trabalhadores de educação, afecções músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho em usuários de terminais de vídeo, desordens de coluna, ombro e pescoço em trabalhadores de silvicultura, absenteísmo e *turn over* em enfermeiros e, outros sintomas como: cefaléia, problemas gástricos, desordens do sono, irritabilidade e perda de concentração.

Margis *et al.* (2003) estudaram a relação entre estressores, estresse e ansiedade e concluíram que existe uma relação causal entre os eventos de vida estressores (acontecimentos dependentes ou independentes da participação da pessoa) e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão. O estresse no trabalho a que estão expostos os profissionais de saúde contribui para o aumento da sintomatologia de depressão e ansiedade (ANGELINI; CASCIO; PAPA, 2000; PÉREZ SAN GREGORIO *et al.*, 2003).

Para Leka *et al.* (2003) quando afetadas pelo estresse, as pessoas podem:

- a) Tornarem-se angustiadas e irritadas;
- b) Tornarem-se incapazes de relaxar ou se concentrar;

- c) Terem dificuldades de pensar logicamente e tomarem decisões;
- d) Sentirem-se cansadas, deprimidas e ansiosas;
- e) Terem dificuldades para dormir;
- f) Gostarem menos de seu trabalho e sentirem menos comprometidas com ele; e
- g) Terem sérios problemas físicos, como problemas cardíacos, desordens do aparelho digestivo, aumento de pressão sanguínea, dores de cabeça, desordens dos músculos e dos ossos (tais como dores na base da coluna e desordens dos membros superiores).

Segundo Levi (2002), as conseqüências do estresse são comuns aos 15 países membros da UE, mais da metade de 160 milhões de trabalhadores relatam que trabalham muito rápido (60%), mais de um terço não tem influência na ordem de seqüências das tarefas e 40% relatam que possuem tarefas monótonas. O resultado de tais condições de trabalho contribui para uma saúde deficitária: 15% dos trabalhadores referem dores de cabeça, 23% dores na nuca e ombros, 23% fadiga, 28% estresse e 33% dores nas costas.

Todos os trabalhadores são vulneráveis ao estresse relacionado ao trabalho, dependendo das tensões às quais estão expostos. As conseqüências individuais estão presentes nos comportamentos, evidenciadas pelo uso excessivo de tabaco, álcool ou drogas, violência, assédio moral; no estado psicológico, pelo transtorno do sono, ansiedade, depressão, impossibilidade de concentração, irritabilidade, problemas no relacionamento familiar, esgotamento; e na saúde, pelos problemas lombares, problemas cardíacos, úlceras pépticas, hipertensão arterial, sistema imunológico em crise (AGÊNCIA EUROPÉIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO, 2002).

2.3.4.2 Conseqüências do estresse ocupacional para a organização

Independente do número de trabalhadores ou da ocupação exercida, o estresse no trabalho pode comprometer a saúde e o desempenho da organização. Uma organização não saudável não consegue obter o melhor de seus trabalhadores, comprometendo sua sobrevivência e seu desempenho no mercado competitivo.

Observa-se, como principal conseqüência do estresse nas equipes de trabalho, o absenteísmo, a redução da eficácia, a rotatividade de pessoal, o que prejudica o desempenho e a produtividade; o aumento de práticas de trabalho não seguras e taxas de acidentes; aumento de reclamações de clientes, aumento da responsabilidade por processos judiciais de funcionários estressados e deterioração da imagem da organização, tanto entre seus funcionários, quanto externamente (LEKA *et al.*, 2003).

Corroborando essas afirmativas, Miyazaki e Nagamine (2005) referem-se ao absenteísmo, queixas e processos de pacientes contra profissionais e contra as instituições, queda na produtividade do atendimento, entre outros problemas, como problemas relacionados às conseqüências do estresse no trabalho.

Nessa direção, outro conceito que vem sendo utilizado para a ampliação do entendimento dessa questão é o **presenteísmo***. Acreditava-se, até então, que a perda na produtividade estava associada somente às faltas ao trabalho. Sabe-se atualmente que isso também acontece quando se comparece ao trabalho com algum problema de saúde.

São descritos basicamente dois conceitos de presenteísmo. O primeiro envolve uma visão em saúde ocupacional, utilizada particularmente na Europa e que reflete a propensão do trabalhador em permanecer trabalhando, mesmo doente, havendo uma relação com a organização e as condições de trabalho. O segundo, mais utilizado nos Estados Unidos, é resumido por Chapman (2001, p. 2) como “[...] a extensão (mensurável) em que os sintomas, condições e doenças afetam negativamente a produtividade no trabalho de pessoas que decidem permanecer no trabalho”.

Desse modo, essa visão tem caráter individual, e objetiva abordar cada situação visando à melhoria da produtividade. Devem-se analisar as condições de saúde relacionadas ao presenteísmo, mas não deixar de avaliar as questões básicas relacionadas à estrutura, à organização do trabalho e às relações interpessoais.

Nesse sentido, a Agência Européia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002) considera como conseqüência do estresse relacionado ao trabalho para a organização os seguintes aspectos:

* Em grifo para destaque, dado que é um conceito utilizado recentemente.

- a) Participação. Absenteísmo, nível elevado de rotação do pessoal, desrespeito do horário de trabalho, problemas disciplinares, assédio, comunicação agressiva e isolamento;
- b) Desempenho. Diminuição da produção ou da qualidade do produto ou do serviço prestado, acidentes, tomadas de decisão ineficazes;
- c) Custos. Despesas maiores com compensações ou despesas de saúde mais elevadas, recurso aos serviços de saúde.

Ainda, segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002) o estresse relacionado ao trabalho pode conduzir além dos citados anteriormente, problemas tais como depressão, ansiedade, nervosismo, fadiga e problemas cardíacos, além de causar também distúrbios consideráveis ao nível da produtividade, criatividade e competitividade.

2.3.5 Estresse em profissionais de saúde

Independentemente do nível de atenção à saúde, seja primária, secundária ou terciária e da especialidade, os profissionais da saúde estão expostos, em maior ou menor grau, ao estresse ocupacional. Profissões da área da saúde são potencialmente mais estressantes, quando comparadas a outras (AGUIAR *et al.*, 2000; MIYAZAKI; NAGAMINE, 2005), por lidarem com dor, sofrimento e morte, o que interfere diretamente na organização, na gestão e nas condições do trabalho.

Alguns estudos anteriores concluíram que o estresse ocupacional pode cooperar para a deterioração da saúde; no entanto determinados contextos de trabalho contribuem para desencadear o processo do estresse e a possibilidade do desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*⁷ com mais facilidade, como as Unidades de alto risco (*e.g.*, Unidades de Terapia Intensiva – UTI, Serviço de Urgência, Unidades de Transplantes, Unidades de hemodiálises, entre outros). Profissionais desses setores sofrem mais de transtornos depressivos e absenteísmo no trabalho devido à gravidade dos pacientes, à lentidão e falta de respostas

⁷ Síndrome de *Burnout* é uma síndrome psicológica caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal relacionadas com o trabalho (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

terapêuticas, complicações da evolução do tratamento, risco permanente de morte, irreversibilidade das conseqüências por falha técnica e diante da impotência terapêutica em muitas situações (PÉREZ SAN GREGORIO *et al.*, 2003).

Moore e Cooper (1996 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 1999) comentam que os profissionais de saúde, principalmente da área da saúde mental, estão à mercê de estressores organizacionais similares aos outros trabalhadores. Porém eles estão envolvidos em uma exigência emocional adicional em virtude da natureza profissional, ao lidarem com pessoas com problemas por períodos longos de tempo.

Para Trucco *et al.* (1999), os profissionais de instituições de saúde são descritos com os maiores riscos de estresse ocupacional. Quando o estresse se torna crônico, pode ocorrer a SB, prejudicando o bem-estar do profissional e gerando perda da produtividade para a organização. Estes autores salientam que as condições do trabalho afetam indiretamente a saúde mental de homens e mulheres, e os fatores estressantes diferenciam-se entre homens e mulheres; portanto devem ser estudados separadamente.

Outras variáveis de relevância investigativa do estresse que afetam o profissional da saúde, segundo Arnetz (1997 *apud* TRUCCO *et al.*, 1999) e Trinkoff e Storr (1998 *apud* TRUCCO *et al.*, 1999), são a profissão e o *status* profissional, a interação entre diferentes grupos, a idade e a etapa da carreira profissional.

2.3.5.1 Estresse em médicos

Lidar com vidas em situação de fragilidade, que envolvam riscos vitais e necessitem continuamente de tomada de decisões, expõe o médico a um maior desgaste físico e psicológico ao longo de sua profissão, sendo o seu trabalho uma atividade geradora de estresse e, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de realização (PITTA, 1994).

O complexo processo adaptativo requerido frente a estressores inerentes à prática médica pode ser elaborado pelo médico de diferentes maneiras, dependendo do indivíduo e dos mecanismos e recursos defensivos usados por ele. Os médicos emocionalmente desajustados mostram adaptações falhas, expressas por características comportamentais: impermeabilidade frente às emoções e sentimentos, isolamento social, negação ou minimização dos problemas relativos à profissão, ou seja, das limitações, incertezas,

dificuldades e complexidades da tarefa médica, ironia e humor negro, atitude negativa frente aos cuidados relativos à sua própria saúde (NOGUEIRA-MARTINS *et al.*, 1991).

O profissional é submetido ao estresse desde sua formação. Para Nogueira-Martins e Jorge (1998), os residentes médicos são submetidos a diversos tipos de estresse durante o treinamento, o que pode produzir conseqüências danosas tanto para si mesmos quanto para a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Segundo os mesmos autores, existem diversos tipos de estresse que podem ocorrer na Residência Médica: o estresse profissional, o situacional e o pessoal, causados por fatores oriundos da carga de trabalho, da privação de sono, da responsabilidade profissional, das mudanças frequentes nas condições de trabalho e da competição entre os demais residentes.

Silva (2001) relata que estudos da morbidade entre os trabalhadores de saúde indicam, entre as profissões de nível superior, a profissão médica encabeçando a lista de algumas patologias, tais como o alcoolismo, o estresse, a depressão, sendo que muitos médicos fazem uso de psicotrópicos e outras drogas. Para os médicos, o estresse se relaciona ao risco de suicídio, ao abuso de álcool e drogas, o que pode ter seu início já durante a graduação (MIYAZAKI; NAGAMINE, 2005).

Um estudo realizado por Lert, Chastang e Castano (2001) avaliou o estresse e a satisfação relacionada ao trabalho médico e o impacto sobre o bem-estar psicológico de médicos que trabalham com pacientes portadores de HIV/AIDS em hospitais da França. Uma amostra de 670 médicos (65,4% de participação) respondeu anonimamente a três questionários: a) *Consultants Mental Health Questionnaire*, medindo o estresse, a satisfação e as reações ao estresse no trabalho, b) o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), medindo a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal e o c) *General Health Questionnaire* (GHQ-12) para aferir a saúde geral.

No estudo acima, para 45% dos respondentes, o trabalho com pacientes portadores de HIV/AIDS representa menos de 25% de suas atividades. Um maior tempo de trabalho e a proporção do trabalho médico com pacientes portadores de HIV/AIDS não aumentaram o estresse ou a satisfação no trabalho. Constatou-se a relação entre a sobrecarga de trabalho e o estresse derivado do relacionamento social do trabalho como principal preditor de estresse, de exaustão emocional e de despersonalização.

Para avaliar a relação do estresse ocupacional e a satisfação no trabalho dos médicos do Hospital Universitário dos Andes, Venezuela, os pesquisadores D'Anello, Marcano e Guerra (2003) utilizaram a Escala *ETRA* (*Estrés en el Trabajo*) para medir o estresse no trabalho e a Escala *SATRA* (*Satisfacción en el Trabajo*) para medir a satisfação no trabalho em médicos de diferentes especialidades (N = 52) e estudantes do último ano de Medicina (N = 21). Ao comparar esses dois grupos, não encontraram diferenças significativas quanto ao estresse total; no entanto, os estudantes apresentaram pontuações mais altas que os médicos clínicos na dimensão do estresse denominada “interferência no desempenho das funções”. Para a amostra total, o aspecto mais estressante foi a “interferência no desempenho das funções”, seguida pela “sobrecarga de trabalho”, “conflitos nas relações interpessoais” e “conflito de papéis”. Concluíram que o estresse esteve associado negativamente com a satisfação no trabalho e que os estudantes da área de emergência estão menos satisfeitos no trabalho que os médicos especialistas.

Na Bélgica, Nyssen *et al.* (2003), estudaram o estresse ocupacional e o *Burnout* em médicos anestesistas. Foi encontrado um nível médio (50,6) de estresse o qual não foi superior ao resultado de outras populações de trabalhadores. As três principais fontes geradoras de estresse encontradas foram relacionadas à ausência de controle na administração, no planejamento e nos riscos do trabalho, categorizados em cinco grupos: 1) organização do trabalho (35%); 2) dificuldades nas situações do trabalho (25%); 3) conflitos nas relações interpessoais (17%); 4) incerteza e pressão na responsabilidade (16%); e 5) preocupação com vida profissional (7%). Esses profissionais ainda relataram ter um grande poder e compromisso com o trabalho, bem como alto desafio e satisfação, embora 40,4% deles tenham referido sofrer um alto nível de exaustão emocional, sobretudo aqueles com idade inferior a 30 anos.

Visser *et al.* (2003) também estudaram o estresse, a satisfação e o *Burnout* entre médicos especialistas na Holanda. A amostra foi composta por psiquiatras (13%), clínicos (9%), anestesistas (7%), cirurgiões (7%), pediatras (7%), radiologistas (6%), neurologistas (5%), ginecologistas (5%) e outras especialidades (41%). Destes, 55% relataram experienciar níveis altos ou muito altos de estresse, e 81%, níveis altos ou muito altos de satisfação no trabalho. As características pessoais tiveram uma relação mínima com os níveis de estresse e satisfação, mas as características do trabalho tiveram uma pequena contribuição para o estresse e a satisfação. O estresse e a baixa satisfação no trabalho apareceram como principal

preditor da exaustão emocional, sendo ainda inferior à média dos demais profissionais de saúde da Holanda.

Whitley (1994) realizou um estudo entre médicos de serviços de emergência para aferir os níveis de estresse e depressão e determinar a frequência com que eles têm a intenção de abandonar a especialidade. As mulheres apresentaram maiores índices de estresse e depressão do que os homens, e os profissionais casados, menores níveis que os solteiros. Mais da metade da amostra respondeu já ter considerado a possibilidade de abandonar a especialidade e apresentou altos níveis de estresse e sintomas de depressão.

Nascimento Sobrinho *et al.* (2006) estudaram as condições psicossociais de trabalho e a Saúde Mental de 350 médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Constatou-se excesso de trabalho, em média duas inserções de trabalho por médico, e sobrecarga de trabalho, principalmente para aqueles que trabalham em regime de plantão. A remuneração foi considerada satisfatória, embora, para usufruir desse resultado financeiro, faz-se necessária uma grande sobrecarga, com baixa remuneração por hora trabalhada. Observa-se, ainda, uma elevada frequência de trabalho informal por procedimento, especialmente no setor privado com redução do assalariado, relacionado à subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico, especialmente no setor privado, mas existente também no setor público.

No estudo acima, entre os problemas referentes à saúde mental relacionados às características do trabalho, os autores identificaram sobrecarga de trabalho, principalmente, em regime de plantão. Detectou-se uma elevada prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (26%), mais elevada do que em outras categorias profissionais, mais associada a aspectos da demanda psicológica do Trabalho do que ao controle deste por parte dos médicos. Obteve-se também uma prevalência de alcoolismo, aferida pelo *screening* CAGE (instrumento de triagem de alcoolismo) igual ou mais elevada que a de outras categorias de profissionais.

Numa pesquisa realizada por Meleiro (1991) com o objetivo de realizar um estudo sobre doenças psiquiátricas em médicos, verificou-se que a prevalência de doenças afetivas era superior à da população em geral (15%).

Tenório (1992 *apud* SILVA, 2001) estudou a saúde geral de uma amostra de 200 médicos plantonistas e constatou que 52% deles apresentavam distúrbios cardiovasculares; 60% referiam ter insônia, irritabilidade e depressão, dos quais 43% faziam uso de

tranquilizantes; 38% queixavam-se de impotência sexual após a jornada de trabalho prolongada; e 43% atribuíam o estresse ocupacional aos conflitos familiares. O maior número de afastamentos e causa de dias de trabalho perdidos, foi decorrente de doenças cardiovasculares.

Para Castresana (2003), os profissionais da área da saúde mental são os mais afetados pelo estresse. A frustração e a ambigüidade sofridas são fruto do cuidado aos pacientes difíceis e dos cuidados dispensados aos aspectos emocionais. Para o autor, os psiquiatras estão entre os profissionais da saúde que apresentam maiores índices de suicídio.

Cabe ressaltar que a taxa de suicídio entre médicos é superior à da população geral. Esses profissionais têm acesso aos meios letais, além de conhecê-los bem, e o conhecimento farmacológico permite que qualquer tentativa de suicídio com ingestão de medicamentos seja bem sucedida (MELEIRO, 1991).

A pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” (MACHADO *et al.*, 1996 *apud* SILVA, 2001) realizada pela FIOCRUZ revela resultados preocupantes quanto à realidade do trabalho médico: 80,4% deles sentem-se desgastados em suas atividades, acumulam vários empregos, têm carga horária extensa (12 a 14 horas diárias), vivem em processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, e mais da metade vê o futuro da profissão com pessimismo e incerteza.

Silva (2001) realizou uma pesquisa para caracterizar o desgaste profissional no estado de Goiás, Brasil, a partir da pesquisa da FIOCRUZ (MACHADO *et al.*, 1996 *apud* SILVA, 2001), visando conhecer detalhadamente quem são os médicos “desgastados”, tendo como pressuposto que o desgaste atua como mediador no processo saúde-doença. Procedeu-se a novos cruzamentos de informações da variável desgaste profissional com algumas variáveis sócio-demográficas de formação técnico-científica e de mercado de Trabalho. Os resultados mostraram um desgaste profissional de 83,8%, mais acentuado nos profissionais jovens, plantonistas, residentes nas capitais, atuantes no setor privado, em atividades burocráticas e que recebiam baixa remuneração.

2.3.5.2 Estresse em profissionais de enfermagem

A profissão de enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a

quarta profissão mais estressante no setor público (COOPER; MITCHEL, 1990 *apud* STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). A literatura aponta alguns fatores de risco do ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os quais se destacam: sobrecarga de trabalho; excesso de atividades executadas; dificuldade de delimitar papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares; baixo salário; dificuldades no relacionamento interpessoal; e falta de reconhecimento social (MUROFUSE, 2004; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; LAUTERT *et al.*, 1999).

O trabalho do profissional de enfermagem é caracterizado por ambientes insalubres, pela ausência permanente de recursos humanos e materiais, pela utilização de tecnologia de procedimentos avançados, pela excessiva responsabilidade, pela exigência de inovação e qualidade de cuidados prestados, muitas vezes não acompanhado da valorização necessária para tal atuação. Diante desse quadro, pode-se observar um crescente desinteresse dos enfermeiros pela profissão e, como resultado, a propensão a situações de insatisfação e estresse no trabalho (MUROFUSE *et al.*, 2005; GUIDO, 2003).

Essas observações corroboram os apontamentos de Robazzi e Marziale (1999) ao relatarem que os profissionais de enfermagem podem trabalhar em condições penosas e desagradáveis pela necessidade de rodízios em escalas de plantões; trabalho ininterrupto, turnos alternados; realização de horas extras; salários incompatíveis com a dignidade de suas atividades, contribuindo para o duplo ou triplo emprego. Os profissionais se deparam com os dilemas e dores alheios e com o sofrimento e demais problemas do ambiente de trabalho, tentando mostrar uma postura profissional equilibrada, em relação ao outro que recebe seus cuidados.

Pitta (1994) afirma que os profissionais da saúde, habitualmente fazem uso de mecanismos de defesa estruturados socialmente como forma de proteger-se dos sentimentos de piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, ódio e ressentimento contra os pacientes e até mesmo inveja ao próprio cuidado prestado a eles, e das situações de trabalho indesejáveis.

Beck (2000 *apud* LINO, 2004), aponta as atitudes de sublimação e banalização do sofrimento no exercício profissional, a negação e o estado de alerta permanente como estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem de áreas críticas frente às situações emocionais decorrentes do processo de trabalho.

Independente da ocupação do enfermeiro, os estressores são comuns e refletem a

cultura das causas e conseqüências que estão proporcionando no exercício da profissão (MUROFUSE *et al.*, 2005). Nos estudos de âmbito internacional, não há um consenso a respeito de locais críticos de atendimento, como fontes de maiores níveis de estresse. Dois estudos nacionais isolados induzem o entendimento de que algumas áreas de ocupação sofrem em níveis mais acentuados (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

De acordo com Stacciarini e Tróccoli (2001), as diferentes ocupações do profissional de Enfermagem compreendidas em assistenciais, administrativas e docência, sugerem um quadro heterogêneo no que se refere aos problemas enfrentados pela categoria, e alguns podem ser consideradas como favoráveis ao estresse, existindo estressores diversos. Entre eles, número reduzido de profissionais no atendimento à saúde em relação ao excesso de atividade que realizam, dificuldade em limitar papéis entre as categorias e ausência de reconhecimento, entre o público em geral, de quem é o profissional enfermeiro.

Murofuse *et al.* (2005) investigaram as fontes de estresse na atividade gerencial do enfermeiro que trabalha no hospital e as principais alterações que o estresse pode causar na saúde deste profissional. De uma amostra composta por 207 profissionais, 48% dos enfermeiros referiram estresse na atividade gerencial. A fonte que determinou a maior estimativa de risco relativo de estresse foi a sobrecarga de trabalho (5,9), seguida pelas situações críticas (5,09), conflitos de funções (5,04), relacionamento interpessoal (3,38) e gerenciamento de pessoal (3,66). O estresse desencadeado pela atividade gerencial do enfermeiro no hospital propicia alterações em sua saúde, com destaque para as doenças imunológicas e músculo-articulares, cardiovasculares e gastrintestinais. Estimou-se que as situações críticas causam cinco vezes mais estresse na atividade gerencial e se correlacionam com as interações imunitárias, músculo-articulares e cardiovasculares.

Stacciarini e Tróccoli (2001), ao estudarem o estresse na atividade ocupacional do enfermeiro, constataram elementos estressores percebidos por estes profissionais em diferentes cargos ocupacionais, como: recursos inadequados e relações interpessoais, o objetivo final do trabalho, tanto no âmbito assistencial, administrativo e docente e cobranças, e poder de decisão pela organização para os profissionais administrativos e docentes. As diferentes profissões foram identificadas como estressantes de acordo com a percepção da amostra, não contemplando se há uma função ocupacional ou especialidade mais estressante do que outra.

Martín *et al.* (1997 *apud* PÉREZ SAN GREGORIO *et al.*, 2003) concluíram que os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de urgência sofrem mais de estresse do que os profissionais que trabalham em diferentes setores de um hospital. Acreditam que tarefas associadas a casos graves, impossibilidade de previsão e demanda de atuação urgente sejam responsáveis por esse resultado.

As Unidades de Terapia Intensiva são consideradas potencialmente estressantes para o trabalho de enfermeiro; no entanto, Stehle (1980 *apud* VIEIRA *et al.*, 1999) realizou uma revisão na literatura e constatou que estas não são mais estressantes do que os outros tipos de locais de trabalho. Observou-se ainda, na maior parte dos estudos revisados, a ausência de bases teóricas, a implementação de estratégias interventivas e a avaliação de intervenções.

Essas observações também podem ser confirmadas no estudo de Goodfellow *et al.* (1997) que constataram não ser o trabalho em si considerado uma fonte significativa de estresse para uma equipe de enfermeiros de UTIs. Em contrapartida, constatou-se que aspectos do trabalho associados à carreira, à realização profissional e à estrutura organizacional são mais estressantes do que para o restante da população trabalhadora.

Lino (2004), investigando a qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de UTIs, detectou, na avaliação da qualidade de vida, o domínio de saúde como o mais comprometido entre todos. As enfermeiras com melhores níveis de satisfação profissional apresentam os melhores níveis de qualidade de vida, influenciados pela qualidade de sono e as atividades que realizavam nas UTIs.

Guido (2003) estudou os agentes estressores na atuação dos enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica e as estratégias de *coping* utilizadas por eles, por meio de formulário para caracterização de atividades diárias e do inventário de estratégias de *coping*. Segundo a avaliação subjetiva e individual dos profissionais, 70,7% dos entrevistados percebem-se estressados ao atuar em centro cirúrgico e recuperação anestésica e têm, como fonte estressora (41,9%), as condições de trabalho em centro cirúrgico, independente do cargo ocupado. A estratégia de *coping* mais usada pelos enfermeiros é a resolução de problemas.

O trabalho de equipes de enfermagem que lidam com pacientes com câncer, segundo Wilkinson (1994), é potencialmente estressante. No entanto os resultados de vários estudos são inconsistentes quanto às causas e níveis de ansiedade dos profissionais. Esta autora constatou que a maioria de enfermeiros que lida com esse tipo de paciente possuía altos níveis

de satisfação no trabalho e não experienciava níveis significativos de estresse, mas os índices de ansiedade variavam em detrimento do tempo de experiência.

Com o objetivo de avaliar a morbidade psiquiátrica na equipe de enfermagem do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher de um Hospital-escola, Guimarães *et al.* (1996 *apud* VIEIRA *et al.*, 1999) constataram uma alta prevalência, em torno de 50% da amostra, com problemas psico-emocionais. Nesse mesmo estudo, foi possível confirmar a relação existente entre esse resultado e o clima organizacional e as relações de trabalho insatisfatórias que intensificam o desgaste físico e psicológico do trabalhador, resultando em fator desencadeante do estresse.

Murofuse (2004), em estudo sobre o adoecimento entre trabalhadores de enfermagem, constatou o acometimento dos profissionais por problemas de saúde distribuídos nos seguintes grupos: fatores que influenciam o estado de saúde (20,15%), doenças do sistema ortomuscular (11,83), transtornos mentais e comportamentais (11,4), doenças respiratórias (10,69), doenças do aparelho circulatório (8,62%) e lesões, envenenamento e causas externas (8,25%). Esses diagnósticos, quando comparados às doenças relacionadas ao trabalho (categorizadas pelo Ministério da Saúde), demonstraram que a força de trabalho da Enfermagem está sendo consumida por patologias, denominadas de doenças da modernidade, que afetam seus corpos e mentes, entre as quais estresse, angústia, depressão, alcoolismo, LER/DORT, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio.

Um estudo realizado por Feskanich *et al.* (2002), examinando a associação entre o estresse percebido, o uso de *Diazepam* (medicamento ansiolítico) e a morte por suicídio entre enfermeiras, concluiu existir relação entre o estresse e o suicídio. Entre aquelas que relataram um mínimo de estresse, existe um risco excessivo para o suicídio o qual pode ser atribuído à uma depressão mascarada, não diagnosticada, ou até mesmo negada, ou outros fatores não identificados.

2.3.6 Prevenção do Estresse no trabalho

De acordo com Leka *et al.* (2003), o risco de estresse no trabalho pode ser diminuído de diversas formas, entre elas destacam-se:

- a) Prevenção Primária: redução do estresse através da ergonomia, definição de local de trabalho e ambiente, aperfeiçoamento da organização e da gestão;
- b) Prevenção Secundária: redução do estresse por meio de educação e capacitação dos trabalhadores;
- c) Prevenção Terciária: redução dos efeitos do estresse através do desenvolvimento de sistemas de gestão mais sensíveis e com maior capacidade de resposta e melhoria na prestação serviços de saúde ocupacional.

A própria organização de trabalho gera diferentes tipos de riscos. A prevenção terciária deve envolver a prestação de serviços em saúde ocupacional eficiente e com capacidades de resposta. Assim, nos dias atuais, uma gestão em estresse no trabalho deve englobar a prevenção terciária. Um bom empreendedor define e gestiona o trabalho de forma que pode evitar os fatores de riscos do estresse mais freqüente e previne-se, na medida do possível, dos problemas previsíveis.

A seguir, no Quadro 1, são mostradas as características bem estabelecidas de trabalho que servem para evitar ou reduzir o estresse no trabalho.

QUADRO 1 - Características bem estabelecidas do Trabalho

Características	Descrição
Práticas e estruturas institucionais claras	– Deve-se proporcionar aos funcionários informações claras sobre a estrutura, finalidade e práticas da organização.
Seleção, capacitação e perspectivas profissionais adequadas	<ul style="list-style-type: none"> – As competências, conhecimentos e capacidades de cada funcionário devem-se ser correspondido na medida do possível com as necessidades de cada local de trabalho. – Os candidatos a um local de trabalho ser avaliados em função dos requisitos deste local de trabalho. – Em caso necessário deve-se proporcionar a capacitação oportuna. – A supervisão e assessoramento eficazes são importantes e podem contribuir para proteger os funcionários contra o estresse.
Descrição do local de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> – A descrição do local do trabalho dependerá da interpretação da política, dos objetivos e da estratégia da organização do trabalho e, da maneira como se medem os resultados. – A descrição do local de trabalho deve ser clara. É fundamental que os chefes dos funcionários conheçam as características mais importantes do local de trabalho e se assegurem qual o nível de exigência mais adequado. – Quanto melhor conhecer os funcionários do local, mais capaz serão de canalizar adequadamente seus esforços para realizar bem seu trabalho.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> – O pessoal administrativo deve comunicar-se com seus funcionários, escutar e fazer ver claramente que tenham sido escutados. – A forma de comunicar que se espera do trabalho deve ser compreensível, de acordo com a descrição do local de trabalho. – Os compromissos que se adquirem com os funcionários devem ser claros e devem ser cumpridos.
Entrosamento social	– Um grau razoável de socialização e trabalho em equipe é muito produtivo e pode contribuir para aumentar a dedicação ao trabalho e ao compromisso com os grupos de trabalho.

Fonte: Leka *et al.* (2003, p. 16-17).

Não é provável que todos esses fatores estejam presentes no local de trabalho, no entanto, é recomendável introduzi-los caso não existam. Assim, é mais adequado identificar qualquer desajuste que pode haver entre o nível de exigência e pressão, por um lado, e os conhecimentos e capacidades dos trabalhadores, por outro, estabelecer que trocas são prioritárias, questionando a troca com o fim de se reduzirem os riscos.

2.4 SÍNDROME DE *BURNOUT* (SB)

A SB apresenta-se, hoje, como um dos grandes problemas psicossociais que afetam trabalhadores de diferentes áreas, principalmente os daquelas funções com alto grau de contato interpessoal, sobretudo assistência e educação.

Essa realidade tem gerado grande interesse e preocupação na comunidade científica internacional e nacional, bem como de entidades governamentais, empresariais, educacionais e sindicais, devido à seriedade das conseqüências, tanto individuais quanto organizacionais, ocasionadas pela SB, especialmente em atividades relacionadas à saúde.

Burnout é uma expressão inglesa usada para designar “aquilo que deixou de funcionar por falta de energia”. Segundo França (1987, p. 25), esse termo é derivado da gíria de rua e significa “aquele que se estragou pelo uso imoderado de drogas”.

A SB foi inicialmente descrita por Herbert J. Freudenberger na década de 1970, ao observar que a maioria dos assistentes voluntários de uma clínica de toxicômanos apresentava estado depressivo, perda progressiva de energia e desmotivação para o trabalho.

De acordo com Benevides-Pereira (2002a), muitos estudiosos consideram Freudenberger o primeiro a usar o termo *Staff Burn-out* em um artigo, datado de 1974, à comunidade científica. Entretanto Schaufeli e Enzmann (1998) referem que esse termo já teria sido empregado anteriormente, em 1969, por Brandley com o propósito de alertar as organizações sobre esse problema psicológico que acomete os trabalhadores assistenciais.

A partir de Freudenberger, a difusão e o interesse pela SB consolidaram-se com os estudos realizados pelas pesquisadoras Christina Maslach e de Susan Jackson, assumindo assim um caráter científico, uma vez que foram construídos modelos teóricos, capazes de registrar e compreender os fenômenos envolvidos na Síndrome.

2.4.1 Conceitos

Para Benevides-Pereira (2002a), muitas nomenclaturas foram usadas, por vários autores, para descrever um estado mental similar ao *Burnout*, e.g. *overstrain* (BREA, 1913 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), *neurocirculatory asthenia* (COHEN; WHITE, 1951

apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), *surmenage* (TUKE, 1982 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a) e fadiga industrial (PARK, 1934 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a). Todos esses termos estão relacionados aos aspectos negativos, considerados os que mais contribuem para a precária condição mental dos trabalhadores.

Em levantamento bibliográfico sobre os estudos em *Burnout* realizado para a viabilização do presente estudo, encontraram-se várias denominações adotadas por diferentes autores para o mesmo fenômeno: Guimarães e Ferreira Júnior (2000) consideram a SB uma síndrome depressiva específica do mundo do trabalho; Ramírez (2001) se refere à Síndrome do esgotamento profissional; Tamayo e Tróccoli (2002) falam sobre esgotamento profissional; Gil-Monte (2003, p. 134) descreve algumas denominações da SB: “[...] queimação profissional, síndrome de queimar-se pelo trabalho, desgaste profissional, síndrome de cansaço emocional, estresse laboral, síndrome de Tomás”. Benevides-Pereira (2003) refere-se à neurose profissional ou neurose de excelência. Portanto, a literatura nacional e também a internacional indicam que não existe uma denominação única de *Burnout*, mas tem sido consensual o fato de essa síndrome ser uma resposta ao estresse laboral crônico.

Segundo Codo e Vasques-Menezes (1999), a literatura científica sugere, de forma concordante, que o *Burnout* ocorre quando certos recursos pessoais são perdidos, são inadequados às demandas, ou não proporcionam retornos esperados, faltando estratégias adequadas de enfrentamento.

Vários autores abordam e procuram especificar a etiologia da SB. Harrison (1999) e Gil-Monte (2002b) salientam que a SB é o resultado do estresse crônico, típico do cotidiano do trabalho, principalmente quando nesse existe excessiva pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e pouco reconhecimento. Já Alpi e Flórez (2004) colocam que a SB se manifesta quando o indivíduo não é capaz de abordar as situações de estresse de forma adaptativa e positiva, sentindo-se impedido para modificar a situação problemática. Como consequência, acaba utilizando a evitação, como forma do não enfrentamento adequado ao estresse.

Carlotto (2002b) relata que a SB é um processo individual, dinâmico e progressivo em severidade, não notado em seus estágios iniciais pelo indivíduo, que geralmente resiste em acreditar que está acontecendo alguma coisa de errado consigo.

Barni *et al.* (1996) afirmam que a SB é essencialmente um processo caracterizado pela necessidade de equilíbrio entre os recursos existentes e a demanda individual. Já França (1987) afirma que *Burnout* é uma síndrome caracterizada por sintomas e sinais de exaustão física, psíquica emocional, em decorrência da má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, estressante, com grande carga tensional, sentimento de frustração em relação a si mesmo e ao trabalho.

A definição mais aceita e também adotada na presente investigação sobre a SB fundamenta-se na perspectiva socio-psicológica de Christina Maslach e colaboradores (MASLACH; JACKSON, 1981). As autoras consideram o *Burnout* como uma reação à tensão emocional crônica, entendendo-o como um fenômeno psicossocial relacionado diretamente à situação laboral, na qual a atividade produtiva é um elemento constitutivo da saúde mental individual e coletiva.

A SB não pode ser considerada um estado, mas sim um processo insidioso que destrói a intenção do profissional de auxiliar aos outros, relacionando-se a diversas variáveis: individuais, sociais, as dinâmicas dos grupos de trabalho, a estrutura e os processos organizacionais, além das características culturais.

Maslach e Jackson (1981) definem o *Burnout* como um fenômeno multidimensional que inclui as características do trabalhador, variáveis sociais e ambientais como elementos atuantes no desenvolvimento desse fenômeno constituído por três dimensões relacionadas, mas independentes de Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Falta de Envolvimento Pessoal no trabalho ou Baixa Realização Pessoal (BRP).

O modelo proposto pelas autoras acima citadas enfatiza a importância das características do trabalho como fatores causadores do *Burnout*. Observa-se que esta é a abordagem mais difundida entre os estudiosos, como se constata também que há divergências quanto à ordem de aparecimento das dimensões, o que leva à necessidade de especificar o parâmetro utilizado para fins diagnósticos:

- a) Exaustão emocional: um aspecto essencial da SB é o aumento da exaustão emocional, o sentimento de sobrecarga emocional com uma consequente sensação de esgotamento emocional. É uma resposta ao estresse ocupacional crônico e acontece devido à intensa carga emocional à qual o profissional está submetido pelo contato intenso e constante com outras pessoas, especialmente com aquelas que

vivem em situações de sofrimento, como pacientes, no caso dos profissionais da área da assistência. Nessa primeira fase, existe uma progressiva perda de energia vital e um desequilíbrio entre o trabalho realizado e o cansaço ou esgotamento vivenciado. Sendo assim, o profissional apresenta-se pouco tolerante, facilmente irritável e nervoso (dentro e fora do ambiente de trabalho) e passa a ser incapaz de relaxar e de recuperar a equilíbrio homeostático;

- b) **Despersonalização:** pode ser constatada quando o vínculo afetivo é substituído pelo vínculo racional, ou seja, pode-se entender a despersonalização como uma relação interpessoal desprovida de calor humano. Inclui o desenvolvimento de atitudes negativas, cínicas e postura desumanizada frente às necessidades das pessoas às quais são prestados serviços e com os próprios colegas de trabalho. Por se tratar de uma insensibilidade constante, Benevides-Pereira (2002a) relata que nesta fase, o profissional demonstra atitudes defensivas, isto é, defende-se de sentimentos de exaustão emocional, quando atribuem a culpa de seu mal-estar aos pacientes, evidenciando um sentimento de fracasso e de incompetência profissional o que os leva à Exaustão Emocional;
- c) **Baixa Realização Pessoal:** refere-se à tendência do profissional a se auto-avaliar negativamente, sobretudo apresentando sentimentos de insatisfação com as atividades laborais que realiza, sentimentos de insuficiência, baixa eficiência no trabalho e baixa auto-estima. O trabalhador apresenta modificações em suas condutas e atitudes com o propósito de se defender dos sentimentos vivenciados.

Para alguns autores (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; JACKSON, 1985; TAMAYO, M., 1996; MORENO-JIMÉNEZ; GARROSA-HERNÁNDEZ; GONZÁLES-GUTIÉRREZ, 2000; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002; VOLPATO *et al.*, 2003), a Exaustão Emocional seria a primeira etapa e o fator central da SB.

Moreno-Jiménez e Peñacoba (1999) afirmam que a SB é “contagiosa”. A perda de auto-estima profissional e o questionamento das próprias tarefas freqüentemente levam à formação de grupos com características similares, que são em si mesmo um fator de precipitação e aceleração do *Burnout* generalizado no ambiente de trabalho. A perda do idealismo pessoal pode levar facilmente ao cinismo coletivo e a atitudes mais ou menos conscientes de sabotagem organizacional, no sentido de desvalorizar iniciativas de melhora e

mudanças, proporcionando um clima social de desvinculação e um sentimento grupal de abandono e pessimismo.

O *Burnout* pode ser considerado um problema laboral no âmbito transcultural e transacional (MORENO-JIMÉNEZ *et al.*, 2003). Nesse sentido, Golembiewski, Scherb e Boudreau (1993 *apud* MORENO-JIMÉNEZ *et al.*, 2003) descrevem resumidamente cinco pontos dos aspectos transnacionais que compõem a investigação sobre o *Burnout*:

- a) Os efeitos do estresse e do *Burnout* estão amplamente encontrados na maioria dos países em desenvolvimento;
- b) A literatura aponta que o nível de estressores, saúde mental e bem estar subjetivo tendem a ser similares entre nacionalidades similares;
- c) Os estudos de replicação tendem a encontrar perfis de *Burnout* mais benéficos nos países que possuem melhor qualidade de vida;
- d) Os estudos transculturais freqüentemente não levam suficientemente em conta as diferenças culturais entre os diferentes países;
- e) Os resultados transculturais tendem a encontrar perfis diferenciais semelhantes, e.g., níveis de estresse mais altos em mulheres.

Esses aspectos ilustram que existem elementos em comum, semelhantes em diversos países, mas também existem elementos diferenciais do tipo contextual, e.g., em nível de desenvolvimento dos países, quanto ao perfil das três dimensões do *Burnout*, o que permite falar sobre perfis culturais do *Burnout*.

Os estudos transnacionais realizados por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) com o MBI indicam que, quantitativamente, o perfil norte-americano e o europeu diferem, de forma que os níveis europeus de SB são mais baixos em Esgotamento e Cinismo comparados com os níveis americanos. Os autores indicam que as razões para tais diferenças não estão claras. No entanto, tais razões podem ser apontadas como: a) uma tendência de respostas menos extremas nos europeus que nos americanos; b) maior aceitação social do cinismo individualista na população americana que na européia; e c) o trabalho em si poderia ser mais estressante nos Estados Unidos do que na Europa.

Maslach *et al.* (2001) enfatizam que as diferenças nos níveis de *Burnout* podem existir dentro de uma mesma nacionalidade, bem como entre diferentes nacionalidades. No entanto os resultados são aproximativos, pois não existem amostras populacionais realmente representativas.

Estudos transnacionais e transculturais têm sido realizados nos últimos três anos, utilizando diferentes adaptações de instrumentos à população brasileira. Um estudo realizado com o Inventário de *Burnout* de Psicólogos em uma amostra brasileira e em outra espanhola evidenciou diferenças significativas quanto à variável Diminuição da Realização Pessoal. A diferença foi atribuída aos contextos sociocultural, econômico e político de ambos os países. Moreno-Jiménez *et al.* (2003) dizem que, sem essa referência contextual, a diferença perde seu sentido.

2.4.2 Concepções teóricas: perspectivas de estudo da SB

De acordo com Benevides-Pereira (2002a) existe uma dificuldade em se estabelecer um consenso entre os autores quanto às perspectivas de estudo pelas quais o conceito de SB tem sido abordado ao longo de seu processo de construção. Carlotto (2001 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), postula a existência de quatro perspectivas:

- a) **Perspectiva clínica:** proposta por Freudenberger (1974 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), esta perspectiva dedica-se ao estudo da etiologia, sintomas, evolução clínica e tratamento da SB. Considera que o *Burnout* representa um estado de exaustão, resultante de se trabalhar exaustivamente, sem o cuidado de atender às próprias necessidades. Nesta concepção, *Burnout* seria derivado do empenho excessivo do profissional ao desenvolver sua atividade, que poderia levá-lo à depressão ou até mesmo suicídio;
- b) **Perspectiva psicossocial:** consolidada por Maslach e Jackson (1977 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), esta perspectiva atribui às condições do ambiente de trabalho as causas que originam a SB, as intervenções que ajudam a atenuá-la e os sintomas específicos que a caracterizam. Evidenciam as variáveis sócio-ambientais como coadjuvantes do processo de desenvolvimento do *Burnout*. Sendo assim, aspectos individuais associados às condições e relações do trabalho formam

uma constelação que propiciaria o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Pessoal;

- c) **Perspectiva organizacional:** Cary Cherniss (1980 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), é o principal representante desta perspectiva e considera que os sintomas que constituem a SB são respostas possíveis para um trabalho estressante, frustrante ou monótono. Faz referência à relação entre desempenho, sucesso psicológico e auto-eficácia. Acredita que, com o sucesso na realização das tarefas, a pessoa sintase mais motivada e envolvida com o trabalho, alcançando maiores objetivos e fortalecendo sua auto-estima.
- d) **Perspectiva sócio-histórica:** abordada por Sarason (1982 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), prioriza esta perspectiva o impacto da sociedade, fundamenta-se em valores individualistas e é considerada como determinante na disposição ao *Burnout*, mais do que características pessoais e ou organizacionais. Assim, os valores sociais, as condições econômicas e os momentos históricos são elementos decisivos para a explicação dos processos de origem tanto individuais, como coletivos do *Burnout*.

As concepções sobre a SB apresentadas neste estudo são atualmente as mais utilizadas nas investigações. A análise e discussão dos resultados da presente pesquisa basear-se-ão nas considerações propostas por meio da perspectiva psicossocial.

2.4.3 Sintomas característicos

A SB foi reconhecida legalmente no Brasil, com a publicação no Diário Oficial da União (DOU), em 18 de junho de 1999, do Regulamento da Previdência Social. O Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, que dispõe sobre a regulamentação, em seu anexo II, que trata dos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças profissionais*, conforme previsto no artigo 20 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, ao referir-se aos *Transtornos Mentais e do Comportamento relacionado ao trabalho* (Grupo V da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – CID-10), no inciso XII, aponta a Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de *Burn-Out*”, “Síndrome de Esgotamento profissional”) (Z73.0) (BENEVIDES-

PEREIRA, 2002a). Ainda na atualidade, a SB é pouco conhecida, até mesmo por profissionais da área da Saúde e do Trabalho.

Os sintomas apresentados no processo de *Burnout* são citados por diversos autores (ANGERER, 2003; FRANCO, M. *et al.*, 2005; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; BONTEMPO, 1999; FREUDENBERGER, 1974; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996) e estão divididos em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos:

- a) Sintomas físicos. Fadiga crônica; insônia; náuseas; alergias; dores crônicas; dores musculares; no pescoço; ombro e dorso; perturbações gastrointestinais; baixa resistência imunológica; problemas de pele; ritmo cardíaco irregular; disfunções metabólicas; problemas sexuais;
- b) Sintomas psíquicos. Esgotamento emocional, baixa auto-estima, sentimentos de fracasso, ansiedade, tristeza, falta de atenção e concentração, diminuição da memória, impaciência, sentimento de solidão, diminuição da capacidade de tomar decisões, fixações de idéias e obsessão por determinados problemas, labilidade emocional, apatia, falta de motivação, desânimo, desejo de abandonar o trabalho e depressão;
- c) Sintomas comportamentais. Diminuição da produtividade, dificuldade de aceitar as mudanças, incapacidade de relaxar, irritabilidade e agressividade, aumento de consumo de bebidas alcoólicas, fumo, café, tranqüilizantes e substâncias lícitas e ilícitas;
- d) Sintomas defensivos. Absenteísmo, negação das emoções, atenção seletiva, ironia, racionalização, deslocamento de afetos, sentimento de onipotência e isolamento.

A sintomatologia de *Burnout* sistematizada por Benevides-Pereira (2002a), é mostrada no Quadro 2.

QUADRO 2 - Aspectos físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos e sintomatologia da síndrome de *Burnout*

Aspectos	Sintomatologia
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> – Fadiga constante e progressiva – Distúrbios do sono – Dores musculares e osteomusculares – Cefaléias e enxaquecas – Perturbações gastrintestinais – Imunodeficiências – Transtornos cardiovasculares – Distúrbios respiratórios – Disfunções sexuais – Alterações menstruais
Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> – Negligência ou excesso de escrúpulos – Irritabilidade – Incremento da agressividade – Incapacidade para relaxar – Dificuldade de aceitação de mudanças – Perda da iniciativa – Aumento do consumo de substâncias – Comportamento de alto risco – Suicídio
Aspectos psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de atenção e concentração – Alterações de memória – Lentidão de pensamento – Sentimento de alienação – Sentimento de solidão – Impaciência – Sentimento de insuficiência – Redução da auto-estima – Labilidade emocional – Dificuldade de auto-aceitação – Astenia, desânimo, disforia, depressão – Desconfiança, paranóia
Aspectos defensivos	<ul style="list-style-type: none"> – Tendências de isolamento – Sentimentos de onipotência – Perda do interesse pelo trabalho ou lazer – Absenteísmo – Ironia, cinismo

Fonte: Benevides-Pereira (2002a, p. 44).

O desenvolvimento da SB é considerado um processo gradual e cumulativo que apresenta diferentes graus quanto à frequência e intensidade. Iwanicki (1983 *apud* MAYER, 2006) refere que a frequência num grau mínimo é constatada quando acontece o aparecimento esporádico dos sintomas e, no máximo, quando a presença destes é permanente. Já a intensidade, num baixo nível, caracteriza-se pela incidência de sentimentos, tais como irritação, esgotamento, inquietação e frustração; e, num alto nível, pela ocorrência de doenças e somatizações.

Nesse sentido, Campos, C. *et al.* (2004) relata que, de acordo com vários autores, os sintomas físicos e psicológicos associados ao *Burnout* podem ser definidos em quatro graus:

- a) Leve: o profissional demonstra sintomas físicos vagos, tais como cefaléias, dores nas costas, contraturas musculares. Mudanças de caráter e diminuição da produtividade e eficiência também podem ser observadas;
- b) Moderado: em adição aos sintomas anteriores, podem ser observadas alterações do sono, dificuldade de concentração, dificuldades de relacionamento interpessoais, alterações de peso, diminuição do apetite sexual, sentimentos de pessimismo. Frequentemente o profissional faz uso de auto-medicação;
- c) Grave: nesta fase, ocorre queda da produtividade, absenteísmo, sensação de insatisfação crescente, acompanhados de baixa auto-estima. Geralmente é comum o abuso de álcool e/ou de psicofármacos;
- d) Extremo: é o estágio mais crítico desse processo e praticamente irreversível. O profissional demonstra distanciamento afetivo, sentimentos de autopiedade, tristeza, sensação de fracasso com a profissão, abandono do trabalho e risco de cometer suicídio.

No entanto, é sempre melhor prevenir o aparecimento destes sintomas. Quando esses já existem, recomenda-se tratá-los o mais breve possível. Para evitar o surgimento do *Burnout* é preciso equilíbrio entre os objetivos da empresa e as necessidades dos profissionais.

2.4.4 Causas do *Burnout*

O *Burnout* está intimamente ligado ao ambiente do trabalho, sendo uma síndrome que se constitui na relação do sujeito com a organização do trabalho. Caracteriza-se pela combinação de variáveis pessoais, do trabalho e da organização, que agem como facilitadores (fatores de risco) ou inibidores (fatores de proteção) da ação dos agentes estressores.

Geralmente, a SB acomete profissionais que se encontram submetidos à sobrecarga proporcionada pelo sistema de turnos, ao contato direto com sofrimento e morte, e que têm falta de autonomia, estão insatisfeitos com suas atividades, evidenciam falta de recursos para responder às demandas laborais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; GIL-MONTE, 2002a; MÜLLER, 2004; WALLAU, 2005).

Maslach e Leiter (1997) descrevem que a SB não afeta somente aqueles profissionais que mantêm relação direta com o usuário, mas se estende a profissionais dos quais se exige um certo nível de inter-relacionamento pessoal, seja com clientes, consumidores, usuários, colegas, seja com a chefia.

Albaladejo *et al.* (2004) referem que estão mais expostos à SB aqueles trabalhadores de serviços de urgência e de unidades de cuidados intensivos, em que as características do trabalho requerem experiência clínica e maturidade profissional que permitam tomadas de decisão difíceis com implicações éticas e morais.

Profissionais altamente motivados, que reagem ao cansaço e estresse no trabalho se dedicando ainda mais às suas atividades, são alvos privilegiados para a ocorrência da SB. Pessoas com características de personalidade aparentemente adequadas, quando em contato direto com determinados ambientes de trabalho, podem vir a desenvolver a SB.

Diversas profissões têm sido descritas como de maior risco para o desenvolvimento da SB, mas a maior prevalência e também a incidência tem sido predominante entre os profissionais que trabalham na área de ciências humanas e biológicas, sobretudo enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Desses, os mais expostos são particularmente os que trabalham em serviços de grande potencial estressor, como unidades de terapia intensiva, enfermarias com pacientes graves e com câncer em fases finais, coronarianos e doentes mentais agudos (MOR; LALIBERTE, 1984).

No entanto, Carlotto e Gobbi (1999) referem que a SB afeta praticamente todas as profissões. Gil-Monte (2003, p. 134) acrescenta que “[...] provavelmente, a maior parte dos gastos das empresas por doenças e acidentes de trabalho está vinculada direta ou indiretamente a Síndrome de *Burnout*, ou por alguns de seus sintomas”.

Além do contexto em que se insere o trabalhador, não se deve considerar também outras características quando se trata de fatores que desencadeiam a SB:

a) Características pessoais:

Personalidade: exerce um papel importante no desencadeamento do *Burnout*. Para França (1987), alguns traços de personalidade predispõem ao *Burnout*. Carlotto (2001 *apud* CARLOTTO, 2002b) refere que aquelas pessoas com motivação elevada no trabalho, pessoas altamente responsáveis, que mergulham a fundo em seu trabalho e, às vezes, têm pensamento polifásico, ocupando-se de várias coisas ao mesmo tempo estariam mais predispostas ao *Burnout*. A tendência ao perfeccionismo, aumenta a vulnerabilidade da pessoa desenvolver a síndrome (TUULI; KARISALMI, 1999), bem como, a ocorrência de depressão, ansiedade, particularmente, em profissionais de enfermagem por sua falta de preparação em lidar com estresse emocional (HAPPELL; TRISH; JAYA, 2003). Souza e Silva (2002) relatam que o padrão de personalidade tipo A mostrou-se um preditor significativo do *Burnout* total, da exaustão emocional e da despersonalização, pois considera-se que os indivíduos tipo A possuem um forte senso de urgência, o que os leva a tentar realizar mais e mais tarefas cada vez em menos tempo. O mesmo estudo constatou que o traço de ansiedade também é um preditor significativo do *Burnout*, exceto para a realização pessoal com o trabalho.

Idade: observa-se que o *Burnout* é mais prevalente em indivíduos jovens, faixa etária inferior aos 30 anos, estando relacionado com os primeiros anos de profissão, já que os profissionais tendem a se sentirem mais inseguros em relação aos seus conhecimentos e, conseqüentemente, ao seu desempenho. Provavelmente, profissionais com mais tempo de profissão já conseguem lidar melhor com situações estressantes do dia-a-dia do trabalho. Sos Tena *et al.* (2002) concluíram haver um desgaste profissional com nível elevado em profissionais com média de idade entre 37-45 anos, que trabalham mais de 40 horas semanais. Campos, R. (2005) sugere que profissionais maiores de 55 anos parecem um tanto “imunizados” frente à síndrome, predominando as idades médias da vida laboral.

Estado civil: a ocorrência da SB parece ser maior em profissionais que não possuem

parceiros estáveis; no entanto não existe um consenso entre os estudiosos a respeito deste fato. Parece que as pessoas solteiras apresentam maior cansaço emocional, menor realização pessoal e maior despersonalização que aquelas que estão bem casadas ou convivem com parceiros estáveis (MARTÍNEZ, 1997).

Filhos: é possível que o fato de ter filhos, possibilite às pessoas o enfrentamento de problemas pessoais e emocionais de forma mais eficiente. (GUEVARA; HENAO; HERRERA, 2002; CAMPOS, R., 2005).

Sexo: têm-se encontrado diferentes níveis de desgaste emocional entre homens e mulheres (SOS TENA *et al.*, 2002). Benevides-Pereira (2002a) e Gil-Monte (2003) apontam que, de forma geral, as mulheres apresentam pontuações mais elevadas em exaustão emocional, e os homens, em despersonalização. Considera-se que as mulheres que são capazes de experimentar múltiplas fontes de estresse (MASLACH; JACKSON, 1985) se sobressaem melhor que os homens em situações de trabalho.

Nível educacional: pessoas com nível educacional mais elevado estão mais expostas ao *Burnout*, talvez pelo nível de responsabilidade em suas tarefas ou pelas altas expectativas profissionais (MASLACH *et al.*, 2001). No entanto, o treinamento técnico e interpessoal contínuo, qualifica o profissional para atuar em equipe e de maneira adequada às necessidades da função exercida e, de acordo com estudos desenvolvidos por Acker (*apud* MASLACH *et al.*, 2001), isso tem sido eficiente na diminuição dos níveis de *Burnout*.

b) Características do Trabalho:

Tipo de ocupação: profissionais que desenvolvem atividades de assistência, ajuda ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, policiais, portanto, cuidadores em geral.

Tempo de profissão: existem estudos que confirmam a relação de tempo de serviço com o processo de desgaste próprio do tempo de atuação. Campos, R. (2005) refere que existe uma maior associação da síndrome nos primeiros anos de experiência profissional, apontado por alguns autores como a entrada precoce do indivíduo no mercado de trabalho, com pouca experiência na profissão ou na instituição, e que ainda não desenvolveu forma de enfrentamento adequada.

O Quadro 3 mostra as diversas profissões e as porcentagens de pessoas acometidas pela Síndrome de *Burnout*.

QUADRO 3 - Dados epidemiológicos sobre o *Burnout*, segundo algumas ocupações

Estudos	Resultados
Kyriacou (1980)	52% em professores
Pines, Aronson e Kafry (1981)	45% em diversas profissões
Maslach e Jackson (1982)	20-35% em pessoal de enfermagem*
Henderson (1984)	30-40% em médicos*
Smith, Birch e Marchant (1984)	12-40% em bibliotecários
Rosse, Jonson e Crown (1991)	20% em policiais e em pessoal sanitarista
García Izquierdo (1991a)	17% em pessoal de enfermagem*
Jorgeson (1992)	39% em estudantes de enfermagem
Price e Spencer (1994)	20% em policiais e em pessoal sanitarista
Deckard, Meterko e Field (1994)	50% em médicos*

Fonte: Maslach e Jackson (1981).

* Grifo nosso para destaque.

Carga de trabalho: é um dos um dos principais preditores dos sintomas da SB, ou seja, a quantidade e a qualidade excessiva ou escassa de demandas que superaram a capacidade e a destreza do trabalhador, necessárias para realizar sua tarefa (BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; GIL-MONTE, 2002a; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). A sobrecarga de trabalho, além de doenças, pode conduzir ao suicídio (*Karojisatsu*) e também à morte (*Karoshi*) (GUIMARÃES; COÊLHO; CAETANO, 2004).

O trabalho em turnos ou noturno é uma condição ligada à organização do trabalho que causa conseqüências à saúde do trabalhador, à vida social e familiar. Esse tipo de trabalho é mantido até hoje por questões econômico-tecnológicas. Estudos entre auxiliares de Enfermagem e enfermeiros destacam diferenças significativas entre o sono diurno e noturno e os estados de alerta, comprometendo os episódios de sono diurno após noites de trabalho e os níveis percebidos de alerta à noite, o que se torna pior à medida que aumenta o número de horas de trabalho (GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2004).

Segundo Peiró (1999 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a), o trabalho por turnos e

noturno afeta 20% dos trabalhadores, causa transtornos físicos e psicológicos, estando mais vulneráveis os trabalhadores que não possuem uma rotina fixa de trabalho, e que mudam a cada dois ou três dias do período noturno para o diurno e vice-versa.

Tipo de clientela: o tipo de problema do cliente, a identificação e os laços afetivos que se estabelecem entre o profissional e o cliente contribuem para o desenvolvimento do *Burnout*. Clientes de difícil manejo como os depressivos, políquelosos, agressivos e outros, e o contato com pacientes dos diferentes serviços de saúde, principalmente dos serviços oncológicos e de unidades de cuidados intensivos e de urgência, expõem o profissional a um maior risco de ocorrência do *Burnout* (ALBALADEJO *et al.*, 2004).

Ambigüidade e conflito de papéis: funções e expectativas frustradas que o profissional tem em relação ao seu próprio desempenho, excesso de responsabilidade, insatisfação e pressão no trabalho, falta de *feedback*, suporte organizacional e reconhecimento são aspectos que também contribuem para que as condições do trabalho exerçam uma influência negativa significativa na qualidade de vida laboral e sobre a qualidade de serviços oferecida pelas organizações do setor de saúde.

c) Características da organização:

Ambiente físico: condições laborais deficitárias como intenso calor, frio, ruídos excessivos, iluminação insuficiente, precárias condições de higiene, alto risco tóxico e limitações de espaço físico são fatores que podem levar ao *Burnout*. Para Gil-Monte (2003), se existisse uma consciência baseada numa cultura preventiva, dificilmente as organizações não se interessariam pelos riscos psicossociais. No entanto, uma mudança de cultura não se limita apenas às instituições, mas a toda sociedade.

Normas institucionais: Benevides-Pereira (2003) ressalta que normas rígidas, bem como excesso de normas, impedem a participação criativa ou a sensação do controle de atividades e autonomia dos profissionais, o que os faz sentirem-se alienados e desvalorizados.

Recompensas: as crenças e as expectativas do profissional a respeito da retribuição e reconhecimento feito pela organização sobre o seu trabalho são questões diretamente relacionadas à percepção de suporte organizacional. A percepção de crenças e expectativas pelo profissional é influenciada pela frequência, intensidade e sinceridade das expressões de elogio e aprovação e, também, pelos aspectos ligados ao pagamento, à categoria de trabalho,

ao enriquecimento do trabalho e às influências sobre as políticas da organização (EISENBERG *et al.*, 1986).

O trabalhador sente-se confiante e motivado quando há formas de ascender a níveis hierárquicos superiores claros e possibilidades destas se concretizarem. A baixa remuneração é uma variável importante, mas não imprescindível, embora a desvalorização do trabalho numa ótica social deva ser considerada (MASLACH; LEITER, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

d) Características sociais:

Suporte social: a falta de apoio social por parte dos próprios colegas de trabalho, “o não poder contar” com colegas e amigos de confiança e, até mesmo com os familiares, que possam estar disponíveis e receptivos ao diálogo e compreensão favorecem a ocorrência de tensão emocional que pode leva ao *Burnout*.

Status social: o prestígio de algumas profissões tem-se mostrado mais importante na manifestação do *Burnout* do que outros fatores como a remuneração, levando os profissionais a vários postos de trabalho para manutenção compatível com o *status* associado (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

No Quadro 4, estão evidenciados algumas características responsáveis pelo desencadeamento do *Burnout*.

QUADRO 4 - Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeantes do *Burnout*

Características	Facilitadores e/ou desencadeantes	
Pessoais	Idade Sexo Nível educacional Filhos Sentido de coerência Motivação Idealismo	Personalidade: – <i>Hardiness</i> , a personalidade resistente ao estresse – <i>Locus</i> de controle – Padrão de personalidade tipo A – Variáveis do <i>self</i> – Estratégias de enfrentamento – Neurotismo – Tipo emocional – Otimismo x pessimismo – Perfeccionismo
Trabalho	Tipo de ocupação Tempo de profissão Tempo na instituição Trabalho por turnos ou noturno Sobrecarga Relacionamento entre os colegas de trabalho Relação profissional-cliente Tipo de cliente Conflito de papel	Suporte organizacional Satisfação Controle Responsabilidade Pressão Possibilidade de progresso Percepção de inequidade Conflito com os valores pessoais Falta de <i>feedback</i>
Organizacionais	Ambiente físico Mudanças organizacionais Normas institucionais Clima Burocracia	Comunicação Autonomia Recompensas Segurança
Sociais	Suporte social Suporte familiar	Cultura Prestígio

Fonte: Benevides-Pereira (2002a, p. 69).

2.4.5 Conseqüências da Síndrome de *Burnout*

A SB tem um efeito negativo no desempenho do indivíduo em seu trabalho e tem sido relacionada ao absentéismo, ao turno de trabalho, à baixa produtividade e eficácia, ao decréscimo da satisfação e diminuição do trabalho (ANGERER, 2003). No entanto, conforme Benevides-Pereira (2002a), supõe-se uma diminuição da qualidade de vida dos profissionais afetados, conseqüentemente, uma deterioração da qualidade de seus serviços prestados, afetando diretamente as relações interpessoais tanto na esfera profissional, quanto na pessoal, com prejuízos pessoal, social, organizacional e no trabalho:

a) Conseqüências pessoais:

Para Maslach e Leiter (1999), o desgaste físico e emocional é um problema do ambiente social em que as pessoas trabalham e onde a estrutura e o funcionamento do local de trabalho influenciam a interação e a maneira pelas quais essas pessoas realizam seu trabalho. Não é resultado de uma predisposição genética para o mau humor, de uma personalidade depressiva ou uma fraqueza geral, é um problema ocupacional.

O resultado do fracasso na adaptação desses processos acarreta sintomas físicos como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, pressão alta, tensão muscular e fadiga crônica. Na forma de desgaste mental, acarreta ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Como forma de aliviar o estresse, alguns profissionais aumentam o consumo de álcool e drogas.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Gil-Monte, Valcárcel e Zornoza (1993), o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem é extremamente estressante. enfermeiros estão em contato com as demandas físicas e emocionais dos pacientes, o que os torna particularmente vulneráveis ao estresse e ao *Burnout*.

Quando levam “[...] o desgaste físico e emocional para casa, sua exaustão e seus sentimentos negativos começam a afetar o relacionamento com a família e com os amigos” (MASLACH; LEITER, 1999, p. 36), o que geralmente acontece pela dificuldade de dissociar-se do papel do profissional e da pessoa comum.

Guevara *et al.* (2002) identificaram em estudo realizado com médicos internos e residentes do Hospital Universitário Del Valle, Colômbia, uma disfunção familiar associada à

SB. Esse resultado confirma o observado em outros estudos e descrito na literatura como um dos maiores índices de *Burnout*.

b) Conseqüências sociais:

De acordo com Benevides-Pereira (2002a), o isolamento, o divórcio e maus tratos (SOS TENA *et al.*, 2002) têm sido apontados pelos familiares dos profissionais vítimas da SB, como suas mais importantes repercussões.

c) Conseqüências organizacionais:

Absenteísmo: a dificuldade em lidar com os problemas do trabalho se torna cada vez maior quando o profissional fica mais estressado, recebendo menos apoio em sua vida, e investe, como relata Maslach e Leiter (1999, p. 37), “[...] menos tempo e energia no trabalho, só fazem o que é absolutamente necessário e faltam com mais freqüência. Além de trabalhar menos, não trabalham tão bem”. Comprometido o seu desempenho, diminui a qualidade e quantidade de seu trabalho. As faltas passam a ser vistas como um subterfúgio para tentar levar adiante uma situação que se torna cada vez mais difícil.

Gil-Monte (2002a) enfatiza que, para realizar medidas de intervenção e prevenção da Síndrome de *Burnout* e absenteísmo em profissionais de enfermagem, é necessário considerar a existência de características diferentes entre os sexos, pois homens e mulheres desenvolvem padrões de respostas de estresse laboral distintos. Esse mesmo autor cita um estudo realizado em Guadalajara mostrando que a relação entre esta Síndrome e o absenteísmo é clara tanto por sintomas físicos, como psicológicos, “[...] sendo freqüente o surgimento de situações depressivas que predispõem à automedicação, ingestão de fármacos e aumento do consumo de drogas, álcool e outras drogas” (GIL-MONTE, 2002a, p. 135).

Rotatividade: observa-se um grande remanejamento de pessoal dentro da própria organização ou mudança de organização como forma de não abandonar a profissão. Maslach e Leiter (1997) relatam que é freqüente as lideranças organizacionais mudarem as pessoas, desligando-as da organização, substituindo-as por outras, as quais, com o passar do tempo, apresentam os mesmos sintomas. Inadequadamente, o indivíduo lida com as dificuldades desligando-se psicologicamente do trabalho e da organização ou desliga-se realmente do trabalho.

Acidente de trabalho: a dificuldade em manter a atenção e a concentração estáveis é a principal causa atribuída aos acidentes laborais. O fato de o Tribunal Superior de Justiça do país Basco, em 1999, considerar como acidente uma lesão anímica produzida como efeito da realização de um determinado trabalho, abriu um precedente para outras sentenças e a necessidade de um diagnóstico e desenvolvimento de programas de intervenções precisas da Síndrome. Deve-se evitar que problemas psíquicos derivados da atividade laboral recebam tratamento como depressão e sejam considerados um problema exclusivamente do indivíduo, o qual, descartada a intervenção em torno do trabalho, venha a se cronificar (GIL-MONTE, 2003).

2.4.6 *Burnout*: relação com o estresse

O estresse não desencadeia necessariamente a SB, pois existem muitos aspectos implicados no processo: a predisposição constitucional para o estresse, as condições ambientais agressoras, a personalidade e a percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento. A pessoa com fadiga acentuada por excesso de Carga de Trabalho, ou ao contrário, por estar envolvida com um trabalho monótono e entediante, não apresenta *Burnout*, pois a queda da produtividade, a indiferença em relação à clientela e o sentimento de incompetência não estão presentes.

Para Maslach e Leiter (1997), a pessoa não começa um trabalho apresentando um quadro de *Burnout* e, sim, envolvimento e satisfação, sentimentos que posterior e gradualmente, vão sendo substituídos por sentimentos de aborrecimento, ansiedade, raiva e pela falta de realização. A pessoa acredita estar vivendo uma crise que é de cunho pessoal, caracterizando com isso a exaustão emocional como primeiro elemento de síndrome.

O distanciamento psíquico e emocional que é característico da despersonalização torna a pessoa alheia à clientela e às suas relações, inclusive às relações sociais, com o intuito de defender-se da dor e sofrimento do querer e não ser capaz de despender mais energia. A situação se agrava quando, somada ao aspecto exaustão emocional, a despersonalização leva ao comprometimento do desempenho e à sensação de incompetência, estabelecendo-se, desse modo, o baixo envolvimento pessoal no trabalho (MASLACH; LEITER, 1997).

Nesse sentido, uma característica específica do *Burnout* em relação ao estresse é o seu caráter insidioso. O *Burnout* não aparece após um ou dois episódios de sobrecarga ou de dificuldades especiais, ele se constitui ao longo de um processo que pode resultar desconhecimento para o próprio sujeito que evolui lentamente da animação à decepção (MORENO-JIMÉNEZ; PEÑACOBÁ, 1999).

De acordo com Rabin, Feldman e Kaplan (1999), existe certa singularidade entre o estresse e o *Burnout*. O estresse baseia-se na associação entre a pressão exercida por meio de exigências sobre o indivíduo e a habilidade da reação deste, o que pode comprometer seu equilíbrio biopsicossocial e seu bem-estar geral. A resposta apresentada pelo indivíduo a uma situação estressante dependerá de certos aspectos, como a avaliação que este faz da situação, auto-exigência, estratégias de enfrentamento, restrições ambientais, entre outros.

Já o *Burnout* apresenta um grupo de sintomas que leva a uma condição debilitante, associada ao estresse crônico e, ainda, incluiria a exaustão emocional, que é a diminuição dos recursos pessoais; despersonalização, referente ao desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com as pessoas com as quais o indivíduo trabalha; e a baixa realização pessoal no trabalho. Esses sintomas se desenvolvem em consequência de um longo processo de tentativas mal sucedidas de enfrentar estressores organizacionais. O *Burnout* está estreitamente associado, de forma negativa à saúde, ao desempenho, à satisfação profissional, à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico.

Maslach (1993) postula que o papel temporal e relacional de *Burnout* o diferencia do estresse, pois esta base relacional está alicerçada na tensão emocional e nas formas de enfrentamento que o trabalhador usa nas diversas situações de trabalho.

Byrne (1993) considera a SB como a etapa final das inúmeras tentativas mal sucedidas do indivíduo de solucionar o estresse proveniente das condições negativas na execução do trabalho, ou seja, é a cronificação do estresse.

Carlotto (2002a) refere que o estresse possui um caráter geralmente agudo, transitório e não necessariamente negativo ou relacionado a situações de trabalho. O *Burnout* vai além do estresse e muitas vezes é confundido com a insatisfação no trabalho por ambos possuírem experiências psicológicas, internas e negativas. Porém na SB ocorre o sentimento de EE e a atitude de DE, que não se manifestam quando existe somente a insatisfação no trabalho.

De acordo com Ballone (2002), os autores que concebem a SB como sendo diferente do estresse, alegam que essa doença envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho, enquanto o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Em sua opinião, a SB seria a conseqüência mais depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho.

2.4.7 Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde

A SB é considerada como responsável pela desmotivação que sofrem os profissionais de saúde. Mudanças fundamentais ocorridas no ambiente de trabalho e na natureza dos empregos, as exigências diárias do trabalho, da família e de tudo que se encontra entre eles consomem a energia e entusiasmo, a alegria de sucesso e a emoção da conquista, levando os profissionais a diminuir sua dedicação e compromisso laboral, tornando-se, cada vez mais, descrentes de uma vida profissional melhor.

Nos últimos anos, a partir da década de 1980, um dos enfoques mais específicos do estresse dos profissionais de serviços de saúde tem sido proveniente do modelo de *Burnout*, sobretudo o proposto por Maslach e Jackson (1982 *apud* MORENO-JIMÉNEZ; PEÑACOBÁ, 1999).

Bertolote e Fleischmann (2002) consideram que a própria natureza do trabalho com pacientes que sofrem de patologias crônicas ou incuráveis, ou com pacientes em fase terminal, conduz ao *Burnout*. O fator mais importante que contribui para o *Burnout* em profissionais da saúde é a necessidade de sentirem-se eficientes, o que constitui um dos principais objetivos laborais compartilhados pelos agentes de saúde.

Um elemento crucial no desenvolvimento da SB é a freqüência e a quantidade de tempo passado com o paciente. Os riscos de aparecimento da síndrome aumentam em função do tempo de contato com os enfermos, proporcionando-lhes cuidados diretos. Maslach e Jackson (1982 *apud* MORENO-JIMÉNEZ; PEÑACOBÁ, 1999) referem que os índices de cansaço emocional são proporcionais ao tempo gasto em cuidados diretos aos enfermos, o que diminuía quando parte do tempo de trabalho era dedicado a tarefas administrativas ou de ensino.

O contato com pacientes tem diferentes origens específicas que podem propiciar a SB. Primeiro, a natureza dos problemas de saúde dos pacientes determinada por patologias ou lesões pode resultar em dificuldades de atendimento por parte do profissional da saúde, como em caso de queimaduras severas, câncer facial, entre outros. Segundo, a comunicação deficiente dos pacientes por dificuldades de expressar seus temores e dúvidas, e a dificuldade do profissional para expressar-se humana e tecnicamente de modo a contradizer as informações médicas e os momentos delicados para comunicar as “más notícias”. Terceiro, o contato direto com familiares do paciente: freqüentemente o estado emocional encontra-se alterado e mesmo o paciente pode fazer maiores exigências e querer justificativas. O sentimento habitual de a família sentir-se responsável por seus enfermos leva-a a demonstrar reclamações descontextualizadas. E por último, a idade e o tempo de serviço do profissional parecem constituir um período de sensibilização ou de incubação do *Burnout* determinado por expectativas idealistas durante os primeiros anos de trabalho num mundo real de práticas cotidianas não concretizadas (MORENO-JIMÉNEZ; PEÑACOBÁ, 1999).

Guimarães e Cardozo (2004) afirmam que apenas na década de 1970 começaram a ser construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar e compreender esse desgaste físico e mental, como um sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização. Constatou-se que se trata de um fenômeno, uma síndrome que afeta principalmente os trabalhadores encarregados de “cuidar”.

Jauregui (2000 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004b) relata as principais causas atribuídas para a ocorrência da síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde: a) contato contínuo com o sofrimento, a dor e a morte; b) diminuição do valor social do profissional pelos seus familiares; c) sobrecarga laboral devida ao número excessivo de pacientes portadores de patologias cada vez menos reversíveis e à carência de recursos para desempenhar o papel adequadamente; d) diminuição nos diversos tipos de recompensas e estímulos em sua atividade laborativa; e) cada vez mais inquietação e ameaça de sofrer críticas por mau desempenho de sua prática laboral; f) resolução de problemas éticos resultantes do avanço tecnológico.

No México, Martínez (1997) estudou 294 profissionais de atenção primária e atenção especializada e constatou o perfil epidemiológico de risco: mulheres com mais de 44 anos de idade, sem parceiro estável, com mais de 19 anos de profissão e mais de 11 anos trabalhando em centro de atenção especializada, com mais de 21 pacientes diários sob sua

responsabilidade, dedicam mais de 70% de sua jornada de trabalho, sendo esta de 36 a 40 horas semanais. Nesse mesmo estudo, o autor comparou o nível de *Burnout* entre médicos e enfermeiros e encontrou diferenças de perfil profissional: os médicos obtiveram maiores índices de despersonalização, e os enfermeiros apresentaram maiores índices de exaustão emocional e falta de realização emocional.

Em Cuba, Hernández (2003) investigou estresse e *Burnout* em médicos e enfermeiros de consultórios comunitários e dos hospitais gerais clínico-cirúrgico de todos os bairros de Havana, com um total de 287 profissionais de saúde. Observou que a prevalência da SB no grupo de profissionais estudado foi elevada, alcançando 30%, e a mais alta é de 48,3% nas mulheres de profissão médica. A prevalência de sintomas de estresse é maior, alcançando índices de 50% dos casos e é maior nas profissionais de enfermagem femininas, que alcança a maior prevalência, em 66,7%.

Na Espanha, Pera e Serra-Prat (2002) estudaram a prevalência da SB entre os trabalhadores de um hospital para conhecer as características pessoais e laborais às quais se associam a síndrome. Concluíram que os profissionais apresentaram níveis baixos de *Burnout*, e as principais variáveis associadas são o sexo e a categoria profissional. Os médicos demonstraram valores de *Burnout* superiores aos encontrados nos enfermeiros do mesmo centro.

2.4.7.1 Sobre o médico

Diferentes estudos contemplando diversas especialidades médicas já foram realizados com o intuito de compreender a magnitude dos processos envolvidos na etiologia, sintomatologia, tratamento e prevenção da SB.

Dolan, Piñol e Cannings (1999) afirmam que o *Burnout* está aumentando cada vez mais entre os profissionais da saúde, principalmente, entre médicos que trabalham em Saúde Pública. Os autores dizem, ainda, que pesquisas feitas em diferentes países constatam esse aumento da incidência de SB entre os médicos, afetando a saúde individual, bem como suas capacidades e recursos básicos necessários para prestar um atendimento satisfatório ao pacientes e usuários.

Nasetta (2004), pesquisando a SB em médicos de um hospital geral da Argentina,

encontrou resultados significativos associados à idade dos profissionais, sendo que os mais jovens apresentaram pontuações mais elevadas na dimensão despersonalização. Nos médicos mais jovens, a resposta freqüente diante de expectativas irreais frustradas e auto-impostas é a angústia e o desespero.

Palmer *et al.* (2005) realizaram, no México, um estudo com médicos anestesistas sobre a SB associada a fatores de risco organizacional e constataram uma prevalência da síndrome em 44% da amostra (N = 89) pesquisada. Foi identificada uma diferença significativa para a sobrecarga de trabalho em relação às outras variáveis estudadas, como a perda de valores, perda de controle, falta de reconhecimento e injustiça, salientando, dessa forma, o fator organizacional que mais afeta a população que apresenta *Burnout*.

Franco, M. *et al.* (2005) investigaram o nível de *Burnout* em relação a exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, em uma amostra de 127 profissionais de pediatria (médicos, enfermeiros e auxiliares) de um hospital universitário na Espanha, utilizando o MBI. Verificou-se que 67,7% desses profissionais apresentam um baixo grau de realização pessoal, 14,5% obtiveram pontuações altas em exaustão emocional e 23,9% pontuações altas na dimensão de despersonalização. Sendo assim, a falta de realização pessoal se destaca das demais dimensões, alertando sobre a possibilidade da prevalência de atitudes negativas na atividade laboral e uma inadequação com relação aos cuidados dispensados às crianças.

Com o propósito de examinar os níveis da SB em cirurgiões pediátricos, Alvarez, Torres e Martínez (2002) pesquisaram e concluíram existir um grau moderado da SB e um grau médio de satisfação no trabalho. Julgam ser uma circunstância contraditória possível, já que se trata de profissionais satisfeitos com sua profissão e que, às vezes, enfrentam condições de trabalho difíceis que causam um desgaste profissional importante.

Na Itália, Bargellini *et al.* (2000) realizaram um estudo com um grupo de médicos tendo por objetivo avaliar a relação entre a SB, características demográficas e do trabalho, ansiedade e variáveis imunológicas. Constataram altos níveis de *Burnout* associados às variáveis imunológicas, evidenciados na dimensão de realização pessoal; e altos níveis de ansiedade, evidenciados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização.

Winstanley e Whittington (2002), para verificar a relação existente entre ansiedade, *Burnout* e estilos de *Coping* de um hospital geral na Inglaterra, pesquisaram profissionais médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e radiografistas que estavam expostos à agressão no local de trabalho. Encontraram diferenças significativas de *Burnout* nas dimensões: exaustão emocional e despersonalização.

Num estudo realizado por Cebrià *et al.* (2003) sobre a influência do desgaste profissional nos custos com medicamentos por médicos da Atenção Primária de Barcelona, Espanha, constatou-se correlação entre o alto custo e prescrições de medicamentos com altos níveis de exaustão emocional. Traços de personalidade e *Burnout* foram investigados em outro estudo com médicos por Cebrià *et al.* (2001) e os autores concluíram que baixa estabilidade emocional, tensão e ansiedade se associaram de maneira significativa com pontuações elevadas de *Burnout*.

Albino *et al.* (2002), ao analisarem o grau de desgaste em médicos da Atenção Primária da Espanha, encontraram níveis moderados de desgaste profissional associados positivamente com tempo de trabalho, conflitos sociolaborais e familiares.

No Brasil, Benevides-Pereira (1999 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002b), pesquisando estudantes do 1º ao 6º ano de Medicina, encontrou alto índice de SB em pelo menos duas das três dimensões da Síndrome de *Burnout*. A autora refere que a proximidade do período de atendimento aos pacientes no hospital-escola favoreceu o aumento de pressão sobre os estudantes, contribuindo para o desenvolvimento do estresse. Observou-se ainda, uma média acentuada de despersonalização demonstrando que o curso impulsiona o distanciamento afetivo do aluno.

Em investigação anterior com o mesmo grupo de acadêmicos de Medicina, Benevides-Pereira (1998 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002b) identificou sinais de dificuldades, evidenciando limitações para a manutenção de uma vida social e ocorrência de sintomas psicossomáticos. Nessa direção, o aumento no uso de álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, tabaco, entre outros, e tranqüilizantes no decorrer do curso de Medicina foi demonstrado nos estudos de Andrade *et al.* (1997) realizado com estudantes do Estado de São Paulo.

Meleiro (1998), num artigo de revisão sobre o suicídio entre médicos e estudantes de Medicina, enfatiza a necessidade de preparar o estudante para as reais condições do seu futuro trabalho e não estimulá-lo a usar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil

controle durante sua vida profissional. Os altos índices de suicídio encontrados nos estudantes de Medicina e nos médicos se referem à perda da onipotência idealizada no decorrer do curso e da vida profissional e, também, ao aumento da ansiedade pelo medo de falhar.

Lima *et al.* (2005) investigaram a incidência da SB em 120 residentes de Medicina, que desenvolviam suas atividades em um hospital público. Os resultados evidenciaram SB em 20,8% da amostra, 65,0% com alta Exaustão Emocional, 61,7% alta Despersonalização e 30,0% Diminuição da Realização Pessoal. Residentes das áreas de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia apresentaram maior frequência de manifestações de SB.

2.4.7.2 O profissional de enfermagem

A especificidade do trabalho de enfermagem proporciona uma interação estreita entre o profissional e o seu trabalho e uma grande demanda de atenção ao paciente, culminando em grande risco para o estresse ocupacional e a SB. Para Bianchi (1992), os profissionais de enfermagem, no seu dia-a-dia, estão diante de uma ambigüidade de papéis que, de forma direta ou indireta, propicia um número maior de experiências estressantes.

A equipe de Enfermagem de hospital tem sido identificada como um grupo de risco para a exaustão emocional, estágio preliminar da SB, devido à natureza, intensidade e diversidade de estressores relacionados a sua atividade (LEITER, 1993; MASLACH; LEITER, 1997).

Em Atenas, Grécia, Adali *et al.* (2003) examinaram os níveis da SB em profissionais de enfermagem que trabalhavam em cinco hospitais psiquiátricos. Fizeram parte da amostra enfermeiros de dois hospitais psiquiátricos e de três Departamentos de Psiquiatria de diferentes hospitais gerais. De forma geral, os autores observaram níveis moderados de *Burnout*, e os profissionais de hospitais gerais demonstraram níveis ligeiramente superiores aos dos que trabalham em hospitais psiquiátricos. Para os autores, muitos fatores ligados ao ambiente de trabalho psiquiátrico estão diretamente associados à SB, sendo característico: a) em hospitais psiquiátricos o atendimento ao paciente com enfermidades mentais crônicas e b) nos departamentos de Psiquiatria dos hospitais gerais, a pacientes agudos.

Happell *et al.* (2003), pesquisando sobre *Burnout* e satisfação no trabalho, compararam enfermeiros psiquiátricos forenses com enfermeiros psiquiátricos de diversos serviços de saúde mental. Concluíram que forenses estão expostos a baixos níveis de SB (especificamente nos domínios exaustão emocional e despersonalização) e a altos níveis de satisfação no trabalho, indicando satisfação com sua condição de trabalho e com a quantidade de suporte recebido.

A SB é descrita por alguns autores como uma reação ao estresse no trabalho. De acordo com Gil-Monte, Pilar e Zornoza (1993), é possível a correlação dos componentes do estresse, ambigüidade e conflitos, com os níveis de *Burnout* e efeitos do suporte social no trabalho. Os autores, em uma amostra de 102 profissionais de enfermagem do Hospital Clínico Universitário de Tenerife, Espanha, constataram que o conflito e a ambigüidade de papéis estabelecidos contribuem, independentemente, com diferentes aspectos do *Burnout*. O conflito de papéis contribui somente para a exaustão emocional e a despersonalização, e a ambigüidade contribui somente com a diminuição da realização pessoal.

Gómez *et al.* (2005), em estudo com profissionais de enfermagem sobre a relação entre o perfil psicológico, qualidade de vida e estresse assistencial, constataram que esses profissionais não apresentam a SB, apenas alguns sintomas da mesma. No entanto, encontraram-se fatores preditores de desempenho ocupacional, tais como cansaço emocional e despersonalização; e fatores de personalidade, como prudência-impulsividade, confiança-cuidado, submissão-autoridade.

Auxiliares de Enfermagem foram avaliadas por Alpi e Flórez (2004) quanto à relação entre a SB e o índice de percepção de estresse laboral, e as habilidades de enfrentamento do estresse e a percepção de apoio social. Os resultados indicaram uma baixa presença da SB. Os autores asseguram, no entanto, que o alto nível de competência pessoal e o baixo nível de despersonalização contribuíram como fatores protetores para o não desenvolvimento da SB. As participantes perceberam seu trabalho como moderadamente estressante. O fato de as auxiliares não apresentarem SB não dependeu da não existência dos estressores, mas sim da forma como percebiam seu trabalho.

Na Alemanha, Bakker *et al.* (2000) estudaram 204 enfermeiras, constatando que o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e os recursos utilizados pela amostra repercutiam na exaustão emocional e despersonalização. Estes autores relataram que o esforço das

enfermeiras para manter o controle sobre as condições do trabalho contribuía para agravar os níveis de exaustão emocional e a falta de realização pessoal.

Nessa direção, Laschinger e Finegan (2005) realizaram, no Canadá, um estudo longitudinal para avaliar o impacto da pressão no trabalho sob a saúde e o desempenho de enfermeiras, concluindo que:

- a) As enfermeiras não experimentavam altos níveis de pressão no trabalho, mas sim níveis altos de fadiga e relacionados a esta pressão;
- b) Os níveis de pressão no trabalho são invariáveis ao longo do tempo;
- c) A pressão no trabalho traz conseqüências à saúde ao longo do tempo,
- d) Com o passar do tempo, aumentam os níveis de pressão no trabalho;
- e) A tensão na função pode ter um impacto mais forte na saúde e desempenho das enfermeiras do que as demandas do trabalho;
- f) Os autores salientam que os administradores de hospitais devem encontrar maneiras de reduzir a pressão no trabalho e a fadiga, para assim promover a saúde e o bom desempenho das enfermeiras.

Na Itália, Visitini e Campanini (1996), em pesquisa realizada junto a quarenta divisões de hospitais dedicados ao diagnóstico e tratamento de pacientes com HIV, verificaram o estresse psicológico e as variáveis demográficas em enfermeiras, como preditores da SB. O *Burnout* foi medido através do Inventário de *Burnout* de Maslach e o *AIDS Impact Scale* (AIS), instrumento específico para avaliar o estresse em enfermeiras que trabalham com pacientes com HIV. Estabeleceu-se que o impacto do trabalho com pacientes infectados causa estresse psicológico, mas este é um preditor modesto da SB. Segundo os autores, essa é uma situação determinada pelos limites ou deficiência da escala em medir o estresse psicológico nessa área, deficiência de modelos de referências para a SB, pela incompatibilidade com os instrumentos usados no estudo e não-especificidade de MBI em medidas de *Burnout* na área de HIV. Esses resultados não correspondem aos de outros autores sobre o assunto.

No Brasil, Müller (2004) realizou um estudo avaliando a SB em uma amostra de 55 profissionais de enfermagem, dentre os quais enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem. Constatou que os enfermeiros apresentaram níveis mais elevados de exaustão emocional quando comparados aos técnicos e auxiliares de Enfermagem. Embora os enfermeiros envolvam-se menos com os pacientes, eles estão sob forte tensão emocional no ambiente de trabalho, devido à responsabilidade pelo funcionamento do serviço. O autor identificou, ainda, que enfermeiros com experiência profissional entre 1 a 5 anos, apresentam índices mais altos de exaustão emocional.

Marques, Lalon e Lipp (2005) avaliaram o estresse e a SB em 78 profissionais de enfermagem que atuam em um hospital privado em Araçatuba-SP e constataram que apenas 7,6% da amostra apresentavam sintomas de estresse. Destes, 45,9% não apresentaram exaustão emocional, 78,4% não apresentaram despersonalização e 64,3% apresentaram alto nível de realização pessoal. Concluíram que, para esses profissionais, trabalhar no hospital traz algumas diferenciações que podem servir de estímulos reforçadores para a alta realização pessoal no trabalho, embora o ambiente ocupacional seja desgastante.

2.4.8 Como prevenir e intervir na Síndrome de *Burnout*

Para Maslach e Leiter (1997) as prevenções e intervenções para o enfrentamento do *Burnout* devem focalizar as estratégias, tanto no trabalhador, quanto no local de trabalho, com o propósito de desenvolver um processo que favoreça a recuperação do equilíbrio entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho.

Implantar programas de auto-cuidado e proteção custa menos para a organização, mas freqüentemente existe dificuldade em lidar com as conseqüências da SB entre os funcionários. A organização reluta em reconhecê-las pelo temor às exigências dos funcionários para reduzir a Carga de Trabalho ou investir em programas de melhorias na qualidade de vida.

De acordo com Maslach e Leiter (1999), a empresa não considera o problema do desgaste físico e emocional como de sua responsabilidade, atribuindo geralmente a causa ao indivíduo, acreditando nada ter a fazer, independentemente de ter conhecimento para lidar com o problema, dinheiro e tempo. Ao contrário, as organizações, de forma geral, possuem poder e recursos, utilizando “[...] uma abordagem empresarial do desgaste físico e emocional

e no envolvimento no trabalho, com grande potencial para promover mudanças efetivas” (MASLACH; LEITER, 1999, p. 106).

É grande a probabilidade de os profissionais de saúde virem a desenvolver a SB. Investir em estratégias preventivas, portanto, pode servir para reduzir os custos financeiros, aumentar a produtividade e melhorar a qualidade de vida; e, para o funcionário, evitar a dor e o sofrimento impostos pelos sintomas físicos, emocionais, comportamentais e sociais.

Nesse sentido, Shinn e Morch (1983 *apud* MAYER, 2006) referem existir estratégias individuais, coletivas e organizacionais necessárias para o enfrentamento do estresse ocupacional. As estratégias individuais dizem respeito à formação e à capacitação profissional, ou seja, a tornar-se competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, participar de programas de combate ao estresse, entre outros. As estratégias grupais envolvem o apoio grupal, e as estratégias organizacionais consistem em relacionar as estratégias individuais e grupais para que sejam eficientes no contexto organizacional.

Bertolote e Fleischmann (2002) descrevem as seguintes estratégias consideradas eficientes para prevenir o *Burnout*:

- a) Nível individual: diminuir as exigências mediante a imposição de metas mais realistas e gratificantes; oportunidades freqüentes de treinamento do trabalho; estratégias de enfrentamento de problemas dirigidos aos funcionários (e.g., técnicas de gestão do tempo); desenvolvimento de grupos de apoio; assessoramento e orientação aos funcionários muito estressados; manejo do estresse (e.g., atividades individuais e coletivas de auto-ajuda);
- b) Organização do trabalho: treinamento dos supervisores; convocação freqüente dos funcionários e pausas durante a jornada de trabalho; distribuição entre todos os funcionários de tarefas difíceis e menos gratificantes; possibilidade de trabalhar em mais de uma situação ou em mais de um programa para poder alternar atividades gratificantes e não significantes; dar aos funcionários a oportunidade de propor atividades novas e criativas; desenvolvimento profissional para todos os funcionários;

- c) Nível Organizacional: estabelecer metas claras e eficientes; estímulo à autonomia dos funcionários e de sua participação na adaptação de decisões; compartilhar as responsabilidades; estabelecer mecanismos e treinamento dos funcionários para a redução de problemas e conflitos em nível grupal e organizacional.

Sob a perspectiva de saúde organizacional, para enfrentar a fadiga se requer um envolvimento da gerência na melhora de qualidade dos domínios ambientais da tarefa (projetos de tarefas e significância das mesmas), da resolução de problemas (onde as pessoas trabalham juntas para enfrentar os problemas) e no ambiente de desenvolvimento (sistemas organizacionais para melhorar o desenvolvimento de habilidades e carreiras dos funcionários) (COX; LEITER, 1992 *apud* LEKA *et al.*, 2003).

Sauter *et al.* (1998) afirmam que, em geral, os exercícios de ajuste de metas e de planejamento organizacional contribuem para o melhoramento dos ambientes de tarefa. Para melhorar o ambiente de resolução de problemas, requerem-se intervenções na formação de equipe, as quais aumentam a capacidade dos membros do grupo de trabalharem juntos, e treinamento de supervisores para desenvolver-lhes a capacidade de efetivamente delegar autoridade. Para melhorar o ambiente de desenvolvimento, requer-se um exame das atitudes implícitas e explícitas da organização para com o desenvolvimento de habilidades. Para desenvolver os ambientes organizacionais, requer-se um gerenciamento para reavaliar seus valores e práticas fundamentais. Os autores acrescentam que, somente se a fadiga for reconhecida como uma reação aos aspectos do ambiente organizacional, o compromisso e os recursos virão para permitir a resolução do problema.

2.4.9 Instrumentos de medida da Síndrome de *Burnout*

Além do MBI, o instrumento de medida as SB mais utilizado em nosso meio e também internacionalmente, existem outros, dos quais podem ser destacados os mencionados por Garcés de los Fayos, López-Soler e Garcia-Montalvo (1994 *apud* MAYER, 2006) e Moreno-Jiménez *et al.* (2003): *Staff Burnout Scale*; *Indicadores del Burnout*; *Emener-Luck Burnout Scale*; *Tedium Measures (Burnout Measure)*; *Burnout Scale*; *Teacher Burnout Scale*; *Energy Depletion Index*; *Mathews Burnout Scale for Employees*; *Efectos Psíquicos del Burnout*; *Escala de Variables Predictoras del Burnout*; *Cuestionario de Burnout del*

Professorado; Holland Burnout Assessment Survey; Rome Burnout Inventory; Cuestionario Breve de Burnout; Cuestionario de Burnout del Profesorado Revisado; Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería; Inventário de Burnout de Psicólogos.

2.5 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A origem dos estudos em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no *Tavistock Institute* de Londres. Postularam por uma abordagem sócio-técnica da organização do trabalho, com ênfase na relação entre o indivíduo-trabalho-organização, baseada na reestruturação das tarefas e com o objetivo de tornar menos penosa a vida do trabalhador (GUIMARÃES *et al.*, 2004a).

Na década de 1960, as abordagens teórico-conceituais no estudo da QVT enfatizavam os aspectos da reação individual do trabalhador às experiências de trabalho. Já na década de 1970, era dada ênfase à melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando à satisfação no trabalho e à produtividade (GUIMARÃES, 2005).

Segundo Morais *et al.* (2005), o grande impulso em torno da questão QVT deu-se quando aconteceram as lutas de trabalhadores e estudantes contra o sistema taylorista/fordista de produção. Assim, a QVT surge como um esforço para a humanização do trabalho, dado que estruturação deste e das organizações impunha uma adequação do trabalhador aos parâmetros organizacionais, não sendo considerados os seus interesses e desejos. A abordagem da QVT passa a incorporar algumas preferências humanas, no desenho e na gestão de sistemas organizacionais, procurando torná-los mais satisfatórios ao indivíduo, favorecendo ainda sua qualidade de vida geral.

Cardozo (1999) refere que, no início dos anos 1980, houve uma apologia à dedicação exaustiva, aos *workholics*, sendo o trabalho considerado prioritário e a abdicação do lazer e do prazer como metas, trazendo como conseqüência o estresse. Trabalhar readquiriu o rótulo de um mal necessário. A seguir, serão descritos alguns dos principais conceitos sobre QVT.

2.5.1 Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho

O termo Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), que no presente estudo será utilizado indistintamente com o termo Qualidade de Vida Profissional (QVP), foi proposto por Louis Davis que o entendia como um movimento que envolve gerenciamento participativo e democracia industrial. Essa abordagem reflete a preocupação com o bem estar geral dos indivíduos no desempenho de suas tarefas (GUIMARÃES, 2005).

Na história do Trabalho, as abordagens da QVT têm pendulado ao longo e, por vezes, no mesmo momento histórico, ora sendo enfatizados fatores individuais, organizacionais, individuais ou organizacionais, ora uma combinação destes (GUIMARÃES *et al.*, 2004a).

Mayer (2006) coloca que o termo QVT pode ser entendido como uma filosofia de gestão que melhora a dignidade do empregado, realiza mudanças culturais e traz oportunidades de desenvolvimento e progresso pessoal. A QVT, além de uma filosofia, é um conjunto de crenças que engloba todos os esforços para incrementar a produtividade e melhorar o moral (motivação pessoal), enfatizando a participação do empregado, a preservação de sua dignidade e eliminando os aspectos disfuncionais da hierarquia organizacional.

A mesma autora esclarece que a QVT pode ter vários significados, mas, nos últimos anos, consolidou-se como uma filosofia de trabalho nas organizações participativas. Pode-se dizer, então, que QVT é uma forma diferente de vida dentro da organização que busca o desenvolvimento do trabalhador, assim como a eficiência empresarial. É possível pensar que existe QVT quando os membros de uma organização são capazes de satisfazer necessidades pessoais importantes através de sua vivência na organização, o que engloba, portanto, a preocupação com o efeito do trabalho nas pessoas, com a eficácia da organização e com a idéia da participação dos trabalhadores na solução de problemas e tomada de decisões.

O tema QVT tem sido tratado como um leque extenso e, comumente, ambíguo. As definições vão desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança até atividades voluntárias dos empregados e empregadores nas áreas de lazer, motivação, entre outras. Esses caminhos levam grupos, comunidades do mundo inteiro à discussão das condições de vida e do bem-estar profissional, mas na verdade essa discussão diz respeito ao

que pode ser feito para atender a expectativas tanto por gestores, como por usuários das ações de QVT nas organizações (LIMONGI-FRANÇA, 2004).

Nadler e Lawer (1983 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004a), descrevem a evolução pela qual passou o conceito de QVT, entre os anos de 1959 e 1983, contendo previsões futuras, caracterizadas por um pessimismo que parece não se confirmar (QUADRO 5).

QUADRO 5 - Cronologia das definições da Qualidade de Vida no Trabalho

Período	Foco principal	Definição
1959/1972	Variável	A QVT é tratada como reação individual ao trabalho ou às conseqüências pessoais da experiência do Trabalho.
1969/1975	Abordagem	A QVT dava ênfase ao indivíduo antes de dar ênfase aos resultados organizacionais, mas ao mesmo tempo era vista como um elo dos projetos cooperativos do trabalho gerencial.
1972/1975	Método	A QVT foi o meio para o engrandecimento do ambiente de trabalho e a execução de maior produtividade e satisfação.
1975/1980	Movimento	A QVT, como movimento, visa à utilização dos termos “gerenciamento participativo” e “democracia industrial” com bastante freqüência, invocador como ideais do movimento.
1979/1983	Tudo	A QVT é vista como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade.
Previsão futura	Nada	A globalização da definição trará como conseqüência inevitável a descrença de alguns setores sobre o termo QVT, e para estes QVT nada representará.

Fonte: Nadler e Lawer (1983 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004a, p. 212).

Atualmente, a QVT busca resgatar a humanização do ambiente total da instituição, dando ênfase ao equilíbrio entre trabalho e lazer, resultando numa melhor qualidade de vida, isto é, na transformação do ambiente de trabalho em um local mais humano. A QVT é entendida como “[...] aquilo que cada trabalhador acha que é”, ou seja, é a percepção subjetiva do trabalhador acerca de seu trabalho (CARDOZO, 1999, p. 106).

Ciborra e Lanzara (1985 *apud* LACAZ, 2000, p. 154) ressaltam que são várias as definições sobre QVP, como características intrínsecas das tecnologias introduzidas e o seu impacto; aspectos econômicos; fatores ligados à saúde física, mental, segurança e aspectos psicológicos, entre outras; consideram ainda, que:

[...] a QVT é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, [...] fatores organizativos e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercer sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

A QVT ainda pode ser definida como o sentimento de bem-estar proveniente do equilíbrio que o indivíduo percebe entre as demandas da profissão e dos recursos (psicológicos, organizacionais e sociais) de que dispõe para enfrentar estas demandas. Assim, o trabalhador necessita um desenvolvimento ótimo na esfera familiar, pessoal e profissional para se poder falar em QVT (RUBIO *et al.*, 2003).

Casas *et al.* (2002) consideram a QVT como um processo dinâmico e contínuo em que a atividade laboral está organizada objetiva e subjetivamente, tanto em seus aspectos operativos como relacionais, de forma a contribuir com o mais completo desenvolvimento do ser humano. Trata-se de conciliar aos objetivos organizacionais os aspectos do trabalho que estão relacionados com as experiências humanas. Para os autores, o conceito de QVT é multidimensional, podendo agrupar-se as dimensões que o compõem em dois grandes blocos: os aspectos da QVT que estão relacionados com o trabalho e os que estão relacionados com as experiências psicológicas dos trabalhadores.

Considine e Callus (2002) em concordância com os autores anteriormente citados, referindo que a QVT é um construto multidimensional dinâmico que inclui atualmente conceitos como segurança de trabalho, sistemas de recompensas, oportunidades do avanço do treinamento e da carreira e participação na tomada de decisão. Assim, a QVT foi definida como as estratégias do ambiente de trabalho, operações e ambiente que promovam e mantenham a satisfação dos funcionários com o objetivo de melhorar as condições do trabalho e a eficácia organizacional.

A QVT pode ser entendida como um conjunto de ações de uma organização que envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, propondo condições de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho (LIMONGI-FRANÇA; ALBUQUERQUE, 1998).

Sato (1999 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004a) refere que a QVP vem resgatar noções de motivação, satisfação, saúde, segurança no trabalho, formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

2.5.2 Abordagens teóricas sobre Qualidade de Vida no Trabalho

Nos dias atuais, há uma considerável diversidade de abordagens teóricas no estudo de QVP, em virtude de variações culturais e contextos sócio-políticos. No entanto, essas diferenças se complementam, podendo proporcionar ao tema uma visão mais abrangente e integrada.

Nesse sentido, Guimarães *et al.* (2004a) referem que as abordagens teóricas preferenciais nas quais estão centradas a maioria das investigações realizadas (que por sua vez auxiliam a operacionalização das práticas gestoras nas organizações), são encontradas nas Teorias da Administração, na Saúde Ocupacional, na Psicologia da Saúde, ou na Psicologia Organizacional. Esses autores afirmam a existência de várias conceituações sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), algumas possivelmente complementares, outras, muitas vezes inconciliáveis e contraditórias, em concordância com o exposto por Limongi-França e Rodrigues (1999)

A abordagem proposta por Turner e Lawrence (1965 *apud* CARDOZO, 1999) estuda o comportamento do trabalhador, propondo seis atributos relacionados à tarefa: variedade, autonomia, interação exigida, interação operacional, conhecimento e habilidade, responsabilidade. Posteriormente, em 1971, esses autores acrescentaram que esses atributos estão relacionados à satisfação com o trabalho e ao absenteísmo.

Hackman e Lawler (1971 *apud* CARDOZO, 1999) propuseram quatro dimensões da tarefa para a satisfação pessoal: a) a variedade, b) a autonomia, c) a identidade e d) o *feedback*, baseados na teoria da motivação de Herzberg que postulou que a motivação emana da própria tarefa e do conteúdo do cargo ocupado. Tais dimensões da tarefa aumentavam a motivação do trabalhador. A motivação e a satisfação determinam o surgimento de três estados psicológicos: significância percebida, isto é, o valor atribuído ao trabalho, o grau com que a pessoa percebe o seu trabalho como importante e significativo; responsabilidade percebida em relação aos resultados de seu trabalho; e conhecimento dos resultados do

trabalho relacionado ao desempenho efetivo na tarefa (CARDOZO, 1999; MORAIS *et al.*, 2005).

Walton (1973 *apud* CARDOZO, 1999) utiliza como critérios para analisar a QVT a compensação adequada e justa; as condições de Segurança e Saúde do Trabalho; a oportunidade imediata para a realização e o desenvolvimento da capacidade humana; e a oportunidade futura para crescimento contínuo e segurança. Acredita que a sociedade industrial à mercê do avanço tecnológico, da produtividade industrial e do crescimento econômico, usa a expressão qualidade de vida com frequência, para mostrar alguns valores ambientais e humanos que são negligenciados.

Lippitt (1978 *apud* MARQUES *et al.*, 2006) agrupou os critérios acima citados de Walton (1973 *apud* CARDOZO, 1999) em quatro fatores: o trabalho em si, o indivíduo, a produção do trabalho, as funções e a estrutura da organização. Já Westley (1979 *apud* MARQUES *et al.*, 2006) descreve vários problemas que podem ser obstáculos à QVT e agrupa-os em: políticos, econômicos, psicológicos e sociológicos.

Hackman e Oldhman (1975 *apud* MARQUES *et al.*, 2006) aperfeiçoaram o modelo teórico anterior de Hackman e Lawler e consideram as características da tarefa do indivíduo como viabilizadoras de satisfação por meio da criação de estados psicológicos críticos: variedade da tarefa e talentos exigidos na execução da atividade; identidade da tarefa, isto é, o nível em que é possível, na execução da tarefa, identificar a realização de um trabalho completo; significado da tarefa refere-se aos graus com que a tarefa impacta a vida ou o trabalho de outras pessoas; autonomia, liberdade do indivíduo de planejar a forma de realização do trabalho; *feedback* extrínseco, decorrente da avaliação do desempenho realizado por terceiros; *feedback* intrínseco, determinado quando a própria atividade fornece ao indivíduo possibilidade de avaliar seu desempenho e contato com pessoas na realização das atividades.

De acordo com os autores acima citados, além dessas variáveis, o modelo considera ainda os seguintes grupos de variáveis: resultados pessoais e do trabalho que ponderam as reações afetivas do indivíduo ao desempenhar suas atividades laborais; satisfações contextuais, que ponderam a satisfação com as variáveis de possibilidade de crescimento, de supervisão, de segurança nas tarefas que executa, de compensação e ambiente social; necessidade individual de crescimento, relacionado às características da tarefa e as respostas

individuais. Esse modelo se encontra operacionalizado por meio do questionário *Job Diagnostic Survey* (JDS) desenvolvido por Hackman e Oldham (1975 *apud* MARQUES *et al.*, 2006; MORAIS; FERREIRA; ROCHA, 2005; CARDOZO, 1999) e vastamente empregado em pesquisas sobre QVT.

Huse e Cummings (1985 *apud* CARDOZO, 1999) consideram a QVT uma forma de pensamento que envolve pessoas, trabalho e organização, enfatizando a preocupação com o trabalhador, com a eficácia organizacional e com a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas relacionados ao trabalho. Os autores atribuem às intervenções em QVT o efeito direto sobre a produtividade pela melhoria da comunicação e coordenação, da motivação dos funcionários e da carreira individual e, ainda, uma influência indireta na produtividade pelos efeitos da melhoria do bem-estar e da satisfação dos trabalhadores (GUIMARÃES *et al.*, 2004a).

Vários estudos foram realizados no Brasil com diversas categorias profissionais (CARDOZO, 1999) com o objetivo de uma maior valorização da pessoa, pela melhoria de suas condições de trabalho e pelo respeito e preservação de sua dignidade e cidadania.

Para Limongi-França (2004), considerando o conjunto e a natureza das indagações em torno da QVT e dos vários conceitos, critérios, abordagens e outros meios de discussão sobre o tema, podem-se agrupar as dimensões sob as quais o tema é abordado em escolas de pensamento. As escolas de pensamento propostas são: socioeconômica, organizacional e condição humana no trabalho:

- a) Escola Socioeconômica: a contribuição mais importante na área da organização sociopolítica das nações é caracterizada pela terceira via, com o objetivo de auxiliar os cidadãos a abrir seu caminho por meio das mais importantes revoluções da atualidade: globalização, transformação na vida pessoal e relacionamento com a natureza. Os valores difundidos pelo dilema da terceira via estão sustentados nos seguintes princípios básicos: desenvolvimento da cidadania, responsabilidades e projetos sociais, igualdade com liberdade, preservação do meio ambiente e desenvolvimento sustentável. Para Giddens (1998 *apud* LIMONGI-FRANÇA, 2004), esses dilemas não são separados quando se fala em QVT; começam com a análise das relações de trabalho neste período de globalização e das suas contradições, o que tem impulsionado novas relações de trabalho e tendências que,

seguramente, estão refletindo na segurança, saúde e nas expectativas dos trabalhadores. Inclusive novas tendências ou novos paradigmas estão surgindo, e há, portanto, consciência da construção social da saúde pública, por vários atores sociais envolvidos no processo de saúde e doença das pessoas;

- b) Escola Organizacional: a QVT envolve uma dimensão específica do local no qual as relações de produção ocorrem, surgindo relações de trabalho, práticas e valores abordadas sob novos conceitos de condição humana de Trabalho, em extenso conjunto de contribuições submetidas à perspectiva organizacional, no que diz respeito a competência, estratégia, cultura e talento. Nas contribuições da escola organizacional, são enfatizadas as seguintes características: expansão dos processos de qualidade e produtividade e de qualidade pessoal, política de gestão de pessoas (valorização e capacitação), *marketing* (imagem corporativa e comunicação interna), tempo livre (desenvolvimento cultural, hábitos de lazer e esporte) e risco e desafio como fatores de motivação e comprometimento;
- c) Escola Condição Humana no Trabalho: a condição biopsicossocial humana, dimensões biológica, psicológica e social coexistem simultaneamente às condições de vida, podendo variar combinações e intensidades nesses três níveis. Na visão psicossomática, “[...] a pessoa prevalece como ente biopsicossocial, e os fatores psicossociais são fundamentais para a explicação da saúde e da doença da sociedade moderna” (LIMONGI-FRANÇA, 2004, p. 28). Mesmo não existindo uma definição precisa do conceito de QV nesta Escola de pensamento, nela estão presentes os aspectos fundamentais referentes ao constructos de subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas.

Para Limongi-França (2004), as dimensões socioeconômicas, organizacionais e de condições humanas no Trabalho devem proporcionar definições de critérios, procedimentos metodológicos e metas de gerenciamento e definição da natureza dos resultados. É possível identificar, em vários níveis de análise, os vários esforços designados QVT, entre eles, os modelos de gestões, as práticas organizacionais e os elementos que caracterizam a missão QVT nas organizações. A criação de escolas que visem integrar e localizar as demandas de qualidade de vida nas organizações pode ser um avanço admirável na consolidação da competência administrativa.

De acordo com Howie *et al.* (1992) e Cabezas-Peña (2000), a QVP dependerá de distintos fatores, alguns de ordem pessoal (idade, sexo e personalidade) e/ou familiar (estado civil e apoio familiar) e outros especificamente ocupacionais (recompensas, salários e carreira profissional), que podem ser comuns a toda a organização e/ou se alterar mediante mudanças que dependem de esferas superiores. Por último, outros fatores relacionados ao reconhecimento profissional, às condições de trabalho e ao estilo de direção, podem ser modificados a curto e médio prazos.

Cabezas-Peña (1999 *apud* GUIMARÃES, 2005, p. 12) autor do Questionário de Qualidade Profissional utilizado nesta investigação, o QVP-35, conceitua a QVT como uma “[...] experiência de bem-estar, secundária à percepção de equilíbrio entre as demandas ou cargas de trabalho e os recursos (psicológicos, organizacionais e reacionais) disponíveis para enfrentá-las”.

O QVP-35 realiza uma medida multidimensional da percepção da QVP, e sua utilização em vários estudos aponta a possibilidade de considerá-lo um instrumento que permite a comparação em diferentes situações (MARTÍN *et al.*, 2004).

No Brasil, a validação do instrumento QVP-35 foi realizada por Guimarães *et al.* (2004a). Segundo os autores, essa validação demonstrou características satisfatórias de confiabilidade e validade em que se obteve um Alfa de Cronbach de 0,81 para os domínios e de 0,89 para as questões (itens), possibilitando a sua utilização entre profissionais da área da saúde e a sua aplicação estudo. A obtenção de dados normativos poderá servir como parâmetro de comparação em outros estudos de diferentes categorias profissionais.

2.5.3 Qualidade de Vida no Trabalho em trabalhadores da área de saúde

A abordagem de QVT nas organizações da área de saúde tem experimentado mudanças no decorrer dos tempos e tem-se submetido às mesmas, na determinação dos serviços prestados em direção a qualidade total.

O princípio de que as pessoas são o principal ativo das organizações se cumpre de forma especial, no caso das organizações da área da saúde. Tanto é assim que a qualidade dos serviços prestados por essas organizações se relaciona diretamente com a satisfação dos profissionais que as integram. A satisfação laboral dos trabalhadores é um objetivo das

organizações em geral e da área de saúde em particular, imprescindível para garantir a manutenção do capital humano e uma melhor qualidade dos serviços prestados (JORGE-RODRIGUEZ *et al.*, 2005). Sendo assim, a satisfação com o trabalho é considerada um dos indicadores da QVT.

Nessa direção, Rubio *et al.* (2003) consideram que o profissional de saúde exerce papel de protagonista e desfruta de uma liberdade considerável de atuação. O grau da qualidade dos serviços prestados no sistema de saúde está relacionado ao grau de satisfação do profissional, inclui qualquer avaliação de qualidade global de uma organização.

Num estudo realizado por Considine e Callus (2002), a maioria dos trabalhadores australianos estudados (n=1001) demonstrou ter bom relacionamento com colegas e interesse e satisfação pelo trabalho. Uma minoria revelou descontentamento com seus níveis de estresse e referiu desequilíbrio nas relações trabalho-família.

Para Espuny e Martín (1998), é notório que a satisfação e o bem-estar laboral influenciam tanto na qualidade dos serviços, quanto no comportamento eficaz dos profissionais. Adequar o sistema de saúde às necessidades reais da população pode modificar o conceito de qualidade de vida no ambiente laboral, na medida em que pode produzir discrepância entre as expectativas dos profissionais e do papel esperado do serviço de saúde e, ainda, pode gerar sentimentos negativos em relação ao sistema de saúde e ao próprio desempenho profissional, inclusive agravar o sentimento de satisfação e bem-estar profissional.

Para determinar o grau de satisfação laboral, Raga, Arribas e Hidalgo (1997) realizaram um estudo com médicos e enfermeiros em equipe de Atenção Primária. Os resultados obtidos não foram diferentes quanto à satisfação laboral e insatisfação quanto a aspectos como incentivos e oportunidades de desenvolvimento profissional. As diferenças observadas estão relacionadas à profissão e ao local de trabalho e, no caso dos médicos, também à sua especialidade.

Krueger *et al.* (2002) identificaram os preditores da organização da satisfação no trabalho, entre os quais, a satisfação do trabalhador pelo reconhecimento da organização, a comunicação aberta entre a equipe e a equipe frequentemente sobrecarregada, em um sistema de cuidados à saúde de seis organizações independentes. Os achados obtidos indicam que a satisfação do trabalho é um constructo multidimensional, e, embora pareça haver alguns

aspectos comuns, alguns preditores da satisfação parecem ser específicos da organização e do contexto laboral.

No Brasil, Gouveia *et al.* (2005) realizaram um estudo que teve por objetivo adaptar e validar para a população nacional de médicos um instrumento que mede a satisfação com a vida, a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), a qual detectou que, apesar das condições de adversas de trabalho que os médicos têm enfrentado na última década, no geral esses profissionais sentem-se satisfeitos com suas vidas, sendo classificados como ligeiramente satisfeitos. O item da escala de maior destaque reflete o sentimento de auto-realização, o cumprimento com o dever de ser médico, tornando-o um dos profissionais mais respeitados e admirados pela população em geral. Observou-se, ainda, que os médicos mais velhos apresentam maior satisfação com a vida, dado que, estes gozam de estabilidade e de realização pessoal, o que lhes permite, inclusive, maior otimismo diante da vida.

A satisfação dos pacientes é um indicador dos resultados dos serviços prestados; a satisfação dos médicos e profissionais de enfermagem, provavelmente também. A satisfação das pessoas com seu trabalho é uma das variáveis mais importantes relacionadas ao comportamento organizacional e da QV (FERNÁNDEZ SANMARTIN *et al.*, 1995 *apud* JORGE-RODRIGUEZ *et al.*, 2005).

As pessoas que trabalham procuram satisfazer suas necessidades biológicas, de segurança, relação social, autoestima e autorealização. Mas, devido à realidade do Trabalho, freqüentemente a relação das condições de vida do Trabalho são relacionadas com o estresse laboral, saúde mental, bem-estar pessoal, desempenho profissional e a síndrome de *Burnout* (SÁNCHEZ; VILLA, 2005; JORGE RODRIGUEZ *et al.*, 2005).

Sanchez-González, Alvarez-Nido e Lorenzo-Borda (2003) enfatizam que a motivação no é o resultado de uma série de relações entre o esforço individual, o rendimento obtido, as recompensas organizacionais e os objetivos individuais. Porém, qualquer trabalhador é suscetível ao desânimo e à perda de entusiasmo, e os que mais correm riscos são aqueles que lidam com o público, especialmente os das áreas da educação, social e de saúde.

Sanchez-González *et al.* (2003) concluem, ainda, que os profissionais de saúde estão submetidos à sobrecarga assistencial por parte de alguns pacientes, cada vez mais exigentes e críticos.

A QVT atua sobre aspectos importantes para o desenvolvimento psicológico e sócio-profissional da pessoa e produz motivação para o trabalho, capacidade de adaptação nos ambientes de trabalho, criatividade e vontade para inovar ou aceitar as mudanças da organização.

Sánchez e Villa (2005) dizem que, se houver uma precária QVT, poderá ocorrer insatisfação e comportamentos desajustados, tais como erros de desempenho, absenteísmo entre outros. Ao contrário, uma alta QVT pode melhorar o desenvolvimento psicológico, e a própria organização poderá também reduzir os mecanismos rígidos de controle.

As pessoas, em função de sua maneira de ser, podem influenciar as condições do Trabalho, pois as diferenças individuais são um componente importante a ser considerado, sendo necessário contemplar essa problemática por meio de uma perspectiva integral que considere um ajuste dinâmico entre a pessoa, o ambiente de trabalho e a própria organização.

Guimarães *et al.* (2004b) referem que os profissionais da saúde relatam, como eventos estressores, problemas relativos à falta de segurança no trabalho, sobrecarga, condições de funcionamento deteriorado, mudanças nas estruturas organizacionais, diminuição de tempo junto aos pacientes, baixa remuneração, entre outros. Esses aspectos devem ser considerados como determinantes para haver ou não a satisfação no trabalho e a saúde dos profissionais desta área.

Lehto (2004) descreve os resultados do Levantamento Estatístico sobre Qualidade de Vida dos trabalhadores realizado na Finlândia, desde 1977. Foram realizados cinco estudos comparativos que avaliaram o ambiente psicológico e social do Trabalho, experiência, condições de emprego, satisfação, entre outros. Observou-se que as várias incertezas a respeito do trabalho e de estresse decorrente relacionado são associadas claramente à ocorrência dos conflitos no ambiente ocupacional. A constatação do ritmo aumentado do trabalho particularmente após os anos 1990, acidentes, insônia, fadiga, apatia e falta de energia são mudanças que ocorreram no ambiente de trabalho num período de 25 anos.

A insatisfação e a SB são dois fenômenos cada vez mais frequentes entre os profissionais de saúde de todo mundo e um motivo de preocupação para os pesquisadores dos serviços da área de saúde, profissionais, administradores. A insatisfação laboral dos médicos influencia na qualidade de atenção e relação com seus pacientes e no cumprimento do tratamento de seus enfermos. Por isso, a satisfação e a motivação dos profissionais são

consideradas um dos três objetivos de qualquer sistema de saúde, e juntamente a assistência à saúde com qualidade e com a satisfação subjetiva dos usuários (MUÑOZ-SECO *et al.*, 2006).

Após a integração de três centros de saúde em Ontário, Canadá os trabalhadores (administradores, gerentes, enfermeiras, médicos, profissionais técnicos, entre outros) perceberam o ambiente de trabalho como estressante e penoso. Assim, Lees e Kearns (2005), desenvolveram um planejamento estratégico envolvendo os dirigentes e funcionários, focalizando a QVT para construir “uma organização centrada na pessoa”, e seis temas foram incluídos como necessários à melhoria da equipe profissional: comunicação ineficiente, absenteísmo, reconhecimento e compensação não-monetária, desenvolvimento de liderança e estabelecimento de suporte para as necessidades da equipe de médicos e enfermeiros, baseada em baixas pontuações no resultado da pesquisa, melhorando assim a QVT.

Com objetivo de estudar a QVT sobre o enfoque da satisfação no trabalho, Schmidt e Dantas (2006) avaliaram profissionais de enfermagem que atuam em unidade cirúrgica em quatro hospitais de cidade de Londrina, Brasil. Observaram que a remuneração foi considerada como fonte de menor satisfação, enquanto o domínio *status* profissional, o de maior satisfação.

Corral e Isusi (2003) relatam a pesquisa realizada pelo governo espanhol desde 1999. O estudo objetivou avaliar a situação dos trabalhadores no ambiente de trabalho, fornecendo dados das atividades que realizam e suas relações no trabalho e percepções sobre suas condições de trabalho. De forma geral, os trabalhadores espanhóis são satisfeitos com o trabalho, a maioria aprova suas condições de segurança, e as relações entre colegas são positivas. Além disso, os níveis do estresse parecem ter diminuído ao longo do tempo.

Os trabalhadores de Singapura percebem a QVT como: envolvimento, autonomia, realização, desafio, responsabilidade pessoal, possibilidade de tomar decisões e desenvolver habilidades e interesses. Assim, possuem uma percepção elevada de QVT, não havendo nenhum impacto negativo na vida pessoal (WYATT; WAH, 2001).

Um estudo realizado por Piccinini e Tolfo (1998) sobre as melhores companhias para se trabalhar no Brasil identificou oito dimensões percebidas pelos trabalhadores, sendo positivas ou negativas em sua situação do trabalho referentes a salários e benefícios, oportunidade da carreira, liberdade de comunicação entre gerentes e empregados, segurança

nos gerentes, orgulho do trabalho e da companhia, falta de abertura interpessoal, treinamento e desenvolvimento e inovação no sistema do trabalho.

Os resultados mostraram que as companhias brasileiras oferecem benefícios com ênfase na saúde dos trabalhadores, seguidos por treinamento e por desenvolvimento, relacionamentos e oportunidades de carreira.

2.5.4 Estudos realizados com o QVP-35

Rubio *et al.* (2003) e Sánchez-González, Álvarez-Nido e Lorenzo-Borda (2003) utilizaram o QVP-35 como instrumento para avaliar os fatores associados à percepção da QVP em profissionais da área da saúde em diferentes áreas de Madri. Nesses estudos, os resultados foram correlacionados com uma menor percepção de apoio organizacional, Carga de Trabalho aumentada, e constataram que a percepção de QVT encontra-se em nível moderado-baixo (área 10) e nível médio (área 11) nos profissionais em geral; entretanto destaca-se um nível mais acentuado entre os médicos e auxiliares de Enfermagem. Já Fernández, Carbajo e Vidal (2002) encontraram um nível de percepção aceitável de QVT global dos profissionais estudados, que percebem apoio médio e possuem uma motivação intrínseca elevada para enfrentar as altas demandas de seu trabalho.

De acordo com Muñoz-Seco *et al.* (2006), o clima organizacional influencia a QVT em profissionais da área da saúde, especialmente a motivação e o apoio da direção. Assim, o compromisso melhora a motivação intrínseca e a percepção de demanda, e o apoio da direção, melhora a coesão entre os trabalhadores e o trabalho em equipe. Outro fator que também influencia a QVT na área de Enfermagem é haver um baixo risco de estresse laboral, elevada auto-estima e satisfação (SÁNCHEZ; VILLA, 2005).

3.1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Participaram da pesquisa profissionais de enfermagem e médicos de um Hospital privado da cidade de Cascavel – PR.

3.2 HIPÓTESES

- Profissionais com maiores índices de SB apresentam menor percepção de QVP.
- Profissionais com maior tempo de exercício na função, apresentam pior percepção de QVP e presença de uma das dimensões da SB.
- O nível de SB obtido pelos profissionais de enfermagem e pelos médicos difere.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo geral

- Avaliar a presença e o nível da SB e da QVP e as repercussões da SB na percepção da QVP dos profissionais de enfermagem e dos médicos de um Hospital privado da cidade de Cascavel – PR.

3.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os aspectos sócio-demográficos e ocupacionais da amostra.
- Associar os dados obtidos sobre a SB com as características sócio-demográficas e ocupacionais.
- Associar resultados da QVP com características sócio-demográficas e ocupacionais.
- Associar os resultados obtidos sobre a SB com os de QVT.

- Associar os resultados obtidos sobre a SB e a QVP com as características sócio-demográficas e ocupacionais.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 *LOCUS DA PESQUISA*

O hospital privado da cidade de Cascavel – PR no qual foi realizada esta investigação, conta com aproximadamente 9.000m² de área construída, 125 leitos, centro cirúrgico com 8 salas, das quais 2 para Obstetrícia. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral conta com 10 leitos, e a UTI Neonatal, com 14. Em hemodinâmica são realizados cateterismo cardíaco, angioplastia e arteriografia. O hospital possui Serviço de Diagnóstico por Imagem com Raios-X e aparelho Arco em C, um corpo clínico composto por 268 médicos e 337 funcionários, além de Pronto Socorro 24 horas. A alta complexidade desponta em Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia e Terapia Intensiva.

4.2 PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os médicos plantonistas do Hospital (n=38), seguintes dos setores: Maternidade, Pronto Socorro, UTI Geral e UTI Neonatal e todos os profissionais de enfermagem (n=136), distribuídos nos setores de: Maternidade, Pronto Socorro, UTI Geral, UTI Neonatal, Centro de Materiais Cirúrgicos, Alas I, II, III, VII, Supervisão, Chefia e Folguista.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Foram incluídos todos os médicos plantonistas dos seguintes setores: Maternidade, Pronto Socorro, UTI Geral e UTI Neonatal.
- Foram incluídos todos os profissionais que faziam parte da equipe de Enfermagem e eram funcionários contratados pelo hospital.
- Foram incluídos todos que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

O presente estudo, em sua fase de coleta de dados, foi conduzido integralmente pela pesquisadora. Foram utilizados: computador, folhas de papel sulfite, canetas para a aplicação dos questionários, com custo mínimo.

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

4.4.1 Questionário de dados sócio-demográficos e ocupacionais

O Questionário de dados sócio-demográficos e ocupacionais foi obtido a partir das informações preliminares contidas nos Questionários MBI e de QVP-35: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, tempo de ocupação, jornada de trabalho, carga horária, número de pessoas que atende diariamente, tempo médio gasto para cada pessoa, entre outras.

4.4.2 Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35)

O Questionário QVP-35 foi desenvolvido por Cabezas-Peña (1999) e validado para uso no Brasil por Guimarães *et al.* (2004b) (ANEXO). Permite uma medida multidimensional da Qualidade de Vida Profissional mediante 35 questões fechadas, relacionadas à percepção que o trabalhador tem das condições de seu trabalho em uma escala de 1 a 10 que abrange as categorias: Nada (valores 1-2), Pouco (3-4-5), Bastante (6-7-8) e Muito (9-10). As questões são agrupadas em oito dimensões: Desconforto Relacionado ao Trabalho (DRT) (D1, 5 itens), Apoio Organizacional (AO) (D2, 10 itens), Carga de Trabalho (CT) (D3, 5 itens), Recursos Relacionados ao Trabalho (RRT) (D4, 4 itens), Apoio Social (AP) (D5, 3 itens), Motivação Intrínseca (MI) (D6, 4 itens), Capacitação para o Trabalho (CRT) (D7, 3 itens) e Percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (D8, 1 item). Posteriormente, essas dimensões são agrupadas em três dimensões (fatores): Apoio Organizacional (AO), Carga de Trabalho (CT) e Motivação Intrínseca (MI). Existem duas questões que não se podem incluir nessas dimensões: Percepção de QVT e Capacidade de Desligar-se do Trabalho.

4.4.3 O Questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

O MBI é o instrumento mais utilizado para verificação da Síndrome de *Burnou* em nosso meio e no mundo. Esse instrumento foi criado por Maslach e Jackson (1986). Uma de suas validações brasileiras foi realizada por Tamayo, M. (2003), versão utilizada neste estudo. Trata-se de um questionário de 20 itens com cinco opções de respostas (escala de *Likert* de 1 a 5) os quais avaliam os sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho, nas seguintes sub-escalas: Cansaço Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. Das pontuações da escala total se obtém a soma dos valores dos 20 itens. As sub-escalas de Cansaço Emocional e Despersonalização indicam maior desgaste na maior pontuação. A Realização Pessoal funciona em sentido inverso, indicando maior desgaste nas pontuações baixas. Para a análise das sub-escalas, comparam-se os resultados numa escala de 0 a 100 mediante a porcentagem de pontos obtidos.

Tendo em vista que esse instrumento é de uso exclusivo do Psicólogo, sua colocação em anexo é vetada pela autora e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DOS PROCEDIMENTOS E DA PESQUISA

Para a viabilização deste estudo, foram seguidas as seguintes recomendações: as do CFP por meio da Resolução n. 016 de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidas na Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996, tratando-se de investigação não invasiva e que não envolveu qualquer tipo de manipulação que pudesse atentar contra a ética em pesquisa (APÊNDICE A). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (APÊNDICE B).

Inicialmente um estudo piloto foi realizado no Hospital de Olhos de Cascavel – PR, onde 10 participantes foram escolhidos aleatoriamente (cinco profissionais de enfermagem e cinco médicos) para conhecer o tempo aproximado de aplicação dos instrumentos, fazer eventuais ajustes necessários e familiarizar a pesquisadora com variáveis não cotejadas inicialmente no procedimento de campo.

Para a viabilização do presente estudo foi realizado contato com o Setor de Relações Públicas do hospital, com o objetivo de solicitar à Diretoria a autorização, que foi assinada pela Diretora Administrativa do Hospital em 24 de março de 2005 (APÊNDICE C).

A partir de uma listagem fornecida pelo setor de Recursos Humanos, definiu-se a amostra a ser pesquisada: $n = 174$ (136 profissionais de enfermagem e 38 médicos).

Esta pesquisa envolveu duas etapas: piloto e principal. Os profissionais que participaram da pesquisa foram convidados por meio de um comunicado interno e também procurados pessoalmente pela pesquisadora para explicar o objetivo da pesquisa e entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Aqueles que concordaram em participar receberam os questionários. Adotou-se o seguinte procedimento: a partir da segunda hora de cada turno: manhã (07h/13h); tarde (13h/19h) e noite (19h/07h), procurando-se o maior número de participantes, todos os dias da semana, durante aproximadamente 30 dias. A coleta de dados iniciou-se em novembro 2005 e terminou em dezembro de 2005.

4.6 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados coletados foram primeiramente armazenados em planilhas *Excel*. A seguir, foram confeccionadas planilhas (*Excel*) para correção automática dos instrumentos de pesquisa. Para a análise estatística, foi utilizado o *software* estatístico *Minitab for Windows* – versão 14.1.

Foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- a) Classificação das respostas e das médias da QVT e das médias e níveis de SB;
- b) Descrição da amostra em grupos Sócio-Demográficos (sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade) e Sócio-Ocupacionais (cargo, tempo de serviço, setor administrativo, dedicação, cargo de chefia, trabalhar em outra instituição, tempo de serviço e carga horária semanal);
- c) Foi testada a independência entre as classificações das respostas e as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais por meio do teste *Qui-Quadrado*;

- d) Estudo de correlação através do coeficiente de correlação de *Pearson*, para conhecer como e quais variáveis foram correlacionadas e se existiria alguma relação entre elas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram convidados a participar do estudo 174 profissionais da área da saúde (38 médicos e 136 profissionais de enfermagem), população total de profissionais que exerce seu trabalho no Hospital Policlínicas de Cascavel – PR. Participaram do estudo 155 profissionais da área da saúde (89%), dos quais 123 da Enfermagem (90,4%) e 32 médicos (84,2%).

A Tabela 1 mostra a Distribuição das frequências e porcentagens das características sócio-demográficas referentes à amostra, que foi composta por 76,6% de participantes do sexo feminino e 23,3% do masculino. A faixa etária predominante foi de 21 até 30 anos (42,7%); 58,7% são casados, 36,1% não possuem filhos, e a maioria (60,5%) cursou o ensino médio.

TABELA 1 - Distribuição das frequências e porcentagens das características sócio-demográficas da amostra (n=155)

Variáveis	Categoria	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	118	76,6
	Masculino	36	23,3
	Total	154	100,0
Idade	De 21 a 30 anos	65	42,7
	De 31 a 40 anos	51	33,5
	Acima de 41 anos	36	23,6
	Total	152	100,0
Estado Civil	Casado	91	58,7
	Solteiro	50	32,2
	Separado	14	9,0
	Total	155	100,0
Filhos	Não possui filhos	55	36,1
	Apenas 1 filho	48	31,5
	Mais que 1 filho	49	32,2
	Total	152	100,0
Escolaridade	Ensino Médio	92	60,5
	Universitário	44	28,9
	Especialização	10	6,5
	Mestrado	6	3,9
	Total	152	100,0

A Tabela 2, mostra a distribuição das frequências e porcentagens dos dados ocupacionais da amostra. Quanto ao Cargo, 79,3% são profissionais de enfermagem e 20,6% são médicos; a maioria trabalha por um período de até 10 anos (60,3%). Não trabalham no setor administrativo 76,6% dos profissionais, bem como não ocupam cargo de chefia, 90,1% deles. O trabalho em regime de plantão ocorre em 87,5 casos e 56,1% dos profissionais trabalham em outra instituição.

Em geral, os profissionais atendem, por dia, em média 14,5 (DP=14,0) pacientes, com carga horária média de 36 horas/semanais (DP=10,0).

TABELA 2 - Distribuição das frequências e porcentagens dos dados ocupacionais da amostra (n=155)

Variáveis	Categoria	Frequência	Porcentagem
Categoria profissional	Enfermagem	123	79,3
	Médico	32	20,6
	Total	155	100,0
Tempo de serviço	Até 10 anos	93	60,3
	De 11 a 20 anos	38	24,6
	Acima de 20	23	14,9
	Total	154	100,0
Setor administrativo	Não	115	75,6
	Sim	37	24,3
	Total	152	100,0
Dedicação	Exclusiva	19	12,4
	Plantão	134	87,5
	Total	153	100,0
Cargo de chefia	Não	137	90,1
	Sim	15	9,8
	Total	152	100,0
Trabalha em outra instituição	Não	68	43,8
	Sim	87	56,1
	Total	155	100,0

5.2 CORRELAÇÕES ENTRE OS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS, SB E QVP-35

A seguir, serão demonstradas as análises que foram estatisticamente significativas dos instrumentos MBI (Síndrome de *Burnout*) e QVP-35 (Qualidade de Vida Profissional) com suas respectivas correlações e dependências entre os dados sócio-demográficos e sócio-ocupacionais com as variáveis em estudo.

Para análise das correlações, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Para as análises das dependências, foi usado o teste *Qui-Quadrado* (X^2) com 5% de significância.

A Tabela 3 mostra as distribuições das médias, desvios-padrão, freqüências e níveis de Síndrome de *Burnout* da amostra (GRÁFICO 1). Os achados obtidos revelam um nível “Médio” de Exaustão Emocional (41,3%), nível “Baixo” de Despersonalização (37,5%) e nível “Baixo” de Diminuição da Realização Pessoal (55,5%) e no geral, um nível “Médio” de SB (47,8%).

TABELA 3 - Distribuição de médias, desvios-padrão, freqüências e níveis de Síndrome de *Burnout* da amostra

Dimensões	Média (\pm DP)	Classificação					
		Baixo		Médio		Alto	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
Exaustão emocional	14,6 (\pm 3,9)	48	30,9	64	41,3	43	27,7
Despersonalização	10,6 (\pm 3,3)	58	37,5	41	26,4	56	36,1
Diminuição da realização pessoal	28,7 (\pm 4,5)	86	55,5	15	9,7	54	34,8
<i>Burnout</i>	53,9 (\pm 7,9)	38	24,5	74	47,8	43	27,7

O gráfico 1 mostra a representação gráfica da distribuição dos valores das sub-escalas do MBI e da Síndrome de *Burnout*.

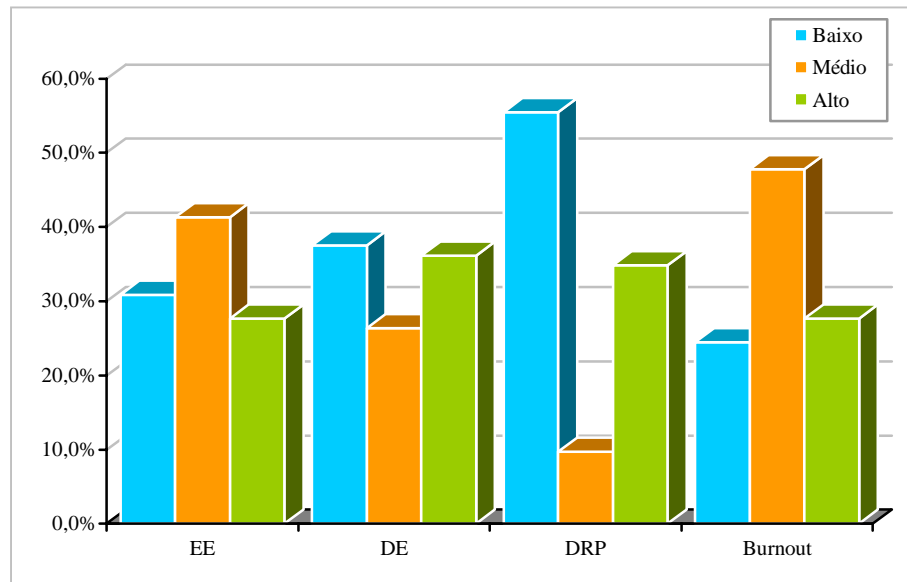


FIGURA 3 - Valores das sub-escalas do MBI e da Síndrome de *Burnout*.

Legenda: Exaustão Emocional (EE); Despersonalização (DE); Diminuição da Realização Pessoal (DRP).

A Tabela 4 mostra a distribuição de médias, desvios-padrão e classificação dos três domínios de QVP, mais QVT. Pôde-se observar que na dimensão AO e CT os pesquisados apresentaram uma classificação “Pouco”, e na MI e QVT apresentaram uma classificação “Muito”.

TABELA 4 - Distribuição de médias, desvios-padrão e classificações dos três domínios de QVP, mais QVT

Item	Dimensões			QVT
	AO	MI	CT	
Média	5,6	8,7	5,6	7,6
DP	1,46	1,06	1,15	1,7
Classificação	Pouco	Muito	Pouco	Muito

Legenda: Apoio Organizacional (AO); Carga de Trabalho (CT); Desvio Padrão (DP); Motivação Intrínseca (MI); Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

O Gráfico 2 mostra a representação gráfica da distribuição das pontuações dadas pela amostra, a cada uma das três dimensões (fatorializadas) do QVP-35, mais QVT.

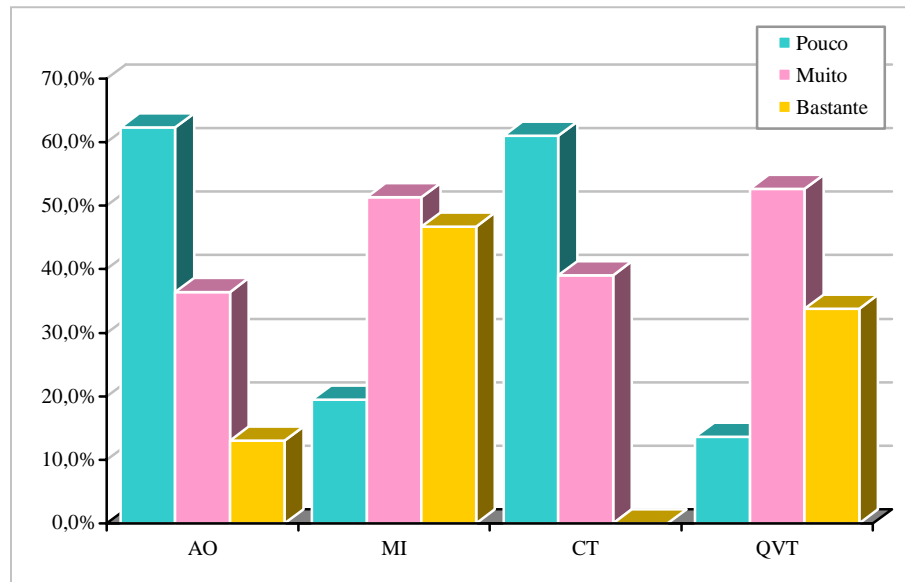


FIGURA 4 - Distribuição das médias dos três fatores do QVP + QVT.

Legenda: Apoio Organizacional (AO); Motivação Intrínseca (MI); Carga de Trabalho (CT); Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

A Tabela 5, abaixo, mostra as correlações entre as três dimensões da QVP-35 com as variáveis da SB e seus respectivos p-valores. As dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização estão correlacionadas com a dimensão Carga de Trabalho. A dimensão Diminuição de Realização Pessoal se correlacionou significativamente com AO e MI.

TABELA 5 - Correlação entre as três dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho e as dimensões da Síndrome de *Burnout*

QVP-35	Exaustão		Despersonalização		Diminuição da realização pessoal	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Apoio organizacional	-0,08	0,32	-0,15	0,05	0,25	0,01
Motivação intrínseca	-0,16	0,05	-0,30	0,01	0,16	0,05
Carga de trabalho	0,41	0,01	0,21	0,01	0,04	0,60

Segundo a Tabela 6, os enfermeiros tendem a apresentar uma melhor percepção da QVT do que os médicos. Em geral, a porcentagem de respostas dos enfermeiros classificadas como “bastante” é em maior número que a dos médicos.

TABELA 6 - Relação entre a categoria profissional e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

Categoria profissional	QVT (%)			p-valor
	Pouco	Muito	Bastante	
Enfermeiro	12,2	48,7	39,1	0,01
Médico	19,4	67,7	12,9	

Na Tabela 7, relacionando-se a categoria profissional com a Despersonalização, os médicos apresentam um “Alto” nível de Despersonalização, em relação aos profissionais de enfermagem.

TABELA 7 - Relação entre a categoria profissional e a Despersonalização

Categoria profissional	Despersonalização (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Enfermeiro	12,2	67,5	20,3	0,03
Médico	3,1	56,2	40,7	

A Tabela 8 mostra a relação entre a categoria profissional e o Apoio Organizacional. Pôde-se observar que o profissional de enfermagem percebe ter menos Apoio Organizacional do que os médicos.

TABELA 8 - Relação entre a categoria profissional e Apoio Organizacional

Categoria profissional	Apoio organizacional (%)		p-valor
	Pouco	Muito	
Enfermeiro	68,3	31,7	0,00
Médico	38,7	61,3	

De acordo com a Tabela 9, que demonstra a correlação entre o sexo e a Qualidade de Vida no Trabalho, os homens possuem uma percepção de ter menor QVT do que as mulheres, as quais apresentam uma probabilidade de 39% de referirem “bastante” Apoio Organizacional, enquanto os homens apresentam apenas 17,2% de chance.

TABELA 9 - Relação entre sexo e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

Sexo	QVT (%)			p-valor
	Pouco	Muito	Bastante	
Feminino	12,7	48,3	39,0	0,04
Masculino	17,1	65,7	17,2	

Na Tabela 10, a relação entre sexo e a percepção de Apoio Organizacional, revelou que as mulheres percebem ter menor Apoio Organizacional que os homens.

TABELA 10 - Relação entre sexo e Apoio Organizacional

Sexo	Apoio organizacional (%)		p-valor
	Pouco	Muito	
Feminino	66,9	33,1	0,02
Masculino	45,7	54,3	

A Tabela 11 demonstra a relação entre sexo e Despersonalização. Observou-se uma ocorrência de Despersonalização maior nos homens do que nas mulheres, sendo que aqueles apresentam uma “alta Despersonalização” (44,4%) e as mulheres apenas 17,8%.

TABELA 11 - Relação entre sexo e Despersonalização

Sexo	Despersonalização (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Feminino	12,7	69,5	17,8	0,00
Masculino	2,8	52,8	44,4	

Os dados da Tabela 12 revelam que 53,1% das mulheres tendem a apresentar uma Motivação Intrínseca maior do que os homens.

TABELA 12 - Relação entre sexo e a Motivação Intrínseca

Sexo	Motivação intrínseca (%)		p-valor
	Muito	Bastante	
Feminino	46,9	53,1	0,02
Masculino	68,6	31,4	

De acordo com a Tabela 13 a seguir, que mostra a relação entre a escolaridade e o Apoio Organizacional, os profissionais com ensino médio possuem uma menor percepção de Apoio Organizacional que aqueles que cursam ou têm curso universitário e os pós-graduados.

TABELA 13 - Relação entre escolaridade e Apoio Organizacional

Escolaridade	Apoio Organizacional (%)		p-valor
	Pouco	Muito	
Ensino médio	73,9	26,1	0,00
Universitário	51,2	48,8	
Pós-graduação	37,5	62,5	

A Tabela 14 abaixo mostra a relação entre Tempo de Serviço e Qualidade de Vida no Trabalho. Os profissionais que exercem seu trabalho entre 11 a 20 anos têm uma percepção de ter menor QVT (13,2%) que os das demais faixas. Os participantes que trabalham há menos de 10 anos têm sobre QVT uma visão similar à daqueles que trabalham há mais de 20 anos.

TABELA 14 - Relação entre tempo de serviço e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

Tempo de serviço	QVT (%)			p-valor
	Pouco	Muito	Bastante	
Menor ou igual a 10 anos	12,9	48,4	38,7	0,02
De 11 a 20 anos	15,8	71,0	13,2	
Acima de 21 anos	13,6	40,9	45,5	

A Tabela 15 demonstra a relação entre trabalhar ou não no setor administrativo e a ocorrência da Síndrome de *Burnout*. Os que trabalham apresentam um nível “Médio” de SB, e a maioria dos profissionais que não trabalha no setor administrativo apresenta um nível “Baixo” de SB.

TABELA 15 - Relação entre trabalhar em setor administrativo e a Síndrome de *Burnout*

Setor administrativo	Síndrome de <i>Burnout</i> (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Não	27,8	43,5	28,7	0,01
Sim	8,1	64,9	27,0	

A Tabela 16 mostra a relação entre tipo de dedicação e Motivação Intrínseca. Quem trabalha no *locus* de pesquisa estudado somente em dedicação exclusiva apresenta uma Motivação Intrínseca menor do que quem somente faz plantão.

TABELA 16 - Relação entre o tipo de dedicação e a Motivação Intrínseca

Dedicação	Motivação intrínseca (%)		p-valor
	Muito	Bastante	
Exclusiva	73,7	26,3	0,04
Plantão	50,0	50,0	

A Tabela 17 mostra a relação entre o tipo de dedicação e a Despersonalização. Os profissionais com dedicação exclusiva (47,4%) apresentam uma maior Despersonalização do que quem somente faz plantão (21,7%), sendo também que estes, apresentaram 11,9% um

nível “Baixo”, enquanto em dedicação exclusiva não houve nenhuma pessoa nessa classificação.

TABELA 17 - Relação entre o tipo de dedicação e a Despersonalização

Dedicação	Despersonalização (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Exclusiva	–	52,6	47,4	0,01
Plantão	11,9	66,4	21,7	

De acordo com a Tabela 18, que mostra a relação entre o tipo de dedicação e a SB, há dependência entre essas variáveis. Os profissionais que têm dedicação exclusiva apresentaram um maior nível de SB. Embora os que se dedicam exclusivamente ou não apresentem uma porcentagem igual de “Alto” SB, as pessoas que são exclusivas mostraram uma porcentagem maior de “Baixo” SB.

TABELA 18 - Relação entre o tipo de dedicação e a Síndrome de *Burnout*

Dedicação	Síndrome de <i>Burnout</i> (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Exclusiva	5,2	47,4	47,4	0,03
Plantão	26,9	25,4	47,7	

Na Tabela 19, que mostra a relação entre Trabalhar em Outra Instituição e a Carga de Trabalho, os profissionais que não trabalham em outra instituição percebem ter Pouca Carga de Trabalho (70,1%).

TABELA 19 - Relação entre trabalhar em outra instituição e a Carga de Trabalho

Outra instituição	Carga de trabalho (%)			p-valor
	Pouco	Muito	Bastante	
Não	70,1	29,9	–	0,04
Sim	54,1	45,9	–	

A Tabela 20 mostra a relação entre ocupar cargo de chefia e o Apoio Organizacional. Os profissionais que ocupam o cargo de chefia têm uma percepção de maior Apoio Organizacional (76,9%).

TABELA 20 - Relação entre cargo de chefia e o Apoio Organizacional

Chefe	Apoio Organizacional (%)		p-valor
	Pouco	Muito	
Não	66,4	33,6	0,00
Sim	23,1	76,9	

De acordo com a Tabela 21, que demonstra a relação entre Qualidade de Vida no Trabalho e a Síndrome de *Burnout*, os profissionais que possuem um nível “Baixo” (0,0%) de QVT têm um nível mais “Alto” (47,6%) de SB do que quem foi classificado em QVT como “Muito” e “Bastante”.

TABELA 21 - Relação entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a Síndrome de *Burnout*

QVT	Síndrome de <i>Burnout</i> (%)			p-valor
	Baixo	Médio	Alto	
Bastante	34,6	40,4	25,0	0,01
Muito	23,5	51,8	24,7	
Pouco	–	52,4	47,6	

6 DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo indicam um índice superior (89%) de participação da amostra estudada, quando comparado a estudos similares realizados com profissionais da área da saúde, tais como os de Espuny e Martín (1998) que obtiveram 63,9%, Fernández, Carbajo e Vidal (2002), com 59,5%, e Jorge-Rodríguez *et al.* (2005), com 71,7%. Esses achados sugerem o empenho e a disponibilidade da instituição para a participação de seus trabalhadores nesta pesquisa.

A amostra foi composta por 155 profissionais, sendo 118 do sexo feminino (76,6%) e 36 do masculino (23,3%). Do total de participantes, 123 são profissionais de enfermagem (79,3%) e 32 são médicos (20,6%). Esses resultados são compatíveis com a distribuição por sexo, essencialmente feminina, na profissão de Enfermagem, profissão com o maior contingente de participantes do estudo (HADDAD, 2002). Resultados similares também foram encontrados por Pera e Serra-Prat (2002) e Sanchez-González, Alvarez-Nido e Lorenzo-Borda (2003).

A função de cuidados ao paciente é exercida pela equipe de assistência à saúde, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. No hospital, *locus* desta pesquisa, a equipe de Enfermagem é composta por um maior número de auxiliares e técnicos de Enfermagem do que por enfermeiros. A maior parte da amostra foi composta por profissionais voltados para a assistência ao paciente (75,6%). Cabe lembrar que esses dados em consonância com os dados de Muller (2004) e Murofuse (2004), refletem o contexto da organização do trabalho em hospital, constituído essencialmente por demandas e necessidades do tratamento personalizado oferecidos aos pacientes.

Neste estudo, a amostra, em sua maioria, possui entre 21 a 30 anos (42,7%), corroborando os dados obtidos em outros estudos, que referem uma tendência ao rejuvenescimento de trabalhadores (faixa etária cada vez menor) do setor de saúde (PITTA, 1991 *apud* VASCONCELOS, 2005). A faixa etária predominante encontrada na literatura é variável, concordante, no entanto em que a grande maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária entre 21 e 45 anos. Espuny e Martín (1998) observaram que 68,5% dos trabalhadores de saúde que pesquisaram tinham menos de 45 anos, enquanto Sanchez-González *et al.* (2003) encontraram uma faixa etária entre 30-39 anos (38,6%).

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (58,7%), em concordância com os dados obtidos por Martinez (1997), Martín, M., *et al.* (2001) e Rubio *et al.* (2003).

No presente estudo, a maioria dos profissionais não possui filhos (36,1%). Nessa direção, Dimenstein (2003) acrescenta que a taxa de fecundidade média do Brasil está diminuindo rapidamente, principalmente entre as camadas mais favorecidas da população.

No que diz respeito à escolaridade, a maioria, 60,5 (92%), cursou o ensino médio. Cabe enfatizar que a escolaridade pode influenciar a percepção das pessoas quanto ao padrão de percepção de satisfação contextual, tornando-as mais ou menos exigentes, em relação ao tratamento despendido pela instituição ao profissional.

Em relação ao tempo de serviço, a maioria dos participantes trabalha há até 10 anos na profissão (60,3%), confirmando outros estudos (MARTÍNEZ, 1997; RUBIO *et al.*, 2003).

Do total de trabalhadores, 87,5% exercem sua atividade em regime de turnos, característica da organização do trabalho na área da saúde. Este sistema proporciona a não-suspensão da prestação de serviços ou da produção, durante 24 horas diárias (GASPAR, 1998 *apud* MOTTER, 2001; FURLANI, 1999). O referido sistema desempenha um papel importante na determinação das características da atividade física e mental dos trabalhadores, sendo uma variável central no estudo da saúde dos trabalhadores.

A esse respeito, no exercício do trabalho em turnos, muitas alterações podem ocorrer na saúde física e mental do trabalhador: distúrbios de sono (KNAUTH; RUTENFRANZ, 1981; FISCHER, 1981), gastrintestinais, cardiovasculares e psíquicos (COSTA, 1997). Os trabalhadores ficam expostos ao risco de ocorrência de disfunções reprodutivas e aqueles mais vulneráveis podem desenvolver problemas relativos à saúde mental, tais como depressão (SCOTT, 2000). Além disso, o tipo de trabalho exercido aumenta o risco de ocorrência de acidentes (GARBARINO *et al.*, 2002). Esse fato é relevante neste estudo, já que grande parte dos profissionais entrevistados (56,1%) mantém vínculo empregatício com outras instituições, trabalhando em geral, por dois turnos.

Os profissionais (médicos e enfermeiros) atendem por dia em média 14,5 (DP = 14) pacientes, o que, comparado a outros estudos, não representa um número de horas diárias excessivo. Rubio *et al.* (2003) em pesquisa desta natureza, encontraram que os médicos atendem menos que 35 pacientes/dia e o pessoal de enfermagem menos que 15 pacientes/dia, ressaltando-se a complexidade e interação do atendimento da enfermagem desenvolvido.

Profissionais de enfermagem e médicos apresentaram carga horária média de trabalho semanal de 36 horas/semanais (DP = 10) no hospital estudado. Para o pessoal de enfermagem, os dados obtidos foram compatíveis com os de Martins (2003) que afirma que, em estudo realizado com profissionais de enfermagem, estes trabalham em média 35 horas semanais, distribuídas em turnos de oito horas, que podem ser no período da manhã, tarde ou noite. Para o pessoal médico, os achados obtidos diferem daqueles descritos no relatório “Perfil dos médicos do Brasil” (MACHADO *et al.*, 1996 *apud* SILVA, 2001) realizado pela FIOCRUZ, que mostra uma realidade preocupante, ou seja, o acúmulo de vários empregos e carga horária diária de 12 a 14 horas ou mais, com repercussões drásticas na qualidade dos serviços prestados e na saúde física e mental desses profissionais.

Nesta direção, Campos (1999 *apud* SILVA, 2001) relata um maior desgaste entre os médicos que atuam no setor público, o qual apresenta piores condições de trabalho por jornada de trabalho. O autor refere também uma maior média de horas trabalhadas no setor público (25,4 horas/semanais) do que no setor privado (16,4 horas/semanais). Dentre os médicos que atuam na esfera pública, aproximadamente 30% trabalham mais do que 40 horas semanais, muitas vezes em até quatro empregos públicos.

A amostra estudada apresentou um nível médio de Síndrome de *Burnout* (47,7%), o que remete à necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e interventivas. Para Mor e Laliberte (1984), uma maior prevalência da SB tem sido encontrada entre profissionais que trabalham na área das ciências humanas e biológicas; nesta última, sobretudo enfermeiros e médicos. Nesse sentido, SB é uma crise do indivíduo com o seu trabalho em si, não fundamentalmente uma crise no relacionamento com os colegas do trabalho (MASLACH *et al.*, 1996).

No presente estudo, a dimensão da SB que mais contribuiu para um nível médio de SB foi a EE (41,3%). A amostra estudada percebe haver sobrecarga de trabalho, esgotamento emocional e estresse ocupacional.

Sendo assim, Maslach *et al.* (1996) referem que a EE atua como resposta ao estresse laboral. É nesta fase que se encontra a amostra de estudo. O que pode ocorrer, caso não sejam tomadas medidas para modificação do quadro atual é que o estresse ocupacional pode se tornar crônico e o profissional vir a desenvolver atitudes ligadas à Despersonalização o que pode afetar a Eficácia ocupacional. Os mesmos autores consideram que a EP surge de forma

paralela à EE e apresenta-se como causa direta dos estressores laborais, considerando como agentes estressores, principalmente, a falta de apoio social e as oportunidades para desenvolver-se profissionalmente.

Os profissionais de enfermagem e médicos (37,5%) obtiveram nível “Baixo” na dimensão Despersonalização. Supõe-se, de forma geral, uma boa capacidade de identificação e empatia com as pessoas que os procuram. Acrescente-se que a sintomatologia associada à Despersonalização está relacionada a condutas defensivas, desmotivação, falta de entusiasmo e de interesse (MÜLLER, 2004).

Maslach (1981, 1984, 1986 *apud* GUIMARÃES; CARDOZO, 2004) estudou a forma pela quais profissionais da área da saúde, médicos e enfermeiros, enfrentavam a estimulação emocional em seu trabalho. Maslach (1984 *apud* GUIMARÃES; CARDOZO, 2004) concluiu que tais profissionais misturam a compaixão com o distanciamento emocional, evitando o envolvimento com a enfermidade ou patologia apresentada pelo paciente, a fim de se auto-protegerem de situações estressantes, utilizando a “desumanização em defesa própria”.

Os participantes deste estudo apresentaram nível “Baixo” (55,5%) de Diminuição da Realização Pessoal. Esses achados indicam baixa tendência à auto-avaliação negativa e insatisfação com o desenvolvimento profissional. Os efeitos do alto nível de pressão emocional que os profissionais da saúde sofrem não devem ser subestimados, pois, além de implicar na possibilidade de desenvolvimento do *Burnout*, podem, até mesmo, levar ao abandono da profissão (MÜLLER, 2004).

Para Pitta (1994), objetivando o enfrentamento dessas sensações e percepções, os profissionais de saúde provavelmente utilizem mecanismos de defesa “socialmente aceitos”, traduzidos em forma de distanciamento, negação de sentimentos e padronizações de condutas.

A amostra de estudo percebe ter Muita Qualidade de Vida Profissional (média = 7,6 de um total de 10,0). Pode-se supor uma grande satisfação com o trabalho, por meio dos altos índices expressos de Motivação Intrínseca, Recursos Relacionados ao Trabalho, Apoio Social, Capacitação para o Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho e a percepção de “Pouco” Desconforto Relacionado ao Trabalho.

Ao mesmo tempo, percebem que existe pouca “Carga de Trabalho”, apresentando valores médios = 5,6 (com classificação “Pouco”). Pode-se ressaltar que a sobrecarga de

trabalho é um dos principais preditores dos sintomas da SB, ou seja, a quantidade e a qualidade excessiva de demandas que superam a capacidade e a destreza do trabalhador, necessárias para a realização da sua tarefa. Por outro lado, poucas tarefas ou a atribuição de tarefas muito simples, rotineiras e monótonas em relação às habilidades do trabalhador podem, também, ser causa de estresse laboral (BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; GIL-MONTE, 2002a; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). Ainda de acordo com Tamayo e Tróccoli (2002), a percepção de desgaste é definida como a sensação de que se está sendo super exigido no trabalho, até o limite da resistência.

Os participantes desta pesquisa têm a percepção de “Pouco” Apoio Organizacional (média=5,6). Maslach e Leiter (1997; 1999) enfatizam que os trabalhadores podem ter altas expectativas ou expectativas não atingidas, com relação a desafios no trabalho, a recompensas, ao reconhecimento, ao avanço na carreira e a outros aspectos laborais que podem gerar estresse e *Burnout*. Acrescentam, ainda, que as expectativas dos trabalhadores acerca da profissão, da organização e da sua própria eficácia pessoal podem ter também uma contribuição significativa para o *Burnout*. Maslach e Leiter (1999) acrescentam que, quanto menor o apoio percebido, maior probabilidade de desenvolver o *Burnout*. A falta de Apoio Organizacional entre colegas e superiores, a ausência de união e a indisponibilidade de ajuda causam, entre outros, sentimentos de frustração, de raiva, de medo, de ansiedade e desrespeito no local de trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

Nesse sentido, Eisenberg *et al.* (1986) salientam que as crenças e as expectativas do indivíduo acerca da retribuição e do reconhecimento dado pela organização ao seu trabalho estão diretamente associadas à percepção de Apoio Organizacional. Essa percepção é influenciada pela frequência, intensidade e sinceridade das expressões de elogio e aprovação à categoria do trabalho, pelo enriquecimento do trabalho e pelas políticas da organização.

Quanto às três dimensões fatorizadas da QVP (Apoio Organizacional, Motivação Intrínseca e Carga de Trabalho), a que apresentou maior média foi a Motivação Intrínseca (média=8,5). Esses achados indicam que os profissionais parecem, de forma geral, estar satisfeitos com seu trabalho, por meio do qual obtêm satisfação, reagindo às situações complexas a partir da utilização de habilidades e iniciativas criativas (MASLACH; LEITER, 1999).

Alguns autores, no entanto, reconhecem que indivíduos altamente capazes e motivados são os mais propensos ao *Burnout* (FRANÇA, 1987; MASLACH; LEITER, 1997; CARLOTTO, 2001 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002a). Cabe destacar que a amostra do estudo apresentou um nível médio de SB.

Não foram obtidas diferenças significativas quanto à SB e a QVP, segundo a faixa etária, estado civil, números de filhos, número de atendimentos/dia de pacientes e carga horária/semanal. Pode-se dizer que para os profissionais estudados, independentemente da idade, estado civil e números de filhos, poderá ocorrer ou não a SB e melhor ou pior percepção de QVP.

Os dados obtidos com relação à faixa etária são concordantes com os de vários estudos que têm apontado para uma maior incidência de *Burnout* em profissionais mais jovens, sendo mais freqüente nos que ainda não atingiram os 30 anos. A pouca experiência de trabalho (e talvez de vida) é tida como uma possível causa para a insegurança ou choque diante da realidade do trabalho. (MASLACH *et al.*, 2001; NASETTA, 2004). Campos, R. (2005) confirma essas assertivas, referindo que profissionais maiores de 55 anos parecem ser mais “imunes” à SB.

Comumente se atribui ao casamento, ou ao fato de haver um relacionamento afetivo estável, menor propensão ao *Burnout* (MASLACH *et al.*, 2001). Embora não exista um consenso entre os estudiosos, Martínez (1997) salienta que pessoas sem parceiro tendem a apresentar maiores índices de exaustão emocional, de realização pessoal e maior despersonalização do que aquelas casadas ou que convivem com parceiros estáveis. É importante, no entanto, analisar a qualidade do relacionamento e não somente o fato de haver ou não um (a) parceiro (a).

Nesta investigação, os profissionais de enfermagem e médicos cumprem carga horária média de 36 horas/semanais (DP=10,0). Cabe enfatizar que mais da metade desses profissionais (56,1%) trabalha em outra instituição e possivelmente ultrapasse o limite semanal estabelecido por lei em 40 horas.

Para Motter (2001), a carga horária de trabalho do brasileiro aumentou de 47 horas semanais para 49, nos últimos cinco anos. A amostra estudada faz parte da população economicamente ativa e sofre constantes cobranças sociais relacionadas à produção e ao sustento da família. É possível que, em virtude dos baixos salários, muitos acabem

trabalhando em mais de um emprego e, conseqüentemente, apresentando dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho (MÜLLER, 2004).

Não se constatou relação entre QVP e MBI nas diferentes categorias profissionais de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico), a Qualidade de Vida Profissional apresentada não tem contribuído para a ocorrência de SB, e os índices médios de SB encontrados não são ainda suficientes para comprometer a QVP.

No presente estudo, obteve-se relação estatisticamente significativa entre a categoria profissional (profissionais de enfermagem e médicos) e a dimensão Despersonalização (DE). Os médicos apresentaram “Alto” nível de DE, confirmando resultados de outros estudos (BARGELLINI *et al.*, 2000; CHASTANG; CASTANO, 2001; FRANCO, M. *et al.*, 2005; LERT; WINSTANLEY; WHITTINGTON, 2002). Também Catalan *et al.* (1996) identificaram alto índice de Despersonalização, tanto em freqüência como em intensidade, quando associados ao fraco ajustamento social e de lazer e baixo ajustamento no trabalho. Acrescentam que os médicos demonstraram maior freqüência em despersonalização do que os enfermeiros.

Para Silva (2001), os médicos afetados por esse problema atendem “em poucos minutos” aos pacientes e evitam até mesmo contato visual com estes, mostrando-se, por vezes, insensíveis. Tal ocorrência pode ser acompanhada por sentimentos de raiva, impotência, depressão, sofrimento, surgimento do alcoolismo, de sintomas psicossomáticos, distúrbios mentais e estresse. Além disso, conseqüências diretas podem ocorrer na relação médico-paciente, que, se degradada, pode focar-se somente nos sintomas, havendo, portanto, pouca resolubilidade no atendimento a esses pacientes.

Nesta investigação, obteve-se relação de dependência entre sexo e Despersonalização (DE), na qual os homens apresentaram “alto” nível de DE, em concordância com Benevides-Pereira (2002a) e Gil-Monte (2003) que referem que, de forma geral, os homens apresentam pontuações mais elevadas em Despersonalização, e as mulheres, em Exaustão Emocional. Tal resultado, talvez se deva ao fato de os médicos terem apresentado Despersonalização e constituírem-se em sua maioria por pessoas do sexo masculino.

Os dados obtidos mostraram que há correlação estatisticamente significativa entre o fato de o participante trabalhar no setor administrativo e a presença do nível “médio” da SB. Kash *et al.* (2000) colocam que profissionais do setor administrativo podem apresentar um

nível mais “Alto” de SB, pelo fato de implementarem ordens e administrarem conflitos entre médicos, enfermeiros, pacientes e familiares, agindo mediante pressões vindas da própria necessidade de dar resolutividade às questões.

Albaladejo *et al.* (2004) referem que alguns aspectos de conflito ou inversões de papéis contribuem para que as condições do Trabalho exerçam uma influência negativa significativa na qualidade de vida laboral e na qualidade de serviços oferecida pelas organizações do setor de saúde.

Neste estudo, obteve-se relação de dependência entre a Despersonalização (DE) e tipo de regime de Trabalho, na qual os profissionais em regime de dedicação exclusiva apresentaram “maior” nível de SB e de Despersonalização quando comparados aos que trabalham em regime de plantão. Franco, G., *et al.* (2005) afirmam que a dedicação exclusiva expõe os profissionais de enfermagem e médicos ao contato continuado com os mesmos pacientes, no acompanhamento de sua evolução, predispondo-os aos riscos para o estresse. Neste sentido, Maslach e Jackson (1981) colocam que a SB é uma resposta ao estresse ocupacional crônico e acontece devido à intensa carga emocional à qual o profissional está submetido pelo contato intenso e constante com outras pessoas, especialmente com aquelas que vivem em situações de sofrimento, como pacientes, no caso dos profissionais da área da assistência.

Foi obtida correlação entre categoria profissional e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) na qual os profissionais de enfermagem apresentaram uma melhor percepção de QVT do que os médicos. É possível que os médicos sejam mais exigentes com relação ao que percebem e entendem por QVP do que os enfermeiros. Rubio *et al.* (2003) e Sanchez-González *et al.* (2003) utilizaram o QVP-35 como instrumento para avaliar a percepção da QVP em profissionais de enfermagem e médicos. Os resultados diferiram da amostra estudada, com menor percepção de QVT para ambos as categorias profissionais. Schmidt e Dantas (2006) constataram insatisfação no trabalho de médicos que atuam em unidade cirúrgica, em que a remuneração foi considerada como fonte de menor satisfação, enquanto o domínio *status* profissional, como o de maior satisfação. No que diz respeito à responsabilidade profissional, Vega e Urdániz (1997) apontam que, na Medicina, a responsabilidade é tida como fator eliciador de *Burnout*, de tal modo que a responsabilidade advinda do poder em manter a vida de outrem e as conseqüências civis e penais do erro médico, constituem-se em uma ameaça constante a esses profissionais.

Encontrou-se relação de dependência entre a categoria profissional e a percepção sobre Apoio Organizacional (AO) em que os profissionais de enfermagem têm uma percepção de mais “baixo AO” que os médicos. Este achado pode estar associado à já bem conhecida questão da “assimetria” acerca do “*status*” profissional entre médicos e enfermeiros, na qual estes últimos, tradicionalmente sentem-se cumprindo ordens e a serviço dos primeiros. Portanto, a Enfermagem, no que se refere ao cuidar e ao administrar, não desenvolve um trabalho autônomo. Cocco (1997) considera que o fato de o trabalho de Enfermagem ser quase que exclusivamente centrado no trabalho médico é motivo de insatisfação por parte dos enfermeiros. Socialmente, esse “*status*”, em nossa sociedade também é diferenciado, sendo que médicos têm “*status*” profissional mais elevado do que enfermeiros. Tais circunstâncias podem repercutir na percepção de menor AO por parte do corpo de Enfermagem.

Foi observada relação de dependência entre o sexo do participante e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Os profissionais do sexo feminino da amostra estudada demonstraram uma “Maior” percepção da QVT do que o sexo masculino, o que corrobora achados da literatura, em que Rubio *et al.* (2003) afirmam que profissionais do sexo feminino tendem a apresentar uma melhor QVT do que os homens. Nessa mesma direção, Santana, Loomis e Newman (2001 *apud* AREIAS; GUIMARÃES, 2004) acrescentam que mulheres envolvidas somente com o serviço doméstico podem sentir-se frustradas porque, em geral, têm habilidades melhores que as geralmente requeridas para esse tipo de trabalho, que, normalmente, é executado em isolamento e conduz a sentimentos de solidão, como também à baixa condição de prestígio e dependência financeira, quando comparadas àquelas que trabalham fora.

Cabe ressaltar que se obteve também relação estatisticamente significativa entre o Apoio Organizacional (AO) e o sexo do participante em que profissionais do sexo masculino percebem “maior” AO do que os do sexo feminino. Esse dado permite inferir que os profissionais homens percebem que as condições de trabalho propiciam satisfatoriamente o desenvolvimento de suas potencialidades. Para estes, o trabalho tem alta significação, possibilita boas relações interpessoais e de apoio em geral, favorecendo condições de trabalho mais confortáveis. Simon (1995 *apud* AREIAS; GUIMARÃES, 2004) acrescenta que papéis relacionados ao trabalho e à família têm diferentes significados para homens e mulheres, dada a multiplicidade de papéis desempenhados pela mulher. Pode-se, portanto, inferir que a QVT percebida por profissionais do sexo masculino desta amostra se ajuste ao modelo conceitual da satisfação no trabalho descrito por Cabezas-Peña (1999), cuja premissa aponta para a

existência de equilíbrio entre as demandas e os recursos existente no local de trabalho (MARTÍN, J. *et al.*, 2004).

Para Maslach e Leiter (1999), uma empresa ou organização, ao agir com equidade, confiança, franqueza e respeito, contribui para manter o compromisso dos indivíduos com o trabalho. A ausência destas condições, ao contrário, pode contribuir diretamente para o desgaste físico e emocional.

A Motivação Intrínseca (MI) se correlacionou positivamente com o sexo do participante. As mulheres percebem ter “maior” MI que os homens. A MI também foi a dimensão que obteve a maior pontuação entre todas as 8 dimensões do QVP-35, num estudo realizado por Rubio *et al.* (2003) com enfermeiros e médicos.

Cabe lembrar que a amostra de estudo como um todo já apresenta, de forma significativa, níveis moderados de SB, percebendo também uma significativa falta de Apoio Organizacional. É possível que as mulheres participantes deste estudo reflitam o número crescente de profissionais do sexo feminino incorporado à população ativa e vislumbrem a necessidade de crescimento profissional, de sobressair e produzir, concentrando-se em aspectos relevantes para a tarefa ser realizada.

Alguns pesquisadores (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH *et al.*, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a) enfatizam que pessoas altamente motivadas e idealistas em relação à sua profissão tendem a estar mais propensas ao *Burnout*, já que em geral se sobrecarregam com trabalho para serem valorizados pela organização e sentirem-se bem consigo mesmas.

Nesta investigação, verificou-se relação de dependência entre a escolaridade e o Apoio Organizacional (AO) em que profissionais que possuem o ensino médio percebem “menor” AO que aqueles com curso de graduação e pós-graduados. É fato que, no Brasil, a obtenção de um título universitário proporciona ao profissional maior *status* profissional e eventualmente maiores ganhos e melhores posições dentro do emprego, diferentemente de outros países, nos quais o nível técnico de formação, e.g., é extremamente valorizado e proporciona remuneração compatível.

Obteve-se relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Os profissionais que trabalham entre 11 a 20 anos têm uma

percepção de “menor” (13,2%) Qualidade de Vida no Trabalho que os demais, corroborando os achados de Albino *et al.* (2002), de Maslach e Jackson (1985) quanto ao tempo de trabalho na função, em que a instalação do *Burnout* é mais passível de ocorrer após 10 anos de exercício continuado na função. Já Codo e Vasques-Menezes (1999) citam um aumento gradativo do *Burnout* através dos anos na função, atingindo valores mais elevados entre 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente.

Observou-se nesta investigação relação de dependência entre tipo de dedicação ao trabalho (exclusiva ou não) e Motivação Intrínseca (MI). Os profissionais que trabalham em regime de dedicação exclusiva apresentam uma menor Motivação Intrínseca do que os plantonistas e o que trabalham em outros regimes de trabalho. Provavelmente estes profissionais sintam-se mais responsáveis e exigidos, verificando-se, por conseguinte, um acréscimo de horas trabalhadas, além da jornada normal, muitas vezes, sem o pagamento de horas extras.

O fato de grande parte dos profissionais participantes deste estudo trabalharem em outra instituição se correlacionou de forma estatisticamente significativa com a percepção que eles têm sobre a Carga de Trabalho (CT), ou seja, trabalhar em outra instituição (ter outro trabalho) é percebido como importante aumento na Carga de Trabalho. Para esses trabalhadores de instituições, pode-se inferir que o excesso de trabalho quer em termos quantitativos, quer em qualitativos, pode ser percebido como fonte de estresse. Peiró (1993) acrescenta que por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de atividade a realizar, num determinado período de tempo, enquanto que a sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação às competências, conhecimentos e habilidade do trabalhador.

Ao contrário, os profissionais (minoridade) que não trabalham em outra instituição percebem “menor” Carga de Trabalho. Assim, pode-se inferir que, para a amostra como um todo, a variável Carga de Trabalho não parece interferir na Qualidade de Vida no Trabalho geral, demonstrando que esses profissionais que, em sua maioria, só mantêm um único vínculo empregatício, sentem haver equilíbrio entre o tempo despendido e sua energia para produzir, não percebendo o trabalho como intenso, que exija mais tempo e complexidade (MASLACH; LEITER, 1999).

A questão salarial parece não ser um fator de insatisfação para a maioria dos profissionais estudados, o que não corrobora os dados encontrados por Schmidt e Dantas

(2006) quando investigaram a Qualidade de Vida no Trabalho e concluíram que a remuneração era uma das causas de maior insatisfação profissional. Também Guimarães *et al.* (1996) detectaram em pesquisa desenvolvida para avaliar a morbidade psiquiátrica em trabalhadores de mineração de ferro, que o baixo salário era uma das queixas mais frequentes relacionadas à organização e às relações de trabalho.

Obteve-se correlação estatisticamente significativa entre o fato de o profissional exercer cargo de chefia e Apoio Organizacional (AO). Os que ocupam cargo de chefia têm uma percepção de maior de Apoio Organizacional para a realização de tarefas, adequação da supervisão e a possibilidade de obter ajuda em relação às dificuldades encontradas no desenvolvimento do seu trabalho. Nesta direção, Aiken e Sloane (1997) estudaram a relação entre a exaustão emocional e o apoio organizacional, como variável preditora de autonomia e controle no trabalho.

Assim, na amostra pesquisada, também é possível que o Apoio Organizacional oferecido aos chefes permita-lhes maior autonomia e controle sobre aspectos importantes de sua atividade profissional. Martins (2003) define que as relações com os superiores hierárquicos, chefes ou diretores, são um ponto de referência importante para a maior parte das pessoas e podem ser uma das grandes fontes de recompensa ou de sanções. Desse modo, as relações com o superior imediato podem contribuir tanto para satisfação no trabalho e bem-estar psicológico, quanto para fonte de estresse e de tensão. Cabe ressaltar que a maioria dos profissionais estudados apresentou um “médio” nível de Exaustão Emocional.

Obteve-se relação estatisticamente significativa entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e SB. Os profissionais estudados que apresentaram um “baixo” nível (0,0%) de Qualidade de Vida no Trabalho obtiveram um nível mais “alto” (47,6%) de SB. Tal achado remete à constatação de que os profissionais estudados apresentam uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho o que contribui para a não evidência de Exaustão Emocional. Diferentemente, os profissionais com pior Qualidade de Vida no trabalho apresentaram um nível maior de SB.

Quando foram correlacionadas as três dimensões da SB com os três fatores fatorializados do QVP-35, observou-se que a Exaustão Emocional apresentou correlação positiva com a dimensão Carga de Trabalho e que esta contribuiu, de forma significativa, para a Exaustão Emocional, ou seja, uma menor percepção de Carga de Trabalho favoreceu uma

menor percepção de Exaustão Emocional. Cabe referir que a Exaustão Emocional apresenta-se quando os indivíduos têm que trabalhar em uma situação de desequilíbrio crônico, na qual se demanda mais do que podem dar e se oferece menos do que precisam (MASLACH; LEITER, 1997).

Obteve-se uma correlação inversa entre a Exaustão Emocional e a Motivação Intrínseca, com maior pontuação desta última (média = 8,5), o que favoreceu uma melhor percepção da Qualidade de Vida no Trabalho.

A Despersonalização se correlacionou positivamente com a Carga de Trabalho. Provavelmente, um dos fatores que contribuíram para a Despersonalização ser percebida como baixa pela amostra de estudo foi a percepção de que a Carga de Trabalho é pouca.

A Despersonalização apresentou também uma correlação negativa com as dimensões AO e MI da Qualidade de Vida Profissional. Maslach *et al.*, (2001) destacam que, quanto menor o apoio percebido, maior a possibilidade de desenvolver SB. Entretanto a Motivação Intrínseca pode ser considerada como um dos aspectos que impedem a deterioração da Qualidade de Vida no Trabalho.

A Diminuição da Realização Pessoal apresentou uma correlação positiva e relativamente fraca com AO e MI. Esses achados indicam uma contradição, pois a literatura evidencia que um aumento do Apoio Organizacional e da Motivação Intrínseca deveria melhorar a Diminuição da Realização Pessoal. Esses resultados sugerem que o Apoio Organizacional percebido não corresponde às necessidades dos participantes. No entanto trata-se de profissionais motivados intrinsecamente. Para Davis e Newstrom (1998, p. 46), “[...] a motivação vem através ou em cima de uma necessidade [...] uma pessoa precisa de alguma coisa e se motiva para ir atrás disso. As necessidades internas e os impulsos criam tensões que são modificadas pelo ambiente”.

No presente estudo, todas as dimensões da Qualidade de Vida Profissional apresentaram pelo menos uma correlação significativa e positiva com o MBI. A maior correlação ocorreu entre Exaustão Emocional e a Carga de Trabalho, seguida da correlação entre a Despersonalização e a dimensão motivação Intrínseca. Apenas as seguintes variáveis: Exaustão Emocional e Apoio Organizacional, e Diminuição da Realização Pessoal e Carga de Trabalho não se mostraram correlacionadas.

Os resultados obtidos mostraram que, de forma geral, os profissionais que participaram da pesquisa apresentaram, nas duas das três dimensões da SB, níveis baixos a moderados. Pode-se dizer, então, que a falta de atendimento às necessidades individuais e a imposição de restrições que se opõem à constituição de cada indivíduo constituem-se em fonte de sofrimento, contra a qual o indivíduo reage, dando origem a ocorrências tais como o estresse e o *Burnout*, entre outras.

Ressalta-se que a ocorrência da SB demonstra haver tensão no trabalho como resultante da interação entre fatores ambientais, percepções e comportamentos do indivíduo. Essas manifestações não residem isoladamente dentro do ambiente ou dentro do indivíduo, contudo, são o resultado do intercâmbio dinâmico que ocorre entre esses elementos (COOPER; DEWE; O'DRISCOLL, 2001).

Neste estudo, a QVP foi marcadamente influenciada pela Motivação Intrínseca e pela Carga de Trabalho. Cabe enfatizar que somente a existência de MI não foi suficiente para propiciar uma percepção de Qualidade de Vida Profissional adequada. Os fatores ligados à Carga de Trabalho também contribuíram favoravelmente para QVP, o que permitiu uma adequada percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho, apesar de o Apoio Organizacional ter sido percebido como insuficiente por grande parte dos participantes.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa investigação, constatou-se na amostra estudada um nível médio de SB e uma percepção de haver “muita” Qualidade de Vida Profissional.

Os profissionais que percebem ter um “baixo” nível de QVT têm um nível mais “alto” de SB. É possível que a SB repercute na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) ou mesmo que a QVT contribua para a ocorrência da SB, confirmando a 1ª hipótese de pesquisa.

Os profissionais que trabalham de 11 a 20 anos na função apresentaram pior percepção de QVP do que os que trabalham há menos ou há mais tempo. No entanto não houve correlação estatisticamente significativa, o que não confirma parcialmente a 2ª hipótese de pesquisa.

O nível da SB de médicos e enfermeiros diferiu. Os médicos apresentaram um nível mais “Alto” de SB na dimensão Despersonalização, confirmando a 3ª hipótese de pesquisa.

Quanto à SB, os profissionais que participaram apresentaram média Exaustão Emocional, baixa Despersonalização e Diminuição da Realização Pessoal.

A amostra como um todo, percebeu ter Pouco Apoio Organizacional, Pouca Carga de Trabalho, Muita Motivação Intrínseca e Muita QVT.

Ambos os instrumentos utilizados neste estudo, o MBI e o QVP-35 mostraram-se adequados para os objetivos propostos. O MBI de vinte itens, em sua validação realizada por Tamayo, M. (2003), mostrou-se eficaz na aferição do *Burnout* neste grupo ocupacional.

Neste estudo, o QVP-35 foi utilizado pela primeira vez, no contexto nacional, com profissionais de enfermagem e médicos. Este instrumento de avaliação da QVP está baseado em um marco conceitual estabelecido e mostrou-se de fácil aplicação, o que permite propor seu uso como uma das medidas válidas da QVP, uma vez que permite estabelecer comparações com diferentes categorias profissionais e organizações.

Para haver QVT é necessária a construção de um espaço organizacional que valorize a subjetividade, considerando os trabalhadores sujeitos do seu trabalho e não objetos de produção.

Assim, sugere-se a implantação de medidas preventivas para que a SB não progrida a níveis mais elevados, bem como, medidas paliativas e curativas para o quadro já instalado.

Recomenda-se também o oferecimento de cuidados psicológico-psiquiátricos aos participantes com sintomas da SB e baixa percepção de QVP.

Este estudo aponta para novos dados sobre prejuízos na QVP percebida por médicos e profissionais de enfermagem, dá visibilidade à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a repercussão SB no ambiente de trabalho e permite subsidiar futuros estudos no campo da Psicologia da Saúde Ocupacional.

REFERÊNCIAS

ABALO, J. A. G.; ROGER, M. C. Burnout: uma ameaça a los quipos de salud. *Bolétin Latinoamericano de Psicología de la Salud (on line)*, 2003. Disponível em: <<http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

ADALI, E. *et al.* Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *The European Journal of Psychiatry* (edición en español), v. 17, n. 3, p. 161-170, 2003.

AGÊNCIA EUROPÉIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO. Stress relacionado com o trabalho. *FACTS*, n. 22, jun. 2002. <http://osha.eu.int/publications/factsheets/22/factsheetsn22-pt_.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2006.

AGUIAR, K. N. *et al.* O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. *Eletrônica de Enferma (on line)*, Goiânia, v. 2, n. 2, jul./dez. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista2_2/estress.html>. Acesso em: 12 nov. 2005.

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M. Effects of organizational innovations in aids care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations*, v. 24, p. 453-477, 1997.

ALBALADEJO, R. *et al.* Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. v. 78, n. 4, p. 505-516, jul./ago. 2004.

ALBINO, P. *et al.* Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, v. 29, n. 5, p. 294-302, 31 mar. 2002.

ALPI, S. V.; FLÓREZ, L. A. El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermaria: un estudio exploratório. *Universitas Psychologica*, Bogotá, v. 3, n. 1, p. 35-45, ene./jun. 2004.

ALVAREZ, C. J.; TORRES, J. L. M.; MARTÍNEZ, C. M. Estudio del syndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cirurgía Pediátrica*, v. 15, n. 2, p. 73-78, 2002.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Council On Scientific Affairs. Results e implication of the A.M.A.-A.P.A. physician mortality project-stage II. *Journal of the American Medical Association*, v. 257, n. 21, p. 2.949-2.953, 1987.

ANDRADE, A. G. *et al.* Fatores de risco associado ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Revista ABP/APAL*, v. 19, n. 4, p. 117-126, 1997.

ANGELINI, G.; CASCIO, C. B.; PAPA, A. Burnout in the helping professions: Physicians and nurses. *Rivista di Psichiatria*, v. 35, n. 3, p. 121-125, 2000.

ANGERER, J. M. Job burnout. *Journal of Employment Counseling*, v. 40, n. 3, p. 98-107, 2003.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

APARÍCIO, J. C. Workplace stress – a growing problem. In: KONKOLEWSKY, H. H. (Coord.). *Working on stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002. n. 5, p. 14-15. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/magazine5_en.pdf> Acesso em: 07 abr. 2006.

ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. *Estresse*. São Paulo Casa do Psicólogo, 2002. (Clínica Psicanalítica).

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência & Saúde*, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-262, 2004.

BACHION, M. M. *et al.* Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.

BAKKER, A. B. *et al.* Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 31, n. 4, p. 884-891, 2000.

BALLONE, G. J. Síndrome de Burnout. *PsiquWeb Psiquiatria Geral*, 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>>. Acesso: 12 abr. 2005.

BARGELLINI, A. *et al.* Relation between immune variables and Burnout in a sample of physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 57, n. 7, p. 453-457, 2000.

BARNI, S. *et al.* Oncostress: Evaluation of burnout in Lombardy. *Tumori*, v. 82, n. 1, p. 85-92, 1996.

BEEHR, T. A. Research on occupational stress: An unfinished enterprise. *Personnel Psychology*, v. 51, n. 4, p. 835-844, 1998.

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. *Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais*. São Paulo: EPU/Edusp, 1978.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: _____. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002a. p. 21-91.

_____. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O burnout em um grupo de médicos. In: _____. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b. p. 105-132.

_____. O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003. Disponível em: <<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo1.pdf#search=%22>>

BERNIK, V. Stress: o ponto de ruptura. *Jovens médicos*, v. 5, p. 305-311, 1997.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Desgaste del personal. *Gohnet*, n. 2. p. 5-7, 2002.

BIANCHI, E. R. F. Estresse em enfermagem: análise de atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 1, n. 26, p. 121-122, 1992.

BONTEMPO, X. R. Nível de síndrome de agotamiento em médicos, enfermeras y paramédicos. *Mexicana de Puericultura Y Pediatría*, v. 6, n. 2, p. 252-260, 1999.

BOUBORNNAIS, R. *et al.* Job strain, psychological distress and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 34, n. 1, p. 20-28, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Disponível em: <<http://www.corenpb.com.br/legislacao/decretos/dec94406.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2006.

BYRNE, B. M. The maslash burnout inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, n. 66, v. 3, p. 197-213, 1993.

CABEZAS-PEÑA, C. La calidad de vida de los profesionales. *Federación Médica Colombiana*, v. 7, p. 53-68, 2000. Suplemento.

_____. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continuada*, v. 5, p. 491-492, 1999.

CAMPOS, C. R. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 63-77.

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

CARDOZO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 89-116.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. *Revista Psicologia e Estudo*, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002b.

- CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002a. p. 187-212.
- CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de burnout: um problema do indivíduo ou de seu contexto de trabalho? *Aletheia*, v. 10, p. 103-114, 1999.
- CASAS, J. *et al.* Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral em profissionais sanitários. *Revista de Administración Sanitária*, v. 6, n. 23, p. 143-160, jul./sept. 2002.
- CASTRESANA, C. C. Burnout en los profesionales de la atención e las drogodependencias. *Martes*, v. 5, n. 2, p. 107-113, 2003.
- CATALAN, J. *et al.* The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: The case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 40, n. 4, p. 425-435, 1996.
- CEBRIÀ, J. *et al.* Influencia del desgaste profesional em el gasto farmacêutico de los médicos de atención primaria. *Gaseta Sanitària de Barcelona*, v. 17, n. 6, p. 483-489, 2003.
- CEBRIÀ, J. *et al.* Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, v. 27, n. 7, p. 459-468, 30 abr. 2001.
- CHAPMAN, L. Health Cost Management (HCM) strategies for health promotion. *The Art of Health Promotion Newsletter*, v. 5, n. 5, p. 1-7, Nov./Dec. 2001.
- COCCO, M. I. M. *Reestruturação produtiva e o setor da saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva*. 1997. 258 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout. In: CODO, W. (Orgs.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 237-254.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Estatísticas*. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/_novoportal/section008.asp?InfoID=&EditionSectionID>. Acesso em: 19 abr. 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Estatísticas*. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=estatisticas&portal=>>>. Acesso em: 20 abr. 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2006.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. *Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987*. Disponível em: <<http://www.coren-mg.org.br/interna.asp?menu=0&submenu=1&prefixos=87>>. Acesso em: 19 abr. 2006.
- CONSIDINE, G.; CALLUS, R. The quality of work life of Australian employees - the development of an index. *Working Paper*, Sydney: ACIRRT, n. 73. 2002.

- COOPER, C. L.; DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P. *Organizational stress: A review and a critique of theory, research and applications*. London: Sage, 2001.
- COOPER, C.; MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. *Human Relations*, v. 43, p. 297-311, 1990.
- COOPER, C.; SLOAN, S.; WILLIAMS, S. *Occupational stress indicator management guide*. Londres: Thorbay, 1988.
- CORRAL, A.; ISUSI, I. *Quality of life in the Spanish workplace, 2003*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. Disponível em: <<http://www.eurofound.eu.int/pubdocs/2004/78/en/1/ef0478en.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2006.
- COSTA, G. The problem: Shiftwork. *Chronobiology International*, v. 14, n. 2, p. 89-98, 1997.
- COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL-GONZÁLEZ, E. *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/203/stress_en.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2006.
- D'ANELLO, S.; MARCANO, E.; GUERRA, J. C. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Venezuela. *MedULA, Revista da Facultad de Medicina*, Universidad de Los Andes, v. 9, n. 1-4, p. 4-9, 2003.
- DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- DEJOURS, C. *A loucura no trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1988.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DELA COLETA, M. F. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 39, n. 2, p. 79-97, 1987.
- DIMATOS, A. M. M. *Prazer no trabalho*. 1999. 112 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1999. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/1490.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2006.
- DIMENSTEIN, G. A geração dos filhos únicos. *FOLHA On Line*, 09 mar. 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/colunas/gd091103.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2006.
- DOLAN, S. L.; PIÑOL, D. M.; CANNINGS, K. Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de Suecia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, v. 19, n. 2, p. 117-133, 1999.
- EISENBERG, R. *et al.* Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, v. 71, p. 500-507, 1986.

- ESPUNY, J. L. C.; MARTÍN, C. A. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Atención Primaria*, v. 22, n. 5, p. 308-313, 1998.
- FERNÁNDEZ, M. A.; CARBAJO, A. I. I.; VIDAL, A. F. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, v. 30, n. 8, p. 483-489, 2002.
- FERREIRA, A. B. H. *Miniaurélio século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa*. 4. ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- _____. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FESKANICH, D. *et al.* Stress and suicide in the nurses' health study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 56, n. 2, p. 95-98, 2002.
- FISCHER, F. M. *Investigación de las condiciones de trabajo y de la vida de trabajadores en turnos*. São Paulo: Organização Internacional do Trabalho, 1981.
- FRANÇA, H. H. A Síndrome de burnout. *Revista Brasileira Médica*, v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.
- FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 139-144, Mar./Apr. 2005.
- FRANCO, M. L. *et al.* Síndrome de desgaste en el personal asistencial pediátrico. *Anales de Pediatría*, v. 62, n. 3, p. 248-251, 2005.
- FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.
- FURLANI, D. *As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade sono*. 1999. 140 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 1999.
- GARBARINO, S. *et al.* Brain function and effects of schift work: Implications for clinical neuropharmacology. *Neuropsychobiology*, v. 45, n. 1, p. 50-56, 2002.
- GIL-MONTE, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemase por el trabajo (Burnout) en profesional de enfermería. *Psicologia em Estudo*, v. 7, n. 1, p. 3-10, 2002a.
- _____. Validez fatorial de la adaptación al español de Maslach burnout inventory-general survey. *Salud Pública de México*, v. 44, n. 1, p. 33-40, ene./feb. 2002b.
- _____. Se queima la sanidad. *Revista Espanhola Economia dela Salud*, v. 2, n. 3, p. 134-140, 2003.

- GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M.; VALCÁRCEL, P. El síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. In: GONZÁLEZ, L.; TORRE, A.; ELENA, J. (Coord.). *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. Eudema: Salamanca, 1995. p. 211-224.
- GIL-MONTE, P. R.; PILAR, V.; ZORNOZA, A. Role stress: Burnout antecedent in nursing professionals. *European Work and Organizational Psychologist*, v. 3, n. 3, p. 217-227, 1993.
- GIL-MONTE, P. R.; VALCÁRCEL, P.; ZORNOZA, A. Role stress: Burnout antecedent in nursing professionals. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, v. 3, n. 3, p. 217-227, 1993.
- GÓMEZ, M. M. N. *et al.* Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, Bogotá, Colombia, v. 4, n. 1, p. 63-75, ene./jun. 2005.
- GONZÁLES, M. A. A. *Stress: temas de psiconeuroendocrinología*. São Paulo: Robe Editorial, 2001.
- GOODFELLOW, A. *et al.* Staff stress on the intensive care unit: A comparison of doctors and nurses. *Anesthesia*, v. 52, n. 11, p. 1.034-1.041, 1997.
- GOUVEIA, V. V. *et al.* Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 4, p. 298-305, 2005.
- GUEVARA, C. A.; HENAO, C. A.; HERRERA, J. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Revista Colombia Médica*, v. 35, n. 4, p. 173-178, 2002.
- GUIDO, L. A. *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. 2003. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- GUIMARÃES, L. A. M. *Atualizações em qualidade de vida no trabalho*. Apostila do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2005. [mimeo].
- _____. *Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro*. 1992. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1992.
- GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Atualizações em qualidade de vida e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a. v. 2, p. 206-217.
- GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Validação brasileira do questionário de avaliação de qualidade de vida profissional (QVP-35): em bancários do ABC paulista. In: JORNADA SUL-RIO-GRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA. 22.; ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2.; 2004, Porto Alegre-RS. *Anais...* Porto Alegre-RS: Centro de Estudos Luis Guedes, 2004b. no prelo.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Changing society, work organization and mental health disorders. In: WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 10., Madrid, Spain, 1996. *Proceedings...* Madrid, Spain: Universidad Autonoma de Madrid, 1996. v. 1, p. 101.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 61-72.

GUIMARÃES, L. A. M.; BARROS, C. A. Lesões por esforços repetitivos – L.E.R.: aspectos psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 73-86.

GUIMARÃES, L. A. M.; CARDOZO, W. L. C. D. Atualizações sobre a síndrome de burnout. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 43-61.

GUIMARÃES, L. A. M.; COÊLHO, A. E. L.; CAETANO, D. Karoshi: morte por sobrecarga de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 79-94.

GUIMARÃES, L. A. M.; FERREIRA JÚNIOR, M. Condições ligadas ao trabalho. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 34, p. 303-310.

GUIMARÃES, L. A. M.; FREIRE, H. B. G. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 29-49.

GUIMARÃES, L. A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D. A. Modelo teórico de estresse ocupacional: Desequilíbrio entre esforço – recompensa no trabalho (ERI). In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 69-83.

GUIMARÃES, L. A. M.; TEIXEIRA, L. N. Efeitos do trabalho em turnos na saúde mental do trabalhador. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 181-190.

HAAG, G. S. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. Goiânia: AB, 1997.

HADDAD, M. C. L. *Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem*. Londrina-PR: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 2002. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

HAPPELL, B.; TRISH, M.; JAYA, P. Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 12, p. 39-47, 2003.

HARRISON, B. J. Are you to bur out? *Fund Raising Management*, v. 30, n. 3, p. 25-28, 1999.

- HERNÁNDEZ, J. R. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 29, n. 2, p. 103-110, 2003.
- HOWIE, J. *et al.* Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *The British journal of general practice*, v. 42, n. 358, p. 181-185, 1992.
- IBÁÑEZ, N.; MARSIGLI, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUINI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 49-74.
- JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003.
- JORGE-RODRIGUEZ, F. *et al.* Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.
- KARASEK, R. A. *Job content questionnaire and user's guide*. Lowell, MA USA: University of Massachusetts, Department of Work Environment, 1985.
- KARASEK, R. A. *et al.* Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, v. 71, n. 7, p. 694-705, 1981.
- KARASEK, R. A.; THEORELL, T. *Health work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nova York: Basic Books, 1990.
- KASH, K. M. *et al.* Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, v. 14, n. 11, p. 1.621-1.633, 2000.
- KNAUTH, P.; RUTENFRANZ, J. Duration of sleep related to type of shift work. In: REINBERG, A.; VIEUX, N.; ANDLAUER, P. *Night and schift work biological and social aspects*. London: Oxford Pergamon Press, 1981. p. 161-168.
- KRUEGER, P. *et al.* Organization specific predictors of job satisfaction: Finding from a Canadian mult-site quality of work cross-sectional survey. *BCM Health Services Research*, v. 2, n. 1, p. 6, 2002.
- LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
- LASCHINGER, H. K. S.; FINEGAN, J. *Job strain as a longitudinal predictor of nurse health and performance outcomes*. Disponível em:
<<http://www.workhealth.org/2005%20ICOH/weds%20presentations/W14%20laschinger.pdf#search=%22Job%20strain%20as%20a%20longitudinal%20predictor%20of%20nurse%20health%20and%20performance%20outcomes%22>>. Acesso em: 10 abr. 2005.
- LAURELL, A. C. Processo de trabalho em saúde. *Revista Saúde em Debate*, v. 11, p. 8-22, 1981.
- LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Pública, Pan American Journal of Public Health*, v. 6, n. 6, p. 415-425, 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Coping and adaptation. In: GENTRY, W. D. (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: The Guilford Press, 1984. p. 282-325.

LEE, R. T.; ASHFORTH, B. E. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, v. 75, n. 6, p. 743-747, 1990.

LEES, M.; KEARNS, S. *Improving work life quality: A diagnostic approach model*. *Healthcare Quarterly*, Mar. 2005. Disponível em:
<<http://www.longwoods.com/view.php?id=&aid=17726&cat=140>> Acesso em: 19 maio 2006.

LEHTO, A. M. *Finnish quality of work life surveys*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004. Disponível em:
<<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF04111EN.pdf>> Acesso em: 10 maio 2006.

LEITER, M. P. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: SHAUFEI, W. B.; MASLASCH, C.; MAREK, T. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993. p. 237-250.

_____. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organisational Behaviour*, n. 12, n. 2, p. 123-144, 1991.

LEKA, S.; GRIFFITHS, A.; COX, T. *Work organisation & stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva, Switzerland: World Health Organizations, 2003. (Protecting Workers Health, n. 3). Disponível em:
<www.who.int/occupational_health/publications/en/oehestress.pdf>. Acesso em: 13 maio 2005.

LERT, F.; CHASTANG, J. F.; CASTANO, I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *Aids Care*, v. 13, n. 6, p. 763-778, 2001.

LEVI, L. Spice of life or kiss death? In: KONKOLEWSKY, H. H. (Coord.). *Working on stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002. n. 5, p. 11-13. Disponível em:
<http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/magazine5_en.pdf> Acesso em: 07 abr. 2006.

LEVINSON, H. Reciprocation: The relationship between man and organization. *Administrative Science Quarterly*, v. 9, p. 370-390, 1965.

LIMA, F. D. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes do HUC - Hospital Clínicas de Uberlândia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS: TEORIA E PESQUISA, 2.; CONGRESSO DA ABQV, 5.; 2005, São Paulo-SP. *Anais...* São Paulo: ABS/CPCS/ABQV, 2005. p. 194-195.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. *Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; ALBUQUERQUE, L. G. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 40-51, abr./jun. 1998.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. V. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. V. (Orgs.). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 27-53.

LINO, M. M. *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva*. 2004. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem - Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LÔBO, I. *Faltam profissionais de saúde*. Organização Pan-americana da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=305>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.; NASCIMENTO, M.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 129-135, maio/ago. 2005.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-americana da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, 2004. v. 2, p. 139-162. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Livro_inteiro_português.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2006.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MARQUES, A. L. *et al.* *Qualidade de vida e estresse no trabalho em uma grande corporação de polícia militar*. Disponível em: <[http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0147_Iberoamerican-Policia%20Militar\(2003\).pdf#search=%22www.fgvsp.br%2Fiberoamerican%2FPapers%2F0147_Iberoamerican-Policia%20Militar\(2003\).pdf%22](http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0147_Iberoamerican-Policia%20Militar(2003).pdf#search=%22www.fgvsp.br%2Fiberoamerican%2FPapers%2F0147_Iberoamerican-Policia%20Militar(2003).pdf%22)>. Acesso em: 24 abr. 2006.

MARQUES, V.; LALONI, D. T.; LIPP, M. E. N. Stress e síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS: TEORIA E PESQUISA, 2.; CONGRESSO DA ABQV, 5.; 2005, São Paulo-SP. *Anais...* São Paulo: ABS/CPCS/ABQV, 2005. v. 1, p. 197-198.

MARTÍN, J. *et al.* Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, v. 18, n. 2, p. 129-136, mar./abr. 2004.

MARTÍN, M. A. C. *et al.* Prevalência y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, v. 27, n. 5, p. 313-317, 2001.

MARTÍNEZ, J. C. A. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, v. 71, n. 3, p. 293-303, 1997.

MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, L. A. M. O modelo de estresse ocupacional demanda/controlé (“Job Strain Model”). In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 55-68.

- MARTINS, M. C. A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium – Revista do ISPV*, n. 28, out. 2003. Disponível em: <www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm>. Acesso em: 07 abr. 2006.
- MARZIALE, M. H. P. enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 1-5, maio 2001.
- MARZIALE, M. H. P.; SILVA, D. M. P. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absentismo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum: Health Sciences*, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.
- MASLACH, C. Burnout: a multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 1993. p. 19-32.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. *The truth about Burnout: How the organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Josey-Bess, 1997.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. *Maslach Burnout Inventory*. 2. ed. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- _____. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, p. 99-113, 1981.
- _____. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles: A Journal of Research*, v. 12, p. 189-212, 1985.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. *Maslach Burnout Inventory: Test manual*. 3. ed. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
- _____. *Maslach Burnout Inventory*. 2. ed. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- _____. *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Tradução de Mônica Saddy Martins. Campinas: Papyrus, 1999.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 397-422, 2001.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.; MAREK, T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.
- MAYER, V. M. *Síndrome de burnout e qualidade de vida profissional em policiais militares de Campo Grande-MS*. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco-UCDB, Campo Grande-MS, 2006.
- MELEIRO, A. M. A. S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos-Editorial, 1991.
- _____. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; NAGAMINE, K. Stress em profissionais da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS: TEORIA E PESQUISA, 2.; CONGRESSO DA ABQV, 5.; 2005, São Paulo-SP. *Anais...* São Paulo: ABS/CPCS/ABQV, 2005. v. 1, p. 143-144.

MOR, V.; LALIBERTE, L. Burnout among hospice staff. *Health & Social Work*, v. 9, p. 274-283, 1984.

MORAIS, L. F. R.; FERREIRA, S. A.; ROCHA, D. B. A. *Trabalho e organização: Influências na qualidade de vida e estresse na polícia militar do Estado de Minas Gerais*. Disponível em: <<http://www.ufop.br/ichs/conifex/anais/OGT/ogt0203.htm>>. Acesso em: 12 maio 2005.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; PEÑACOBÁ, C. El estrés asistencial en los servicios de salud. In: SIMON, M. A. (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodologías y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999. p. 739-764.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; GARROSA-HERNÁNDEZ, E.; GONZÁLES-GUTIÉRREZ, J. L. El desgaste profesional de enfermería. desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos laborales*, v. 3. n. 1, p. 18-28, 2000.

MORENO-JIMENEZ, B. *et al.* Estudios transculturales del Burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, v. 12, p. 9-18, 2003.

MOTTER, A. A. *Qualidade de vida dos médicos militares do hospital geral de Curitiba*. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2001. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5383.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

MÜLLER, D. V. K. *A Síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. 2004. 110 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2004.

MUÑOZ-SECO, E. *et al.* Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, v. 37, n. 4, p. 209-214, 2006.

MUROFUSE, N. T. *O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho*. 2004. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082004-103448/publico/doutorado.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2006.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

NARDI, H. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 240-246.

NASETTA, S. A. Burnout em guardias médicas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, ano 14, v. 11, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.alcmeon.com.ar/11/43/03_albanesi.htm>. Acesso em: 24 mar. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. *Boletim de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 7-9, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 130-144.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. *et al.* Dilemas éticos no hospital geral. *Boletim de Psiquiatria*, v. 24, n. 1-2, p. 28-34, 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 1, p. 28-34, 1998.

NORIEGA, M. *et al.* Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.361-1.372, set./out. 2005.

NYSSSEN, A. S. *et al.* Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, v. 90, n. 3, p. 333-337, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *EUA: Kofi Annan destaca papel dos trabalhadores da saúde no mundo*. Disponível em: <<http://www.angolapress-angop.ao/noticia.asp?ID=430925>>. Acesso em: 30 set. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial da Saúde 2006*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/resumo.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2006.

_____. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento- CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PALÁCIOS, M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V. M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 843-851, 2002.

PALMER, Y. *et al.* Factores de riesgo organizacionais asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, v. 28, n. 1, p. 82-91, 2005.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

- PERA, G.; SERRA-PRAT, M. Prevalence del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, v. 16, n. 6, p. 480-486, 2002.
- PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.
- PÉREZ SAN GREGORIO, M. de los A. *et al.* Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, v. 66, p. 19-31, 2003.
- PICCININI, V. C.; TOLFO, S. R. *The best companies to work in Brazil and quality of working life: Disjunctions between theory and practise.* Disponível em: <<http://www.sba.muohio.edu/ABAS/1998/QVTABAS.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2006.
- PIERÓ, J. M. *Desencadeantes del estrés laboral.* Salamanca: Edema, 1993.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.* São Paulo: Annablume, 1998.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício.* 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- RABIN, S.; FELDMAN, D.; KAPLAN, Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, v. 72, n. 2, p. 159-169, 1999.
- RAGA, F. A.; ARRIBAS, C. L.; HIDALGO, L. T. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en Atención primaria. *Atención Primaria*, v. 20, n. 8, p. 401-407, 1997.
- RAMÍREZ, S. C. El Síndrome de “Burn Out” o Síndrome do esgotamento profissional. *Medicina Legal de Costa Rica*, v. 17, n. 2, mar. 2001.
- REZENDE, M. P. *Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos.* 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ROBAZZI, M. C.; MARZIALE, M. H. P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 52, n. 3, p. 331-338, 1999.
- ROSA, R. R.; COLLIGAN, M. J. *El trabajo por turnos en lenguaje sencillo.* Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/97-145sp.html>>. Acesso em: 24 mar. 2006.
- RUBIO, J. A. C. *et al.* Clima laboral en atención primaria: ¿Qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, v. 32, n. 5, p. 288-295, 2003.
- SAMPAIO, J. R.; GALASSO, L. M. R. Stress no mundo do trabalho: trajetória conceitual. In: FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. (Orgs.). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.* 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 54-71.
- SÁNCHEZ, R. H.; VILLA, M. C. Algunos aspectos influyentes en la calidad de vida laboral. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 21, n. 1, p. 1, 2005.

SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, R.; ÁLVAREZ-NIDO, R.; LORENZO-BORDA, S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 Madrid. *MEDFAM: Órgano de Difusión de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, v. 13, n. 4, p. 291-296, abr. 2003.

SARDÁ JÚNIOR, J.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI, S. J. *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Avaliação em Psicologia).

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Caderno de Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996.

SAUTER, L. S. *The changing organization of work and the safety and health of working people*. Organization of Work Team Members, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/pdfs/02-116.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2006.

SAUTER, L. S. *et al. El estrés ... en el trabajo*. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, 1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101sp.html>>. Acesso em: 24 mar. 2006.

SCHAUFELI, W. B.; JANCZUR, B. Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 25, n. 1, p. 95-113, 1994.

SCHAUFELI, W.; ENZAMANN, D. *The Burnout companion to study & practice*. Londres: Taylor & Francis, 1998.

SCHMIDT, D. R. C. *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico*. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

SCOTT, A. J. Shift work and health. *Primary Care*, v. 27, n. 4, p. 1.057-1.079, 2000.

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

_____. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 95-110, 1997. Suplemento.

SELYE, H. *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1956.

SILVA BORGES, G. *Enfermagem profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 2001. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

- SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho em enfermagem. *Psicologia da USP*, v. 14, n. 2, p. 169-194, 2003.
- SMITH, A. *Riquezas das nações*. São Paulo: Húmus, 1986.
- SOS TENA, P. et. al. Desgaste profissional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *MEDFAM: Órgano de Difusión de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, v. 12, n. 10, p. 613-619, 2002.
- SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A Influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. *Revista Estudos de Psicologia*, v. 19, n. 1, p. 37-48, 2002.
- STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O Estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.
- STEPHANINI, I. C. *Qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham com portadores de HIV no Estado do Mato Grosso do Sul/MS*. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2003.
- STEPHANINI, I. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BOTELHO, A. S. O. Qualidade de vida e trabalho em profissionais da saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 219-227.
- TAMAYO, A. Validade fatorial da escala Levenson de locus de controle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 111-122, 1989.
- TAMAYO, M. R. Validação do Inventário de Burnout de Maslach. In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PSICOLOGIA, 3, 2003, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa : Associação de Pesquisa em Psicologia, 2003. v. 1. p. 393-393.
- _____. Validação do Inventário de Burnout Maslach. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 26., 1996, Ribeirão Preto. *Resumos...* Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1996. p. 51.
- TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *Coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.
- TRUCCO, M.; VALENZUELA, A. P.; TRUCCO, D. Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista Médica de Chile*, v. 127, n. 12, p. 1.453-1.461, 1999.
- TUULI, P.; KARISALMI, S. Impact of working life quality on burnout. *Experimental Aging Research*, v. 25, n. 4, p. 441-449, 1999.
- VASCONCELOS, E. F. *Esforço e recompensa no trabalho em profissionais de enfermagem*. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2005.
- VEGA, E. D.; URDÁNIZ, A. P. *El síndrome de burnout en el médico*. Madri: Smitkline Beecham, 1997.

VIEIRA, L. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A. O estresse ocupacional em enfermeiros. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 209-230.

VISITINI, R.; CAMPANINI, E. Psychological stress in nurses' relationships with HIV-infected patients: The risk of burnout syndrome. *Aids Care*, v. 8, n. 2, p. 183-195, 1996.

VISSER, R. M. *et al.* Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, v. 68, n. 3, p. 271-275, 2003.

VOLPATO, D. C. *et al.* Burnout em profissionais de Maringá. *Revista Eletrônica Interação Psy*, ano 1, n. 1, p. 102-111, 2003. Disponível em:
<<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo8.pdf#search=%22Burnout%20em%20profissionais%20de%20Maring%C3%A1%22>>. Acesso em: 05 abr. 2005.

WALLAU, S. M. O estresse laboral e a síndrome de burnout nos profissionais da área de saúde. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, v. 4, n. 1, p. 73-87, 2005.

WHITLEY, A. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: An international study. *Annals of Emergency Medicine*, v. 23, n. 5, p. 1.068-1.071, 1994.

WILKINSON, S. M. Stress in cancer nursing: Does it really exist?. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 6, p. 1.079-1.084, 1994.

WINSTANLEY, S.; WHITTINGTON, R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, v. 16, n. 4, p. 302-315, 2002.

WYATT, T. A.; WAH, C. Y. Perceptions of QWL: A study of Singaporean employee's development. *Research and Practice in Human Resource Management*, v. 9, n. 2, p. 59-76, 2001.

APÊNDICE A
Declaração para pesquisa

DECLARAÇÃO

Eu, Terezinha do Carmo da Silva Achkar, mestranda do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/MS), declaro estar ciente da Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, bem como da Resolução CFP n. 002/87 de 15 de agosto de 1987 do Conselho Federal de Psicologia - Código de Ética Profissional do Psicólogo – a respeito da Ética para com estudos e pesquisas envolvendo seres humanos.

Campo Grande, 09 de maio de 2005.

.....
Terezinha do Carmo da Silva Achkar

APÊNDICE B
Protocolo n. 0081/2004B

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

Campo Grande, 20 de junho de 2005

Universidade Católica Dom Bosco
Departamento de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa

PROTOCOLO: 0122-2005A

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida profissional de médicos e profissionais de enfermagem do Hospital Policlínica de Cascavel-PR”, de responsabilidade de Terezinha do Carmo da Silva Achkar, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco-CEP-UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

.....
Regina Stela Andreoli de Almeida
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UCDB
Universidade Católica Dom Bosco

APÊNDICE C
Autorização para a Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Venho, por meio desta, solicitar autorização para que a aluna Terezinha do Carmo da Silva Achkar, mestranda em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/MS) possa realizar a pesquisa denominada: “Qualidade de vida profissional de médicos e profissionais de enfermagem do Hospital Policlínica de Cascavel (PR)”, sob orientação da Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães-UCDB.

Tendo em vista, a necessidade de sugerir à organização melhorias que possam repercutir junto à Saúde e Qualidade de Vida destes trabalhadores, essa proposta compreenderá os seguintes procedimentos:

1. Coleta de dados sobre o número de profissionais da instituição;
2. Coleta de dados sobre o número de profissionais por setor e atividade;
3. Coleta de outros dados sócio-econômico-demográficos;
4. Coleta de dados sobre a organização do trabalho; sistema de turnos, etc...
5. Aplicação de questionários para caracterizar a Qualidade de Vida Profissional destes trabalhadores, junto à amostra selecionada.

Os dados obtidos quanto à identificação individual dos participantes serão mantidos em sigilo e sua divulgação, em veículos especializados, terá caráter eminentemente científico.

Quaisquer dúvidas, da instituição ou dos trabalhadores, poderão ser respondidas pela pesquisadora e ou sua orientadora.

.....
Terezinha do Carmo da Silva Achkar
Pesquisadora
Tel (45) 3037-4748
e-mail terezinhaachkar@hotmail.com

.....
Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
Orientadora

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **SÍNDROME DE *BURNOUT*: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE CASCAVEL-PR.**

Pesquisadora: Terezinha do Carmo da Silva Achkar – CRP 08/05541

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (UCDB/MS)

Concordo em participar como voluntário(a) de um estudo que está sendo realizado pela pesquisadora acima citada, com os médicos plantonistas e profissionais de enfermagem do Hospital Policlínica de Cascavel/PR. Esta pesquisa tem autorização da direção do Hospital para a sua realização e faz parte de um projeto de dissertação de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande/MS, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

O objetivo deste estudo é avaliar a presença de Estresse no trabalho, da Síndrome de *Burnout* (quadro clínico mental extremo de exaustão emocional pelo trabalho) e a percepção da Qualidade de Vida no Trabalho de médicos e profissionais de enfermagem.

Ao decidir aceitar a participação neste estudo, fui esclarecido (a) sobre as observações abaixo, das quais estou ciente:

1. Essa atividade não é obrigatória e, caso eu não queira participar, isso em nada mudará o trabalho que realizo neste hospital;
2. Responderei aos 2 questionários que contêm questões relacionadas a minha vida, meu trabalho e minhas necessidades e cujo tempo médio para preenchimento é de 20 minutos;
3. Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de respondê-la, sem que isso implique qualquer prejuízo;
4. Sei que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá possibilidade de meu nome ser identificado, sendo assegurado completo anonimato;
5. Devido a seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para objetivos de estudo;
6. Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo alguns conteúdos abordados podem vir a trazer algum tipo de desconforto psicológico. Em função disso, terei a possibilidade de ser encaminhado (a) pela pesquisadora ao atendimento psicológico com profissional de Saúde Mental do Serviço Público, caso seja de minha vontade e necessidade;
7. Minha participação é inteiramente voluntária;
8. Estou livre para desistir da participação em qualquer momento da aplicação dos questionários;
9. Aceito participar voluntariamente dessa atividade, não tenho sofrido nenhuma forma de pressão para tanto;
10. Caso necessite entrar em contato com a pesquisadora, estou ciente que posso encontrá-la no telefone (45) 3037-4748 e no e-mail: terezinhaachkar@hotmail.com.

Recebi uma cópia deste termo cuja leitura me foi permitida.

Cascavel,de de 2005.

Assinatura do pesquisador:

Assinatura do orientador

Assinatura do participante:

Comitê de Ética em Pesquisa- UCDB: Tel (67) 312-3753.

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL – QVP-35 DADOS COMPLEMENTARES

N. Nome: Idade:

Sexo: masculino feminino

Estado civil: solteiro separado casado amasiado viúvo

Tem filhos: sim não

Número de filhos:

Profissão:

Escolaridade:

2º grau incompleto 2º grau universitário incompleto universitário

aperfeiçoamento:

especialização mestrado doutorado pós-doutorado

Se você tem formação universitária, especifique em que área?

Ocupação: Tempo de serviço (meses-ano):

Você realiza no seu trabalho alguma atividade de tipo administrativo: sim não

Especifique o tipo de atividade que você realiza:

Você exerce cargo de chefia: sim não

Especifique:

Jornada de trabalho:

manhã tarde manhã e tarde

noite madrugada em horários alternados

Carga horária (neste emprego):

20 horas 30 horas 40 horas

Tempo de trabalho nesta Empresa:

Dedicação: exclusiva plantão

Número de pessoas que atende diariamente (neste emprego):

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

Você trabalha em alguma outra instituição: sim não

Comentários:

.....

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL – QVP-35

QUESTÕES

Original, Cabezas-Peña (1999) – Validação brasileira, Guimarães *et al.* (2004b)

Assinale com um X o valor de **1 (nada)** a **10 (muito)** que melhor indique a **ocorrência relacionada à sua vida no trabalho nos últimos 6 meses**.

Questões	Valores									
1. Interrupções incômodas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Conseqüências negativas para a saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Falta de tempo para a vida pessoal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Desconforto físico no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Conflitos com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Trabalho diversificado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Possibilidade de expressar o que penso e preciso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Apoio de meus superiores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Possibilidade de que minhas propostas sejam ouvidas e aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfação com o salário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Possibilidade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. A empresa se preocupa em melhorar minha qualidade de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Reconhecimento de meu esforço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Recebo informações sobre os resultados do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Possibilidade de promoção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Quantidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Estresse (esforço emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Rapidez e “afobação”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Pressão recebida para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Pressão recebida para manter a qualidade do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Carga de responsabilidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. O que tenho que fazer fica claro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Autonomia ou liberdade de decisão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Apoio de minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Apoio de meus colegas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Apoio de meus subordinados (só para coordenadores)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Vontade de ser criativo (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Orgulho do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Motivação (vontade de melhorar no trabalho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Satisfação com o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Estou capacitado (a) para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Exige-se capacitação para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Desligo-me ao final da jornada de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Percepção sobre a qualidade de vida no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10