

Neemias Rodrigues Chaves Júnior

BURNOUT DE ENFERMEIROS:
um estudo em hospitais de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

Área de concentração: Organização e Estratégia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kely César Martins de Paiva

Belo Horizonte
2010



Faculdade Novos Horizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **NEEMIAS RODRIGUES CHAVES JUNIOR**

Matrícula: 770257

LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

ORIENTADOR(A): Profª Drª Kely César Martins de Paiva

TÍTULO: BURNOUT DE ENFERMEIROS: um estudo em hospitais de Belo Horizonte.

DATA: 12/08/2010

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Kely César Martins de Paiva

ORIENTADORA

Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Faculdade Novos Horizontes

Profª Drª Maria José Menezes Brito

UFMG

Aos meus grandes amores:
Roseli, minha esposa, e meu filho Ângelo,
pelo grato convívio e pela compreensão.

Aos meus pais, Neemias e Zenir, e minhas irmãs, Cleide e
Zenaide, pelo amor incondicional.

Aos meus amigos Sérgio e Soraia, pela amizade verdadeira e
pura.

A todos os enfermeiros que vislumbram uma melhor qualidade
de vida para si e também para seus pacientes, evidenciando a
verdade de que nós somos, sim, “gente que cuida de gente”.

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador do Universo, pelo dom da vida inefável, pela dádiva de sermos criados à sua imagem e semelhança como seus filhos amados e pelo dom da fé concedido a todos quantos Lhe pedem, alimentando os sonhos, trazendo esperanças de um dia melhor e garantindo novas conquistas, mesmo que esse vislumbre humano diante da sua imensa sabedoria e onipotência se mostre como uma mera vaidade. Mesmo assim, Ele nos sustenta diante das dificuldades apresentadas, de forma a que, pela fé, Lhe devolvamos toda honra e toda a glória que somente a Ele são devidas.

Aos meus pais amados, Neemias Rodrigues Chaves e Zenir de Oliveira Chaves, pela riqueza de caráter e integridade, repassados com amor e, às vezes, com a dureza necessária não medindo esforços na condução da educação de todos os filhos.

À minha querida e amada esposa, Roseli Aparecida Lúcio Chaves, por ter me apoiado nas horas mais difíceis, de forma resignada, pois sentiu também o árduo peso das renúncias advindas da escolha de ter eu me matriculado num curso de pós-graduação com a pretensão final de escrever uma dissertação.

Ao meu filho amado, Ângelo Lúcio Chaves, que, mesmo com sua tenra idade (seis anos quando do início do curso de pós-graduação), demonstrou sabedoria incomum para sua idade, cooperando dentro de suas possibilidades para que tudo fosse possível.

Às minhas irmãs queridas, Zenaide Maria Benevides e Cleide de Oliveira Chaves, que me apoiaram e acolheram em meus primeiros passos na escolha de construir uma carreira acadêmica.

Aos meus irmãos queridos, Fernando O. Chaves e Cristina O. Chaves, por suportarem minhas ausências e, mesmo assim, continuarem incentivando para que eu desse continuidade aos meus sonhos.

À professora Kely César Martins de Paiva, orientadora, que, de forma competente e profissional, conduziu-me até o final desse desafio, tolerando, cobrando, incentivando e perdendo as limitações do aprendiz.

Ao amigo e irmão, por consideração, Sérgio Gordiano de Lima e a sua esposa, Soraia Monteiro de Lima, por terem incentivado, acreditado e possibilitado esta conquista.

Às enfermeiras Maria do Rosário e Sandra Lúcia, por apoiarem e colaborarem para a realização deste sonho.

Ao professor Luiz Carlos Honório, por tão rica contribuição, o meu apreço.

Ao amigo Gilmar Franco Souza, pelas muitas vezes que incentivou-me a continuar.

À enfermeira e amiga Patrícia Gato, pela ajuda importante dada logo nos primeiros passos de minha caminhada.

A todos os enfermeiros e amigos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste sonho, seja participando da pesquisa ou me apoiando.

“Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez”.

Jean Cocteau

RESUMO

Este estudo teve por objetivo central identificar, descrever e analisar como se configura a síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte. Para a compreensão das questões envolvidas, o referencial teórico abordou a questão da violência no trabalho, a síndrome de *burnout* e o trabalho do enfermeiro e as especificidades inerentes a um hospital. A pesquisa empírica caracteriza-se por ser descritiva, em abordagem quantitativa, nos moldes de estudo de caso (VERGARA, 2009). As unidades de análise e de observação foram os enfermeiros de dois hospitais, selecionados por sua acessibilidade após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa dos mesmos (Protocolo n. 031/2010). Ao todo, foram coletados 85 questionários, sendo 38 do hospital público (60 no total) e 47 do privado (73 no total), compostos de duas partes, a saber, dados demográficos e funcionais dos respondentes e a escala de *burnout* de Maslach, ou seja, o *Maslach Burnout Inventory*, MBI, conforme apresentada por Lima et al. (2009). Os dados foram tratados de modo uni e bivariado, com auxílio de programas estatísticos (SPSS e Excel). Os preceitos da Resolução n. 196/96 foram observados nesta pesquisa. Após a descrição dos dados demográficos e funcionais, procedeu-se à apresentação dos dados relativos ao *burnout*, os quais apontaram para um nível considerado baixo, com alguns indicadores sinalizando níveis medianos, a maioria deles concentrados no fator exaustão emocional, e a maioria dos indicadores de realização pessoal encaixando-se em níveis elevados, contribuindo para a redução do *burnout*. Estes dados foram percebidos como diferenciados no contexto da enfermagem, dada a natureza e a forma de organização do trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, o que a literatura aponta como propício ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. A análise bivariada apurou diferenças significativas na amostra total quando observados, em separado, dados a respeito do sexo (homens com níveis maiores de despersonalização que as mulheres), jornada de trabalho (profissionais que trabalham entre 44 e 48 horas semanais com níveis maiores de despersonalização que aqueles com jornada de 30 a 36 horas), manutenção de vínculos empregatícios (enfermeiros com outro emprego com níveis maiores de exaustão emocional que aqueles que possuem apenas um vínculo), tempo de trabalho na área de saúde (profissionais com mais de 5 anos de trabalho na área com escores mais elevados de realização pessoal que outros com menos de 5 anos de atuação nessa área) e gozo de férias (enfermeiros que tiraram férias no último ano com menores níveis de despersonalização que seus pares que não gozaram de descanso recentemente). Os dados coletados apresentam-se como uma “ponta de um *iceberg*”, cuja estrutura mais ampla e profunda ainda está por ser descoberta, já que o estudo abordou apenas dois hospitais, um público e outro particular, na cidade de Belo Horizonte (MG). Diante dos achados e das limitações do estudo, foram alinhadas sugestões para pesquisas futuras e para os profissionais e instituições envolvidas.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. *Burnout*. Enfermeiro.

ABSTRACT

The present study aimed at identifying, describing and analysing the way in which the burnout syndrome is developed in nurses of two hospitals in Belo Horizonte, Brazil. In order to understand the questions involved, the theoretical referential dealt with violence in the workplace, burnout syndrome, nurses' work and specific aspects of hospitals. The empirical research is descriptive and the approach is quantitative, according to the case study (VERGARA, 2009). The units of analysis and observation were nurses from two hospitals which were selected due to their accessibility after approval of a research carried out by the Committee of Ethics in Research (Protocol nº 031/2010). Altogether, one gathered 85 questionnaires, comprising 38 from a public hospital (out of 60) and 47 from a private hospital (out of 73). Such questionnaires were composed of two parts, demographical and work data of the answerers and the Maslach Burnout Inventory (MBI), according to Lima et al. (2009). The data was dealt with in a uni and bivaried way, with the help of statistical softwares (SPSS e Excel). It is important to emphasize that the precepts of the Decree 196/96 were observed in this research. After the description of demographical and work data, one presented the data regarding burnout. The figures were considered low and some of the indicators signalled to an intermediate level, specially for the factor emotional exhaustion. The majority of the indicators of personal satisfaction showed high levels, that contributed to the reduction of burnout. This data was perceived as different from the context of nursing, due to the nature and the form of organization of their work in a hospital environment. Literature points this fact as a tendency for one to develop burnout syndrome. Bivaried analysis found significant differences in the total sample, when one observed the data concerning gender (men had higher levels of depersonalization than women), work hours (professionals who work between 44 and 48 hours per week had higher levels of depersonalization than those who work between 30 and 36 hours per week), maintenance of work contracts (nurses with other jobs presented higher levels of emotional exhaustion than those who had only one job), tenure in the health area (professionals with more than 5 years of work had higher scores of personal satisfaction than the ones with less than 5 years of work in this area and and vacation time (nurses who had vacation in the last year presented lower levels of depersonalization than their colleagues who did not rest recently). Thus, the gathered data was the tip of an iceberg whose wider and deeper structure is yet to be discovered, since the study only covered two hospitals. Bearing in mind the limitations of the study, further research will be needed and suggestions for the professionals and the institutions involved were made.

Key Words: Occupational stress. Burnout. Nurse.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição da amostra, segundo o sexo	46
Gráfico 2 -	Distribuição da amostra, segundo a faixa etária.....	49
Gráfico 3 -	Distribuição da amostra, segundo o estado civil.....	49
Gráfico 4 -	Distribuição da amostra, segundo o grau de escolaridade.....	50
Gráfico 5 -	Gráfico de barras do tempo de atuação, em anos, como enfermeiro.....	50
Gráfico 6 -	Gráfico de barras do tempo de trabalho, em anos na instituição	51
Gráfico 7 -	Distribuição da jornada semanal dos enfermeiros	51
Gráfico 8 -	Distribuição da amostra segundo possui outro Emprego.....	53
Gráfico 9 -	Gráfico de barras do tempo de trabalho, em anos, na área de saúde	54
Gráfico 10 -	Distribuição da amostra, segundo atestado médico	54
Gráfico 11 -	Distribuição da amostra, segundo as férias	55
Gráfico 12 -	Distribuição da amostra, segundo a modalidade de atendimento	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Interpretações dos resultados dos três níveis para os fatores exaustão emocional	56
Tabela 2 -	Interpretações dos resultados dos três níveis para o fator realização pessoal	56
Tabela 3 -	Caracterização da amostra total e por hospital (público e particular), segundo os fatores de <i>burnout</i>	57
Tabela 4 -	Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator exaustão emocional	57
Tabela 5 -	Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator exaustão emocional	58
Tabela 6 -	Caracterização do hospital particular, segundo os indicadores do fator exaustão emocional	58
Tabela 7 -	Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator despersonalização	59
Tabela 8 -	Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator despersonalização	60
Tabela 9 -	Caracterização do hospital particular, segundo os indicadores do fator despersonalização	60
Tabela 10 -	Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator realização pessoal	61
Tabela 11 -	Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator realização pessoal	61
Tabela 12 -	Caracterização do hospital particular, segundo os indicadores do fator realização pessoal	62
Tabela 13 -	Avaliação dos escores referentes aos escores de <i>burnout</i> na amostra total, por sexo	63
Tabela 14 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as três categorias da faixa etária	64
Tabela 15 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias da escolaridade	64
Tabela 16 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as três categorias do estado civil	65
Tabela 17 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias do tempo de atuação como enfermeiro	65
Tabela 18 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias de tempo de trabalho na instituição	66
Tabela 19 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias da jornada semanal neste hospital	66
Tabela 20 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias existência de outro emprego ..	67
Tabela 21 -	Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias de tempo de trabalho na área de saúde	67

Tabela 22 - Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias da licença médica	68
Tabela 23 - Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias gozo de férias neste ano	68
Tabela 24 - Níveis médios dos fatores de <i>burnout</i> na amostra total entre as duas categorias de modalidade de atendimento	69
Tabela 25 - Caracterização da amostra total, hospital público e hospital particular segundo o índice global de <i>burnout</i> .	70
Tabela 26 - Avaliação dos escores referentes ao índice global de <i>burnout</i> na amostra total por modalidade de atendimento	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

COREN-MG - Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

LER - Lesão por esforço repetitivo

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	23
1.1.1 Objetivo Geral	23
1.1.2 Objetivos Específicos	23
1.2 Justificativa	24
1.3 Estrutura da Dissertação	24
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1 A Questão da Violência no Trabalho e a Síndrome de <i>Burnout</i>	26
2.2 Síndrome de <i>Burnout</i>	31
2.3 O Trabalho do Enfermeiro e as Especificidades do Hospital	37
3 METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de Pesquisa	43
3.2 Unidade de Análise e de Observação	44
3.3 Coleta de Dados	45
3.4 Análise dos Dados	45
3.5 Aspectos Éticos Envolvidos na Pesquisa	47
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
4.1 Análise Descritiva das Variáveis Pessoais, Demográficas e Ocupacionais	48
4.2 O <i>Burnout</i> dos Enfermeiros Pesquisados	55
4.3 Análise Bivariada dos Dados sobre <i>Burnout</i> dos Enfermeiros Pesquisados	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	79

1 INTRODUÇÃO

Conforme os registros publicados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, no tocante à temática dos estudos das patologias relacionadas ao trabalho revelam que:

[...] se na década anterior a saúde dos trabalhadores foi afetada pelas lesões por esforços repetitivos (LER), essa será a década do estresse, da depressão, do pânico, da tortura psicológica e de outros danos psíquicos relacionados com as novas políticas de gestão na organização do trabalho podendo estas serem vinculadas às políticas neoliberais (MACEDO et al., 2009, p. 3).

Barreto (2000) afirma que as transformações e as crises que vêm ocorrendo no capitalismo provocaram graves repercussões no mundo do trabalho e nas relações interpessoais em âmbito internacional, modificando as formas de produzir e gerenciar os serviços, intervindo, também, nos modos de viver e de sobreviver dos trabalhadores. No entender da autora, vários fatores foram responsáveis por ocasionar essas modificações, tais como: “o avanço da tecnologia, a automação, a microeletrônica e a robótica” (BARRETO, 2000, p. 87). E, ainda, os ambientes organizacionais, submetidos a constantes transformações, tornaram-se cada vez mais dinâmicos, a fim de reduzir as incertezas em relação aos resultados organizacionais a serem alcançados. Já os trabalhadores inseridos nestes ambientes acabam por sofrer as várias imposições da nova forma de gerência, que visa apenas: “produtividade, quarteirização e o contrato temporário em busca da flexibilização no uso do trabalho” (BARRETO, 2000, p. 87).

Borges et al. (2002) explicam que muitas são as transformações presentes no mundo do trabalho, podendo estas estar relacionadas às novas descobertas tecnológicas, com os novos estilos de gestão empresarial, à instabilidade do emprego e ao crescimento em importância, observado do setor de serviços no cenário econômico. Para os autores surgem novos modos de gerenciamento, que modificam as relações interpessoais no trabalho, e até mesmo, alteram o planejamento do serviço em si. Surgem cargos novos e com mais responsabilidades

para os funcionários situados na base da pirâmide organizacional, gerando uma estrutura menos hierarquizada. A distribuição de responsabilidades, atingindo até a base da pirâmide, deve-se ao fato de que existe uma maior preocupação com a relação do trabalhador e o usuário do serviço, ou cliente, demandando que estes funcionários adquiram cada vez mais novas ferramentas e competências para o trabalho.

Ferreira et al. (2008), reforçando tal convicção, sustentam que nos últimos anos os processos de globalização ocasionaram uma frenética competição entre as empresas, que repercutiu na redução dos empregos formais do setor industrial, propiciando-se o crescimento concomitante do setor de serviços, com a consequente exposição destes trabalhadores às formas flexíveis de contrato de trabalho. Declaram, ainda, que essas mudanças estruturais foram acompanhadas de grandes alterações no modo de organização do trabalho, repercutindo nos sistemas de gestão, modificando as práticas de supervisão e alterando os processos produtivos e a natureza das tarefas.

Já para Thofehrn et al. (2008) as transformações presentes no mundo do trabalho, nos âmbitos econômico e político, têm refletido diretamente na estrutura das organizações de saúde. As organizações prestadoras de serviços de saúde, para sobreviverem no mercado tornam-se mais competitivas, absorvendo cada vez mais a mão de obra humana. Por isso, acabam por expor os trabalhadores às várias pressões no ambiente de trabalho, repercutindo na perda da sua dignidade e autonomia, “ferindo a condição humana do sujeito trabalhador” (THOFEHRN et al., 2008, p. 598).

Maslach e Leiter (1999, p. 13), afirmam que “o desgaste físico e emocional está atingindo proporções epidêmicas entre os trabalhadores norte-americanos”, mas explicam que não se trata de mudanças estruturais que possam ser percebidas no comportamento dos trabalhadores, mas sim de mudanças que atingem exatamente o ambiente de trabalho, modificando a natureza dos vínculos e as relações pessoais. Apontam que os ambientes de trabalho, em sua maioria, tendem a ser frios, hostilizados, exigentes e voltados principalmente para o alcance dos objetivos operacionais de produtividade das organizações. Este contexto acaba por

pressionar, emocional e psicologicamente, os trabalhadores, podendo levá-los a adoecer mentalmente pelo trabalho.

Berti et al. (2010) concluem a partir dos estudos de Shimizu e Ciampone (2004)¹ que os serviços de enfermagem estão estruturados hierarquicamente de forma rígida, o que, muitas vezes, leva o enfermeiro supervisor a assumir posturas autoritárias e centralizadoras. Isso acaba por comprometer a qualidade final do trabalho em equipe, dificultando a participação dos demais trabalhadores na tomada de decisões. Concomitantemente e a despeito das interferências comportamentais dos agentes de saúde, o que acaba comprometendo os resultados finais operacionais e os ideais de produtividade e qualidade almejados pelo trabalho, os autores expressam que no seu trabalho os enfermeiros, por vezes, vivenciam relações de submissão e as reproduzem na relação com os demais membros da equipe de enfermagem, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem. Estes comportamentos inadequados podem ser exacerbados nos vários ambientes de prestação de serviços de saúde, ocasionando a precarização das condições do trabalho e colaborando para o aumento do nível de insatisfação dos profissionais ali alocados. Dentre os fatores geradores de instabilidade e insatisfação no trabalho dos enfermeiros, Berti et al. (2010, p. 175) citam: “os baixos salários, o reduzido número de enfermeiros contratados nas instituições hospitalares e a falta de material e de pessoal, tanto em número quanto em qualificação”.

No ambiente de trabalho dos profissionais de saúde persistem inúmeras situações geradoras de conflitos que são dependentes do modo como estão estruturados os serviços e das condições de trabalho oferecidas aos profissionais para exercerem a profissão, além das concepções individuais e coletivas dos papéis sociais desejáveis. Nesses ambientes, confundem-se, muitas vezes, interesses pessoais, profissionais e institucionais (BERTI et al., 2010).

Em resposta ao ambiente hostil de trabalho e sob várias pressões, os trabalhadores acabam por desenvolver mecanismos de defesa perversos, tornando-se:

¹ SHIMIZU, H. E. , CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.623 – 30, 2004.

descrentes, desmotivados, descompromissados com suas atribuições e deveres, e frios nos relacionamentos pessoais, não mais se envolvendo emocionalmente com o trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

Ferreira et al. (2008) expõem que existe uma vulnerabilidade intrínseca a estes ambientes desgastantes, que acaba por prejudicar a saúde e o bem-estar do indivíduo no trabalho. Por essa razão, os estudos relacionados às psicopatologias do trabalho passaram a ser o foco de estudiosos de diversas áreas de conhecimento. Na visão dos autores, isso se deve ao ônus gerado pelos problemas relacionados ao fator humano para as organizações, tais como: “ausências no trabalho provocadas por doenças, rotatividade, problemas decorrentes do estresse no trabalho, má adaptação ao trabalho e financeiros” (FERREIRA et al., 2008, p. 2).

A percepção de que os empregadores precisam rever seu processo de gestão de pessoas e desenvolverem sensibilidade suficiente para adequar melhor seus postos de trabalho desgastantes às necessidades dos trabalhadores, e não o contrário, é uma verdade inquestionável. Nesse sentido, Pagés et al. (1987) afirmam que as organizações utilizam o treinamento e a doutrinação como formas de controle e de adequação do sujeito a normas e regras exigidas. Estas estratégias utilizadas pelas organizações privilegiam apenas os resultados operacionais voltados à produtividade, mas negligenciam o trabalhador, visto que este, nestes ambientes é considerado apenas como força de trabalho, totalmente dissociado do seu lado humano e, portanto, impedido de adoecer pelo trabalho sob pressão.

Maslach e Leiter (1999) afirmam que para a compreensão da gravidade da situação vivida pelos trabalhadores, sob pressão contínua, torna-se necessário identificar as pessoas em situações de crises pessoais ocasionadas pelas modificações destrutivas presentes na natureza do trabalho. Os autores afirmam que as mudanças destrutivas na natureza do trabalho podem estar relacionadas a alguns fatores, como: “em virtude da competição mundial, da inovação tecnológica, dos sistemas mais rígidos de controle e da remuneração injusta dos trabalhadores” (MASLACH; LEITER, 1999, p. 15). Assim, as empresas, para aumentarem seus lucros ao extremo em curto espaço de tempo, tendem a ajustar as operações de

cunho produtivo, respondendo imediatamente às pressões internacionais impostas pelos padrões da competitividade, desconsiderando-se cada vez mais as pessoas (aqui representadas pelos trabalhadores da saúde, ou seja, os enfermeiros). Os autores pontuam que a ausência de preocupação permanente das empresas com as pessoas compromete a fundamentação lógica que justifica a existência das empresas, fato que pode ser verificado na expressão:

[...] ao invés de existirem organizações para aumentarem a capacidade das pessoas de ganhar a vida e realizar conquistas significativas, há pessoas sacrificando suas vidas e suas aspirações pelo bem das empresas (MASLACH; LEITER, 1999, p. 15).

Os autores complementam que essas pressões são fontes potenciais de agressões, que nas mentes e nos corpos desses trabalhadores se apresentam na forma de esgotamento físico e mental, evidenciando-se naqueles ambientes de trabalho um elevado gradiente insalubre e, portanto, gerador de psicopatologias.

Santos Filho e Barros (2007) argumentam que dentre os problemas evidentes atualmente no trabalho em saúde merecem destaque: precarização dos ambientes e das condições de trabalho; omissão e a negação quanto aos direitos constitucionais dos trabalhadores; e degeneração dos vínculos empregatícios e das relações sociais, ainda marcadas pelo modelo tradicional de gestão, o qual se mostra centralizador de poder e avesso às questões subjetivas presentes no cotidiano dos trabalhadores, que se veem sob pressão e estresse contínuos, decorrentes das imposições produtivas demandadas no mundo do trabalho pela competitividade.

Ortiz e Platiño² (1991), citados por Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 259), sobre o panorama da profissão de enfermagem no mundo, à sua época, apontam: “[...] A enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, no setor público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social”.

² ORTIZ, G. C. M.; PLATINO, N. A. M. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, v. 9, n. 2, 1991. p. 91.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) argumentam, com base nos escritos de Stacciarini e Tróccoli³ (2001), que existem vários componentes causadores de doenças ocupacionais em enfermeiros. Dentre estes citam-se:

[...] o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e a falta de reconhecimento nítido entre o público de quem é o enfermeiro [...] (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001 citados por MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p.259).

Entre os fatores de risco que podem estar relacionados ao exercício profissional da enfermagem hospitalar, destacam-se:

[...] a baixa remuneração dos trabalhadores de enfermagem, a falta de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, 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, somados à fragmentação do trabalho e à divisão da enfermagem por categorias, são aspectos que repercutem nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade de vida no trabalho de enfermagem (SCHMIDT, 2004, p. 12).

Para Ortiz e Platiño⁴ (1991) e Waldow⁵ (2001), citados por Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 260), nas organizações atuais prestadoras de serviços de saúde percebe-se que “os trabalhadores estão submetidos aos princípios administrativos ‘tayloristas’, mesma lógica capitalista que prioriza os aspectos econômicos da instituição, em detrimento das necessidades da clientela”.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), a partir dos escritos de Waldow (2001), complementam: “Dessa forma, ocorre o afastamento do afeto que deveria existir nas relações de trabalho que envolve o cuidado, para que as atividades sejam realizadas de forma objetiva” (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 260).

³ STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17 – 25, 2001.

⁴ ORTIZ, G. C. M.; PLATINO; N. A. M. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, v. 9, n. 2, 1991. p. 91

⁵ WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.

Codo e Vasques-Menezes (2000) denunciam que no exercício profissional da enfermagem persistia uma tendência explícita à imposição de uma lógica administrativa de cunho produtivo. Neste cenário, os trabalhadores da enfermagem não deveriam, durante a assistência prestada ao cliente, demonstrar comportamentos sugestivos de vinculação afetiva. Quanto a estes argumentos, Codo e Menezes⁶ (2000), citados por Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), expõem:

[...] A partir daí, instala-se uma situação de tensão no indivíduo a qual pode tomar amplas dimensões, criar um conflito que não pode mais ser resolvido com as alternativas à sua disposição, pela impossibilidade de dar vazão a essa energia afetiva, levando-o, então, ao sofrimento CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, citados por MUROFUSE, ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 266).

Tal contexto favorece o surgimento de um ambiente estressante, competitivo e com baixa afetividade nos relacionamentos entre os pares (HIRIGOYEN, 2006). Dessa maneira, há uma contribuição para o surgimento de doenças psicológicas e ocupacionais, afetando o rendimento do trabalhador e sua qualidade de vida, prejudicando, até mesmo, os seus relacionamentos interpessoais fora do ambiente de trabalho.

Uma dessas doenças ocupacionais é a síndrome de *burnout*, que pode ser caracterizada por: impedimento do trabalhador de relacionar-se de forma afetiva em seu ambiente de trabalho e, até mesmo, com seus amigos e familiares; desenvolvimento de pensamentos negativos e a visão coisificada das pessoas; e sentimento de negatividade em relação ao local de trabalho, desde o atendimento aos pacientes até o relacionamento com os pares e superiores (CODO; VASQUES-MENEZES, 2007).

Ramos et al. (1998)⁷, citados por Soboll (2002, p. 5), afirmam que os três componentes essenciais que caracterizam a síndrome do *burnout* estão interligados por “uma relação assimétrica na qual o esgotamento emocional desencadeia as

⁶ CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. *Burnout*. São Paulo: Sagra Luzzatto, 2000.

⁷ RAMOS, F. et al. Síndrome de desgaste profissional (*burnout*). *Mapfre Medicina*, v.9, p.189 -196, 1998.

outras duas características, ou seja, a exaustão emocional mobiliza a despersonalização e a falta de investimento pessoal no trabalho”.

Neste contexto, observa-se que os trabalhadores ao se aplicarem de forma envolvente ao trabalho por um período considerável de tempo e por não perceberem que seus esforços são reconhecidos pela empresa, desistem de tudo, esgotando-se emocionalmente, até atingirem padrões perversos próprios do comportamento do tipo despersonalizado, coisificando os outros. Ou seja, seus clientes ou pacientes passam a ser o alvo de seu descontentamento com o trabalho.

De acordo com os estudos de Gil-Monte⁸ e Peiró (1997), citados por Borges et al. (2002, p. 190), existem duas perspectivas de conceituação e abrangência do fenômeno do *burnout*: “a clínica e a psicossocial”. Os autores afirmam que a primeira linha escolhida para elucidar o conceito de *burnout* teve início com os estudos de Freudenberg, em 1974, por meio do qual se definiu a síndrome do *burnout*:

[...] como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda do interesse pela atividade de trabalho que surge em profissionais que trabalham em contato direto com pessoas na prestação de serviços como uma consequência desse contato diário no trabalho. Tal estado de esgotamento resultaria da persistência de um conjunto de expectativas inalcançáveis (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997 citados por BORGES et al., 2002, p. 190).

Em concordância com os autores estudados, salienta-se que o conceito mais adequado para tecer esse tipo de estudo é o proposto por Maslach e Jackson, em 1994. Para estes autores, a síndrome do *burnout* é:

[...] Um problema que atinge profissionais de serviço, principalmente aqueles voltados para atividades de cuidado com outros, no qual a oferta do cuidado ou serviço frequentemente ocorre em situações de mudanças emocionais. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da realização do objetivo. O exercício destas profissões implica uma relação com o cliente permeada de ambigüidades, como conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro (MASLACH; JACKSON⁹, 1994, citados por BORGES et al, 2002, p. 191).

⁸ GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis, 1977.

⁹ MASLACH, C. P.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, p. 99 – 113, 1994.

Já para Ramos¹⁰ et al. (1998), citados por Soboll (2002, p. 5), a síndrome do *burnout* é descrita como um processo contínuo e cíclico, que tende a apresentar-se em diferentes níveis de intensidade, “de forma que uma pessoa pode experimentar os três componentes várias vezes em diferentes épocas de sua vida e no mesmo ou em diferentes trabalhos”.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 259) afirmam, em concordância com Carlotto e Gobbi¹¹ (2003) e Codo e Vasques-Menezes¹² (1999), que os conceitos para a síndrome do *burnout* podem ser agrupados em quatro perspectivas: “clínica, sociopsicológica, organizacional e sociohistórica”. Para a perspectiva clínica, segundo Freudenberger, tem-se um estado de exaustão, resultante de um trabalho desgastante, em que até as próprias necessidades são deixadas de lado. Observando a abordagem sociopsicológica da síndrome proposta por Maslach e Jackson, estes buscam identificar como o estresse laboral conduz ao tratamento despersonalizado e mecânico do cliente. A síndrome de *burnout* aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, sendo que o cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho. Sintetizando, “o trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, desgasta-se, não aguenta mais, desiste, entra em *burnout*” (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999, citados por MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 259).

Com vistas a tornar conhecida à empresa a situação presente quanto à mensuração do desgaste físico e emocional de seus funcionários, Maslach e Leiter (1999) propõem a utilização da lista *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que mede os níveis de comprometimento pela síndrome de *burnout* dos funcionários de forma detalhada, o que é possível mediante a aplicação de um questionário que oferece uma análise da perspectiva concisa da energia, do envolvimento e da eficiência dos funcionários no trabalho. Os autores estudados informam a existência de três versões da MBI,

¹⁰ RAMOS, F. et al. Síndrome de desgaste profissional (*burnout*). **Mapfre Medicina**, v.9, p.189-196, 1998.

¹¹ CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M.D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? Monografia. ULBRA, Canoas, 2003. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/psicologia/margob1.htm>>

¹² CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é Burnout. In: CODO; W. **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis :Vozes; 1999.

sendo que a original, denominada “*Levantamento dos serviços dirigidos ao público*”, é a mais adequada para prestadores de serviços. Esta escala foi a escolhida para a elaboração desta pesquisa, tendo-se em vista o caráter assistencial da profissão eleita como alvo deste estudo.

Os ambientes escolhidos para abrigar essa pesquisa foram dois hospitais de Belo Horizonte, sendo um público, com 866 leitos, cobertos por 60 enfermeiros, e outro privado, com 140 leitos, cobertos por 73 enfermeiros, ambos distribuídos em cargos com diferenciação hierárquica e salarial. Salienta-se que o hospital público escolhido como ambiente da pesquisa se destaca por ser referência na prestação de serviços de saúde na cidade de Belo Horizonte desde 21 de maio de 1899 e que o hospital privado escolhido destaca-se por prestar serviços de saúde somente aos clientes particulares e conveniados, desde março de 1920 (SANTOS, 2010). De acordo com os dados fornecidos pela Coordenação de Enfermagem dos dois hospitais, os corpos de enfermagem alternam-se em turnos diurno e noturno e perfazem uma carga horária semanal de 36 horas, em média. Observa-se que a maioria dos enfermeiros que participaram da pesquisa tem seu contrato com a instituição regido pelo regime do Código das Leis trabalhistas (CLT).

Diante do que foi até aqui exposto, a pergunta que orienta esta pesquisa é: “Como se configura a síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte?”

Para responder a pergunta norteadora desta dissertação, traçaram-se os objetivos seguintes.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar, descrever e analisar como se configura a síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte.

1.1. 2 Objetivos Específicos

- a) Analisar como se encontram configuradas as dimensões da síndrome do *burnout* nos enfermeiros dos dois hospitais investigados (um público e outro privado), na percepção deles próprios, segundo o modelo Maslach;
- b) Analisar semelhanças e diferenças entre as dimensões do *burnout* e os dados demográficos e funcionais dos enfermeiros, nos hospitais abordados.

1.2 Justificativa

Este estudo justifica-se pela relevância social da temática abordada e pelas repercussões do *burnout* nos âmbitos individual e organizacional. Por afetar diretamente a qualidade dos serviços de saúde e comprometer a saúde mental dos trabalhadores, fatos como estes podem ser evidenciados por meio da perpetuação de comportamentos marcados pela difusão de mecanismos geradores de violência ou, ainda, adoecedores.

O “ser-enfermeiro”, termo utilizado por Horta (1979, p. 3), é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação em enfermagem, sancionados pela sociedade, que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras, o “ser-enfermeiro” é “gente que cuida de gente” (HORTA, 1979, p. 3).

Lima et al. (2009) apontam que deve-se considerar que a enfermagem é de natureza assistencial e que trabalha com o cuidado ao outro, estando, portanto, frequentemente próxima ao sofrimento inerente ao seu processo de trabalho, e que a responsabilidade pela vida das pessoas, a proximidade com os clientes e a sobrecarga no trabalho são inevitáveis e exigem dedicação intensa no desempenho de suas funções. Pode-se dizer que essa profissão está bastante suscetível à

ocorrência do estresse, podendo resultar, até mesmo, em síndrome do *burnout*, oriunda do incessante desgaste profissional, pela exposição prolongada a pessoas com problemas e dependentes de ajuda.

Corso et al. (2008) afirmam que a escolha dos profissionais da enfermagem como população alvo para os estudos sobre a síndrome do *burnout* deveu-se aos resultados obtidos em várias outras pesquisas que apontaram o adoecimento psicológico de trabalhadores lotados em serviços assistenciais, relacionado ao contínuo contato pessoal e emocional com pessoas necessitadas do cuidado direto e prolongado.

Justifica-se, pois optar pelo estudo das doenças ocupacionais dos profissionais enfermeiros lotados em organizações hospitalares prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, tendo-se em vista o lugar que estas organizações ocupam no sistema de saúde brasileiro e as contradições decorrentes do confronto entre as suas finalidades sociais e econômicas, bem como devido aos reflexos nocivos destas incoerências na qualidade de vida, contribuindo até mesmo para o adoecimento dos trabalhadores. Este tipo de organização foi escolhido intencionalmente para esta pesquisa por se tratar de uma empresa complexa, inserida no setor terciário de produção, totalmente dependente do trabalho humano e com grande especialização interna de setores, o que exige mecanismos diferenciados e específicos de controle sobre o trabalho, ocasionando desgaste e propiciando o adoecimento psíquico em seus trabalhadores (SOBOLL, 2002).

Esta dissertação compõe-se de cinco seções, incluindo esta Introdução. Seguem-se a Fundamentação Teórica, a Metodologia, a Apresentação e análise de dados e as Considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, composto de cinco subseções, têm-se os principais argumentos teóricos que dão sustentação a este estudo. Na primeira, apresenta-se o problema da violência no trabalho, já que esta cria um ambiente propício ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Na segunda e terceira subseções, conceitua-se primeiramente a síndrome de *burnout* de acordo com Maslach e apresentam-se as três dimensões propostas pela autora para a compreensão do construto: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Na quarta, caracteriza-se o trabalho do enfermeiro, identificando as responsabilidades e habilidades necessárias à profissão. Apresenta-se também nessa subseção a peculiaridade do trabalho do enfermeiro no hospital, ambiente escolhido para abrigar essa pesquisa.

2.1 A questão da Violência no Trabalho e a Síndrome de *Burnout*

O século XX foi palco de avanços extraordinários em todos os campos do conhecimento humano. Foi também o cenário das maiores guerras produzidas pela humanidade, tanto em relação ao número de países envolvidos quanto na extensão dos prejuízos delas decorrentes. A previsão de que graves consequências incidiriam imediatamente na qualidade dos relacionamentos interpessoais no trabalho surge concomitantemente ao período pós-guerra, com a adoção pelas empresas de mudanças estruturais importantes nas formas de gestão dos recursos disponíveis, modificações estas embaladas pelo pretexto da sobrevivência no novo mercado globalizado e competitivo (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

Thofehrn et al. (2008) afirmam que com o advento do capitalismo o lucro e a produtividade tornaram-se os objetivos primordiais deste sistema e que para alcançá-los não se medem esforços. Assim, a exploração do ser humano e o descaso quanto à dimensão da subjetividade favorecem ao surgimento de

sofrimento e violência no trabalho.

Estes reflexos sobre a população que depende do trabalho estão cada vez mais presentes nas sociedades. As empresas, que sempre legislaram internamente com total autonomia, teriam agora as suas ações justificadas antecipadamente, pois seria preciso sobreviver, exportar, garantir divisas, desenvolver novos produtos, aumentar os mercados e eliminar a concorrência. A organização do trabalho, fundada em relações de longo prazo, superespecializada e desenvolvida em unidades isoladas que assentavam as bases do pós-fordismo, já não serviria mais a esses objetivos. Pois seria preciso adequar a estrutura organizacional, transformar as relações produtivas e tecnológicas, e modernizar os processos administrativos, produtivos e financeiros, de forma a torná-la, compatível com o novo paradigma informacional e global. A interdependência global forçou uma nova forma de relação com a economia, com o Estado e com a sociedade, e o fortalecimento do papel do capital se deu em detrimento do enfraquecimento sindical e da degradação das condições de trabalho. A nova organização do trabalho alterou completamente a relação com o tempo e o espaço, e tem se desenvolvido cada vez mais como um fluxo, prescindindo de vínculos sociais duradouros ou referências no passado (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

As grandes transformações econômicas, sociais, políticas, tecnológicas e culturais ocorridas nas últimas décadas e a elevação do aspecto econômico à categoria de valor supremo têm causado sérios impactos nas sociedades modernas. Estudos sinalizam a existência de uma forte crise de identidade, produzida por diversos fatores simultâneos e que pode ser caracterizada pela dissolução de referências que fundamentam os valores sociais pelo enfraquecimento de instituições tradicionais que encarnam a importância desses valores. E, ainda, pela incapacidade das sociedades atuais de propor ideais coletivos, reduzindo-se os valores sociais apenas ao valor que é dado pelo mercado. O indivíduo, o cidadão, esgota-se no seu papel de consumidor (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

Desse modo, os autores estudados concluem que as novas formas de gestão do trabalho impostas têm tornado os trabalhadores vulneráveis ao desemprego, à queda de salários, à precariedade, a uma competição extremamente acirrada e à

deterioração do clima no ambiente de trabalho. E todas essas condições são portadoras de violência. Tais fatos podem ser verificados no frequente crescimento da produção sem a criação de postos de empregos e pela perda gradativa dos direitos trabalhistas, com o enfraquecimento das instituições sociais de proteção dos trabalhadores (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sustentam a evidência de que a “violência é o uso proposital da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outrem, ou contra um grupo que pode resultar, em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação” (OMS, 2002, p. 3). Tais dados corroboram a idéia central deste estudo que trata das questões relacionadas à síndrome do *burnout* em enfermeiros especificamente em hospitais.

Moreno e Moreno (2004), ao definirem a violência no local de trabalho citam o trabalho de Di Martino¹³ publicado em 2003 que assim classifica a violência no trabalho: “Incidentes nos quais os trabalhadores são insultados, ameaçados, agredidos ou sujeitos a outros comportamentos ofensivos nas circunstâncias relativas ao seu trabalho” (DI MARTINO, 2003 citado por MORENO; MORENO, 2004, p. 746).

Segundo Cezar e Marziale (2006), a violência no trabalho é uma situação crítica presente em instituições de saúde. Os autores afirmam que os serviços de urgência são marcados por constantes agressões aos trabalhadores da equipe de saúde e que estes acabam por reproduzir ou sofrer agressões, o que tem prejudicando a qualidade da assistência prestada aos usuários e gerado esgotamento físico e psicológico pelo trabalho.

A agressão ocupacional pode surgir por várias causas. Dentre elas, citam-se: aspectos individuais, ou subjetivos (personalidade e formação), dos trabalhadores; situações relacionadas com o local de trabalho (forma de gestão, problemas

¹³ DI MARTINO, V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/ICNA/VVHO/PSI/ Joint Programme on workplace violence in the health sector, 2003.

interpessoais dos recursos humanos e dos recursos materiais escassos, sistema de informação ou comunicação); e existência de embates que podem surgir durante o atendimento ao público que depende dos serviços prestados pelo hospital (MORENO; MORENO, 2004).

Cezar e Marziale (2006) apontam para a existência de um enorme coeficiente de profissionais de saúde que são vitimados pela violência em diversas regiões no mundo, fato que despertou a atenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e de outras instituições, que estabeleceram princípios norteadores voltados ao combate do medo, da humilhação, das agressões e dos homicídios no ambiente de trabalho.

Dentre as formas de violência presentes nas organizações do trabalho, Moreno e Moreno (2004) reconhece três tipos:

- a) A violência externa, que é ocasionada por uma pessoa distante da organização. Ou seja, este é modo de violência das ruas e é geralmente provocado por alguém desconhecido. Nota-se neste caso que os profissionais de saúde estão mais expostos, dependendo da localização geográfica da instituição de trabalho, como em comunidades localizadas nas periferias com constantes registros de episódios de violência, além do abuso do consumo de drogas.
- b) A violência provocada pelos usuários do serviço de saúde. Esta é a que mais atinge os profissionais de saúde, por lidarem constantemente com portadores de sofrimento mental ou usuários de drogas, além dos familiares destes pacientes, que se tornam agressivos com estes trabalhadores, principalmente em caso de morte.
- c) A violência do ambiente de trabalho, ou interna. É aquela que ocorre entre trabalhadores que se relacionam durante o trabalho, podendo proceder tanto dos superiores hierarquicamente como de colegas do mesmo setor de trabalho, Citam-se como exemplos deste tipo de violência o assédio moral e o assédio sexual.

As perspectivas de valoração do trabalhador pelas organizações são discutidas por vários autores (ABRANCHES; MELO, 2002; ALVES; GODOY; BRITO; 2008), segundo os quais a atividade trabalhista, como fonte de realização e produtora de sentimentos de pertença e de identificação com a instituição, coopera para a aquisição da qualidade de vida. Ao contrário disso, um trabalho desinteressante ou desagradável exclui a energia, diminui a produtividade e reduz a autoestima.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) expõem que os elementos estressores são comuns no cotidiano profissional do enfermeiro, independentemente do cargo assumido, ficando estes profissionais dependentes de ações por parte das organizações de saúde que garantam proteção social adequada com vistas a preservar a sua saúde física e mental, geralmente as primeiras a serem comprometidas quando estes ficam expostos às situações geradoras de violência no trabalho sem o devido apoio necessário.

A percepção de que a enfermagem sofre mais os danos físicos e emocionais ocasionados por sucessivos ataques violentos que têm o objetivo de atingir a equipe de saúde nos serviços deve-se principalmente às peculiaridades e exigências do cuidado direto com os pacientes. Estudos sustentam dados de uma pesquisa realizada em um hospital regional na Suécia por Salminen, em 1997, na qual o autor já concluía em seus estudos naquela época que:

[...] os trabalhadores de hospitais têm risco aumentado de sofrer violência no ambiente laboral ao longo de suas carreiras, sendo que o risco é maior para os trabalhadores de enfermagem que trabalham na assistência (ARNETZ¹⁴, 1998 citado por MORENO; MORENO, 2004, p. 746).

Diante dessa realidade, o *burnout* torna-se uma possibilidade de resposta dos sujeitos em face das exigências a que estão submetidos. No próximo item, descrevem-se os principais conceitos que marcaram a gênese do fenômeno da síndrome do *burnout* relacionados à pesquisa em questão.

¹⁴ ARNETZ, S. Violence in the workplaces in Finland. **Journal of Safety Research**, v. 28, n. 3, p. 123-31, 1997.

2.2 Síndrome de *Burnout*

Para melhor compreender o fenômeno da síndrome de *burnout*, torna-se fundamental, primeiro, estudá-lo a partir dos conceitos atribuídos aos construtos *saúde e doença mental no trabalho*. Faz-se necessário, em uma breve abordagem, analisar a influência das *condições de vida* do trabalhador no cumprimento de seu papel social no trabalho, percebendo-se nas *realizações pessoais* a importância de manter-se um gradiente mínimo de satisfação pessoal como pré-requisito para a aquisição de um *status sadio* para a saúde mental do trabalhador, prevenindo, dessa forma, a perpetuação dos distúrbios causadores do adoecimento pelo trabalho (BARRETO, 2000).

Barreto (2000) apresenta os resultados das pesquisas do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que, em 1981, concluíram, juntamente com o grupo de estudiosos da área de Medicina Social do México (UAM-X), que o trabalhador não adoece somente na fábrica. O autor propõe explorar a *condição de vida*, ao considerar que o processo de trabalho é parte das condições de vida.

Nesta ótica, evidencia-se que a “psicologia do trabalho, é uma disciplina que tem como foco principal o estudo e a concepção do trabalho humano em todos os seus significados e manifestações” (LIMA¹⁵, 1996 citado por ZANELLI; ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 278).

Zanelli, Andrade e Bastos (2004) tecem suas considerações a partir do conceito de saúde mental proposto por Sigmund Freud: “a saúde mental é a capacidade de amar e trabalhar” (ZANELLI; ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 279). Os autores citados complementam ilustrando que não é preciso ser um psicanalista para concordar com essa verdade, uma vez que, mesmo se o leitor nunca tivesse escutado falar em psicologia, concordaria que estas são as duas grandes áreas na vida de um ser humano adulto: o amor, traduzido nos afetos, nos amigos, na família e no erotismo;

¹⁵ LIMA, M. A. **Os equívocos da excelência**. Petrópolis: Vozes, 1996.

e o trabalho, na profissão, no dinheiro, na classe social, na produção e no consumo, entre outros fatores.

De forma ampla, nada ficou de fora: amar e trabalhar resumem a vida adulta. Pelo amor reproduz-se; pelo trabalho se produz. Produzir e reproduzir explicam a existência humana. Se for uma proposta da ciência (psicologia) entender o indivíduo e enfrentar o sofrimento psicológico, a doença mental, os distúrbios psicológicos, a síndrome do *burnout* ou qualquer outro nome que se queira dar a estes fenômenos, então o problema da psicologia estará em entender como os homens amam e como trabalham. Em seguida, terá de propor modos saudáveis de viver, ou seja, de amar e trabalhar, propondo-se novas formas de prevenir o adoecimento mental pelas causas inerentes ao amor e ao trabalho. Isso parece fácil, mas não é (ZANELLI; ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 279).

Em outras palavras Zanelli, Andrade e Bastos (2004) afirmam que:

[...] se por uma lógica inversa, a doença mental é a incapacidade de amar e de trabalhar, então, é o próprio amor e/ou o trabalho que se apresentam como problemas. Assim, será preciso procurar na própria dinâmica da vida os problemas ou distúrbios que a vida inventou (ZANELLI; ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 279).

Um desses problemas ou distúrbios é o *burnout* que significa, em português, de acordo com Codo e Vasques-Menezes (2007), algo como:

[...] “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar para fora” (numa tradução mais imediata). “É uma síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil”. Esta síndrome afeta, principalmente, profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários (CODO; VASQUES-MENEZES, 2007, p. 2).

A situação descrita pelos autores é semelhante àquela vivenciada pelos enfermeiros, ou seja, as unidades de observação e, também, de análise desta pesquisa. Estes profissionais lidam constantemente com pessoas com necessidades especiais que dependem de cuidado direto contínuo.

Segundo Vasconcelos e Faria (2007), por várias décadas pesquisadores das áreas de psicologia, psiquiatria, antropologia, sociologia e administração, entre outras, têm-se ocupado em estudar a relação entre trabalho e saúde mental. Essas pesquisas iniciaram-se, segundo o relato dos autores,

[...] nos anos de 1950 com os estudos de Le Guillant (1954) e Sivadon (1953;1957) e são retomados atualmente com, entre outros, os trabalhos de Dejours (1992, 1999), Merlo (2003) e Codo (2004) sobre as afecções mentais que poderiam ser ocasionadas pelo trabalho (VASCONCELOS; FARIA, 2007, p. 1).

O fenômeno da síndrome do *burnout* vem sendo estudado com maior notoriedade a partir da década de 1970. A terminologia *burnout* é oriunda da cultura anglo-saxônica. No português, traduz-se por *apagar-se* ou *queimar-se* (CORSO et al., 2008). Para Tamayo (2004, p. 46), “trata-se de uma síndrome, fruto do estresse laboral crônico, que afeta os profissionais e sua relação com o trabalho. Este perde o seu sentido e os eventos dele provenientes passam a não importar”.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) expõem que, devido à busca frenética da produtividade, as organizações esbarraram nos limites do próprio ser humano, resultando no aumento de seu sofrimento. Apesar dos avanços tecnológicos, que, a princípio, tendem a facilitar a vida do trabalhador, persistem como desafios: a falta de motivação, o desamparo, a desesperança, a passividade, a alienação, a depressão, a fadiga, o estresse e, por fim, o *burnout*.

A proposta desta pesquisa é investigar o problema advindo do trabalho estressante, que esgota e aniquila a energia do trabalhador, comprometendo a qualidade dos relacionamentos interpessoais no trabalho e produzindo, especificamente na enfermagem, uma assistência permeada pela frieza e o não envolvimento compatível com o grau de dependência dos pacientes.

Sabe-se que quando os trabalhadores percebem o trabalho como fonte de realização e produtor de sentimentos de pertença ou de identificação com a organização, tem-se nestes ambientes uma rica contribuição para a qualidade de vida destes. Em contraposição, nas organizações em que o trabalho é fragmentado,

separado por especialidades e níveis de formação, acarretam-se as dificuldades de inserção do trabalhador no espaço coletivo, na visualização de sua participação no produto ou no resultado final, criando-se sentimentos de isolamento. Desse modo, acidentes e doenças ocupacionais não são os únicos problemas aos quais se expõe o trabalhador (ALVES;GODOY; BRITO,2008).

Barreto (2000, p. 23) aponta que “estar ou sentir-se esgotado pode ‘despencar’ o existir, colocando em nova ordem as emoções”. Assim, o trabalhador, ao perceber-se incapaz e inútil, passa a viver de forma retraída, envolto a muito sofrimento. Nesse sentido, a autora cita os argumentos propostos por Minayo¹⁶ (1998): “a vida sem sentido, interdita a saúde, revelando o adoecer além do corpo, em complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana em sua singularidade e particularidade” (MINAYO, 1998 citada por BARRETO, 2000, p. 23). Sentir-se humilhado, portanto, é “sentir-se inútil, incapaz, inferior, fracassado, um lixo”. Este sentimento, “obstaculiza o ‘normal’, impondo novos ‘modos de andar a vida’, transtornando a existência e impedindo-os de responder plasticamente as exigências e infidelidades do meio” (CANQUILHEN¹⁷, 1995 citado por BARRETO, 2000, p. 23). Estas reflexões, segundo Barreto (2000), conflitam com a concepção de saúde como um processo biopsicossocial.

Para Codo e Vasques-Menezes (2007), as pesquisas internacionais apontam que não há uma conceituação exclusiva sobre *burnout*, mas é aceito de acordo com os estudos até hoje desenvolvidos que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, não devendo, contudo, ser confundido com estresse. O primeiro envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho. É assim, uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que vêm acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização. O conceito de estresse, de outro lado, não envolve tais atitudes e condutas; é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo, e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

¹⁶ MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.

¹⁷ CANQUILHEN, G. **O Normal e o Patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Segundo Codo e Vasques-Menezes (2007), a síndrome de *burnout* foi assim definida por Maslach¹⁸ e Jackson em 1981:

Uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com os outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em *burnout*. (MASLACH; JACKSON, 1981 citados por CODO; VASQUES-MENEZES, 2007, p. 238).

Por sua vez, Costa, Lima e Almeida (2003) citam os seguintes argumentos dados por Kleinman¹⁹ (1998) e França²⁰ (1997) para o construto *burnout*:

O *burnout* pode atingir diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas as profissões que exigem contato intenso interpessoal são as que mais apresentam altos índices de *burnout* e, entre elas, encontram-se as profissões assistenciais. Para França, *burnout*, no estresse, se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional, em consequência da má adaptação do sujeito a um trabalho prolongado, altamente estressante e com intensa carga emocional, podendo estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho. Os estudos quanto à etiologia do estresse na área do trabalho são inúmeros. As pesquisas sobre o estresse associam *burnout* ao meio ambiente de trabalho, enfocando a frequência, intensidade, características, exposição prolongada aos estressores e ao processo crônico do estresse, levando o sujeito à exaustão física e psíquica (FRANÇA, 1997; KLEINMAN, 1998 citados por COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Em suma, de acordo com Silva e Almeida (2003), *burnout* é um termo que tem sido usado para conceituar aquela situação do contexto do trabalho em que uma pessoa que, sob estresse ocupacional contínuo, não pode mais se relacionar adequadamente. Para a autora, frequentemente, o *burnout* tem acometido profissionais que prestam assistência direta a pacientes ou profissionais que lidam com pessoas dependentes de cuidados. Dentre os grupos mais afetados, citam-se: professores, médicos, enfermeiros e psicólogos. O fenômeno do *burnout* pode ser identificado em resposta à exposição crônica a ambientes marcados por cobranças e mudanças. Os autores pontuam que têm-se no diagnóstico do *burnout* três dimensões: exaustão emocional; despersonalização; e falta de realização pessoal no trabalho.

¹⁸ MASLACH, C. P.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, p. 99 – 113, 1981.

¹⁹ KLEINMAN, M. J. **Burnout**: occupational stress. New York: Springer Publishing Company, 1998.

²⁰ FRANÇA, H. H. A síndrome de *burnout*. **Ver. Brás. Méd.**, v. 44, n. 8, p. 197 – 99, 1977.

Sobre esse aspecto, Codo e Vasques-Menezes (2007) caracterizaram a síndrome de *burnout* por três dimensões:

- 1) Exaustão emocional: situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afetivo. Percebem esgotada a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas (CODO; VASQUES-MENEZES, 2007, p.3).
- 2) Despersonalização: desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho (usuários / clientes) – endurecimento afetivo, ‘coisificação’ da relação (CODO; VASQUES-MENEZES, 2007, p. 3).
- 3) Falta de realização pessoal no trabalho: tendência de uma ‘evolução negativa’ no trabalho, afetando a habilidade para a realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização (CODO; VASQUES-MENEZES, 2007, p. 3).

Silva e Almeida (2003) definem que também são três as dimensões que podem favorecer o aparecimento da síndrome de *burnout*; Primeira, a exaustão emocional, que envolve um sentimento de desgaste e de falta de recursos emocionais (a exaustão física implica o esgotamento físico do indivíduo e o aparecimento de doenças). Existe a constatação de que esta dimensão parece estar bastante próxima do conceito de estresse. Diferentemente, “a despersonalização é um construto raramente encontrado na literatura sobre o estresse” (COX; KUK; LEITER²¹, 1993 citados por SILVA; ALMEIDA, 2003 p. 1). Segunda, a despersonalização, “refere-se a uma resposta de insensibilidade e excessivo desligamento do profissional em relação às pessoas que recebem o seu atendimento” (MASLACH²², 1993 citada por SILVA; ALMEIDA, 2003 p. 1). Terceira, a baixa realização pessoal no trabalho, que implica declínio dos bons resultados, competência e aumento do desempenho insatisfatório no exercício profissional (MASLACH, 1993 citada por SILVA; ALMEIDA 2003, p. 1).

Segundo Maslach e Leiter (1999), a MBI mede as três principais dimensões da experiência de um indivíduo com o trabalho: exaustão-energia; despersonalização-envolvimento e ineficiência-realização. Os itens são indicados em uma escala de frequência de 7 pontos que vai de 0 (“nunca”) e 1 (“Algumas vezes no ano ou menos”) até 5 (“Algumas vezes na semana”) e 6 (“Diariamente”). Estes autores

²¹ COX, T; KUK, G; LEITER, M.. Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds). **Professional burnout, recent developments in theory and research**. Philadelphia: Taylor & Francis, 1993. p. 177 – 193.

²² MASLACH, C. Burnout: a multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds). **Professional burnout, recent developments in theory and research**. Philadelphia: Taylor & Francis, 1993. p. 19 – 32.

afirmam que os grupos de trabalho que alcançam muitos pontos em *exaustão emocional e despersonalização*, e poucos pontos em *realização pessoal* estão sofrendo desgaste físico e emocional. Já os que apresentam resultado oposto – ou seja, poucos pontos em *exaustão emocional e despersonalização* e muitos em *realização pessoal* – vivenciam muitos aspectos característicos de compromisso com o trabalho.

Sabendo-se da coexistência dessas três categorias que possibilitam mensurar o fenômeno da síndrome do *burnout* descrito por Maslach, propõem-se nesta dissertação tecer algumas considerações a respeito do exercício profissional da enfermagem. Portanto, a discussão a seguir será apresentada em uma subseção correspondente ao trabalho do enfermeiro e a suas peculiaridades no ambiente hospitalar.

2.3 O trabalho do Enfermeiro e as Especificidades do Hospital

Na visão de alguns estudiosos da área de saúde, a enfermagem profissional moderna não se configura como uma prática exclusiva e homogênea. Advertem estes pesquisadores que as mudanças advindas com o capitalismo modificaram o contexto do trabalho de enfermagem, o qual assumiu caráter de mercadoria, sendo comercializado como moeda de troca por salário, passando a responder a técnicas assistenciais próprias. O cuidado foi segmentado e, dentro dos hospitais, estes profissionais tornaram-se responsáveis por executar funções cada vez mais dependentes de sua formação e do cargo (SOBOLL, 2003).

Observa-se também que na enfermagem enquanto categoria profissional ocorre uma segmentação em três grupos, conforme o grau de formação na área:

[...] auxiliares, técnicos e enfermeiros, respectivamente com formação primária, secundária e universitária. A fragmentação da enfermagem em categorias teve sua origem em 1860, com Florence Nightingale, objetivando-se a profissionalização do cuidado aos enfermos (SOBOLL, 2003, p. 5).

Especificamente quanto ao trabalho dos enfermeiros, verifica-se que hoje estes profissionais estão cada vez mais inseridos no dinamismo da área de saúde e adaptam-se ao inesperado e às incertezas da atualidade. Muitos estão mais empreendedores e vislumbram a prestação de serviços, como autônomos, nas áreas de assessoria, ensino, assistência especializada e *home care*, entre outras (FERNANDES; HADDAD; GUARIENTE, 2002).

Sobre a natureza assistencial do trabalho da enfermagem (SILVA²³, 1996; ROBAZZI²⁴; MARZIALE, 1999, citados por SOBOLL, 2003, p.48), discorrem:

O cuidado dos enfermos encontra-se expresso no termo 'enfermagem', originário da palavra *infirmus*, significando aquele que cuida dos que não estão firmes (p. 48). Já na sua versão inglesa, o termo "*nurse*", "representa originalmente aquele que nutre a vida nas suas diversas dimensões".

No sentido de conceituar-se o papel do enfermeiro nos serviços de saúde, citam-se a seguir os argumentos propostos por Silva (1996), Robazzi e Marziale (1999), citados por Soboll (2003):

O enfermeiro é o responsável pela administração e supervisão da equipe de técnicos e auxiliares, além de responder às exigências burocráticas, ocupando-se predominantemente de um trabalho intelectual, estabelecendo contato direto com pacientes apenas em procedimentos de enfermagem mais complexos. Este fato, além de propiciar que os técnicos e auxiliares constituam-se como os trabalhadores mais hábeis nas ações práticas de enfermagem direto com os pacientes, transforma a natureza do trabalho do enfermeiro, desviando-o do seu objetivo inicial e tornando-o predominantemente burocrático e administrativo (SILVA, 1996; ROBAZZI; MARZIALE, 1999 citados por SOBOLL, 2003, p. 46),

Para aprofundar-se melhor nos conceitos relativos ao trabalho do enfermeiro, faz-se mister discorrer-se sobre parte do conteúdo publicado em 2009 no Manual de Legislação e Normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG), especificamente no que tange aos argumentos propostos pela Lei N. 7498/86, que busca definir as principais atividades profissionais do enfermeiro, em seu artigo 11, transcrito a seguir:

²³ SILVA, J. B. e KIRSCHBAUM, D. Mental suffering of nurses who care for cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 2, p. 273 - 90, 1996.

²⁴ ROBAZZI, M.L.C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira**, 1999.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente realizar: [...] cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COREN – MG, 2009, p. 35).

De acordo com Horta (1979), o enfermeiro promove ações por meio de um processo sistematizado de cuidados de enfermagem, com base em uma teoria científica, na identificação das necessidades humanas básicas, as quais, em um momento circunstancial, estariam afetadas e precisam de cuidados técnicos do enfermeiro.

Torna-se útil descrever-se o trabalho do enfermeiro no hospital, bem como identificar as fontes de tensão deste ambiente que são causadoras de transtornos mentais em seus trabalhadores.

Sobre a historicidade dos hospitais, Gonçalves e Silva (2005) a partir dos estudos realizados por Pitta²⁵ (1990) e Foucault²⁶ (1981), contextualizam:

O surgimento do hospital como hoje o conhecemos, espaço onde se imbricam avançadas tecnologias médicas e digitais tem como marco da transformação de suas funções o final do século XVIII. O hospital, em seus primórdios, período que compreende a pós-revolução industrial, servia como uma instituição – depósito de mendigos, pobres, vadios, doentes e loucos com uma função social de higiene e disciplina. Essa “nobre” tarefa de acolher os mais necessitados e levar os doentes a uma morte mais tranqüila estava muito alinhada com o ideal cristão de caridade. As marcas da união entre saúde pública e religião, perduram até os dias de hoje nos corredores hospitalares (PITTA 1990; FOUCAULT, 1981 citados por GONÇALVES; SILVA, 2005, p. 1).

Para vários estudiosos das questões do trabalho nas instituições hospitalares, prevalece o consenso de que o trabalho em hospitais é do tipo problemático pelas ínfimas condições laborais a que se expõem os seus trabalhadores. Eles são comumente expostos a ambientes considerados insalubres, constituídos por pacientes portadores de diversas patologias e fatores de riscos, fato que acaba por comprometer a sua saúde (CRUZ, 2008).

Segundo Santos e Mattos (2001), o ambiente de trabalho hospitalar é, por excelência, rico em riscos ocupacionais. Isso expõe os seus trabalhadores às mais

²⁵ PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

²⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1981.

diversas situações de adoecimento, quer pela sua estrutura organizacional de trabalho, quer pelos riscos provenientes das doenças e das formas de tratamento utilizadas. Sua aplicabilidade decorre tanto de altas tecnologias como de técnicas rudimentares, envolvendo a prática da assistência à saúde, com a utilização de agentes físicos e químicos em caráter terapêutico nas suas mais variadas formas. Consagrando-se como local de risco iminente, as informações de como se protegerem, em sua maioria, vêm sendo discutidas atualmente nos manuais e normas de estabelecimentos de biossegurança, mas que ainda não dão conta da variabilidade dos seus diferentes processos e organizações de trabalho.

Para Braga (2000), o trabalho em saúde no hospital implica a união entre os diversos profissionais. Em equipes multiprofissionais que possuam alguma interação, a possibilidade de somar os saberes pode vir a ser uma alternativa promissora à incógnita em torno de uma doença. No entanto, muitas dificuldades permeiam esta realidade de trabalho que envolve interdisciplinaridade. A vaidade, o corporativismo, a falta de humildade para trocar saberes e informações, a falta de tempo para reunir os membros da equipe e, principalmente, o não pensar de forma coletiva fazem com que a fragmentação do trabalho em saúde seja uma característica que pode chegar a comprometer o diagnóstico e a cura.

Peduzzi e Ciampone (2005) sublinham que no modelo de gestão atual adotado pelas organizações de saúde o processo de trabalho da enfermagem e nas ações terapêuticas de saúde vigoram processos de inter e transdisciplinaridade possíveis apenas na práxis do trabalho em equipe. Para isso, persiste nestes ambientes um modo de comunicação do tipo em rede capaz de atender às demandas advindas das necessidades reais tanto da equipe multidisciplinar como dos usuários dos serviços.

Lima (1998), todavia, afirma que o processo de trabalho nos hospitais tem como característica a divisão técnica do trabalho, fazendo com que a produção de cuidados na enfermagem aconteça de forma fragmentada e parcelada, em tarefas, em que cada agente realiza procedimentos e tem responsabilidades diferentes, dicotomizando o trabalho intelectual e o trabalho manual, sendo que o enfermeiro encontra-se no topo hierárquico da categoria.

Sabe-se que “os profissionais da equipe de enfermagem compõem o maior grupo profissional de um hospital, prestando assistência 24 horas, e que também são os que mantêm maior contato com os pacientes e familiares” (ROBAZZI; MARZIALE²⁷, 1999 citados por SOBOLL, 2003, p. 16).

Tende a ser cada vez mais comum a presença do enfermeiro no hospital, trabalhando 24 horas por dia. E essa presença histórica e ininterrupta evidencia o enfermeiro como o provedor de cuidados básicos no interior do hospital (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003). Soboll (2002) corrobora o entendimento desse contexto quando afirma que a equipe de enfermagem administra a medicação, organiza os leitos, higieniza e nutre cada doente conforme suas necessidades comprometidas, além de permanecer mais tempo ao seu lado durante a hospitalização.

Segundo Soboll (2003), o serviço prestado pelos hospitais é a prestação de serviços voltados à assistência à saúde. A autora informa que a produção do cuidado ocorre imediatamente no momento em que surge a necessidade de ofertá-lo. Portanto, os serviços fornecidos pelos hospitais propiciam-lhes a percepção de lucros, configurando-se estes estabelecimentos como empresas capitalistas e lucrativas. No momento da assistência, são vendidos procedimentos de enfermagem e procedimentos médicos, além de materiais e insumos necessários à execução dos serviços propostos.

A autora afirma que persiste nos hospitais uma dicotomia de interesses conflitantes, que se apresenta como fonte geradora de doenças ocupacionais aos trabalhadores da saúde:

O encontro de uma finalidade social nobre e da finalidade econômica dentro das organizações hospitalares propicia à contradições que permeiam as relações e o processo do trabalho em saúde. Um dos paradoxos que merece destaque aponta o hospital simultaneamente como local de tratamento de saúde de seus clientes e de produção de doença dos seus trabalhadores. O hospital enquanto empresa lucrativa utiliza-se da assistência à saúde humana como produto para geração de lucro. Neste processo produtivo seu principal instrumento é a força de trabalho humana e sobre esta a organização hospitalar estabelece processos de controle e

²⁷ ROBAZZI, M. L. C. e MARZIALE, M. H. P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.4, p.514-519, out/dez, 1999.

de exploração, que, potencialmente são descompensadores da saúde física e mental dos trabalhadores (SATO²⁸, 2002 citado por SOBOLL, 2003, p. 43).

Braga (2000) considera que persistem nos trabalhadores da saúde o acesso contínuo de mecanismos de defesas variados em relação ao processo e à organização do trabalho no hospital. A autora argumenta que no caso da fragmentação das tarefas da enfermagem objetiva-se a fragmentação da relação técnico-paciente e que, conseqüentemente, ao diminuir-se o contato reduz-se também a possibilidade de desenvolver ansiedade em relação ao processo saúde-doença. Já no caso da adoção de normas e rotinas padronizadas, vislumbra-se não apenas a economia de tempo com cada doente, mas principalmente a divisão da responsabilidade com toda a equipe de trabalho, reduzindo-se drasticamente o estresse e a sobrecarga de trabalho.

A função do enfermeiro é complexa e, comumente, estressante, devido à sobrecarga e à pressão vivida em seu cotidiano. Muitas vezes, a tensão entre a organização do trabalho e os interesses financeiros dos hospitais e clínicas *versus* as expectativas dos enfermeiros podem ser fatores geradores de adoecimento físico e psíquico para estes profissionais.

¹⁶ SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: CODO, W.; JAQUES, M. G. **Leituras em saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

3 METODOLOGIA

A metodologia empregada nesta dissertação foi estruturada em cinco itens: tipo de pesquisa; unidades de análise e de observação; técnica de coleta de dados; técnica de análise de dados; e aspectos éticos envolvidos na pesquisa em saúde.

3.1 Tipo de Pesquisa

Adotou-se uma abordagem quantitativa, tendo-se em vista a necessidade da adoção de um paradigma positivista como passo essencial para que os dados utilizados fossem altamente específicos e precisos, garantindo-se maior credibilidade dos achados da pesquisa científica ora realizada (VERGARA, 2009).

Segundo Vergara (2009), existem dois tipos de categorização de pesquisas acadêmicas: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, de acordo com a proposta de Vergara (2009) foi realizada uma pesquisa descritiva, expondo características da síndrome de *burnout* em grupos de enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte. Buscou-se, também, por meio desta abordagem, identificar o comportamento dos atores (enfermeiros), que, conforme critérios de acessibilidade, aceitaram espontaneamente responder aos questionários propostos sobre as situações específicas vividas por eles em seu trabalho. O estudo descritivo possibilita a descrição das características de pessoas, dos processos de interação e do ambiente em que se encontram ou o fenômeno além do alcance das correlações entre as variáveis empregadas no estudo (GIL, 2007).

Quanto aos meios, a investigação constituiu-se em um estudo de caso, que segundo Vergara (2009), caracteriza-se a *priori* por uma investigação empírica a ser realizada

no local onde ocorreu dado fenômeno, sendo o ambiente de pesquisa representado aqui pelos hospitais estudados.

3.2 Unidades de Análise e de Observação

As unidades de análise e de observação foram os enfermeiros de dois hospitais, selecionados por acessibilidade (VERGARA, 2009) e de acordo com a permissão de suas diretorias e a disponibilidade do profissional em preencher o questionário. A escolha dos hospitais se deu por acessibilidade do pesquisador e intencionalidade, já que ambos são de grande porte, localizados geograficamente próximos.

Para descrever os hospitais participantes deste estudo, primeiro, toma-se como referência os dados do hospital público, que foi inaugurado em janeiro de 1903, composto naquela época por apenas duas enfermarias, destinando seus serviços ao atendimento dos indigentes e desvalidos da sociedade de Belo Horizonte. Atualmente, o hospital possui 860 leitos destinados ao atendimento dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2010).

A fundação do hospital privado se deu em outubro de 1922, com o objetivo de atender pacientes pagantes e pensionistas. Este hospital é avaliado como uma referência em saúde privada de excelência na cidade de Belo Horizonte até os dias de hoje, com um total de 170 leitos, destinados exclusivamente ao atendimento dos clientes de convênios e particulares (SANTOS, 2010).

A amostragem foi não probabilística (VERGARA, 2009), tendo sido entregue o instrumento de coleta de dados (questionário, conforme descrito mais à frente) a todos os enfermeiros de ambos os hospitais abordados e cobrada sua devolução por cerca de dois meses.

Do número total de enfermeiros de cada hospital (60 do público e 73 do particular), 85 responderam o questionário, sendo 38 do hospital público e 47 do privado, constituindo-se na amostra representativa do corpo funcional de enfermeiros.

3.3 Coleta de Dados

O questionário foi utilizado como instrumento de coleta de dados por ser uma técnica estruturada de coleta de dados que garante precisão de registro, possibilita a comparação entre os dados achados, propicia a facilidade no processamento dos mesmos e pode ser aplicado a um número maior de participantes (MALHOTRA, 2001).

O questionário utilizado na pesquisa foi composto por duas partes. A primeira contemplou os dados demográfico-ocupacionais, indispensáveis à caracterização dos participantes. A segunda foi coberta pela escala de Maslach, ou seja, o Maslach *Burnout* Inventory, MBI, instrumento utilizado para diagnosticar a síndrome de *burnout*. Esse instrumento é composto por 22 itens, que devem ser respondidos pelo trabalhador conforme uma escala de *Likert* de sete pontos, a qual indica a frequência com que cada situação acontece. Este instrumento, proposto por Maslach, Jackson e Schwab (1978), considera que os sintomas são facilmente percebidos e aceitos pelos profissionais e passíveis de serem expressados objetivamente (SOBOLL, 2002). A escala utilizada foi a apresentada por Lima et al. (2009).

O questionário pode ser observado por meio do Formulário de Identificação para os enfermeiros dos dois hospitais (ver APÊNDICE C) e da Escala de *Burnout* (ver APÊNDICE D), seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver APÊNDICE E), o qual se não fosse assinado implicaria a exclusão do respondente na amostra total.

3.4 Análise dos Dados

Segundo Collis e Hussey (2005), a estatística compreende o conjunto de métodos e teoria aplicados a dados quantitativos ao tomar decisões diante de uma incerteza.

“Ela nos permite reconhecer e avaliar os erros envolvidos em quantificar nossa experiência, principalmente ao generalizar a partir do que é conhecido sobre um grupo pequeno (uma amostra) para um grupo maior (a população)” (ROWNTREE²⁹, 1991 citado por COLLIS; HUSSEY, 2005, p. 186).

Sempre que se propõe uma pesquisa quantitativa, ocorre a necessidade de realizar-se a análise estatística. Estes dados tomaram a forma de valores numéricos, que representando o número total de observações ou frequências para as variáveis estudadas (COLLIS; HUSSEY, 2005). Neste estudo, optou-se pela utilização da estatística descritiva, tendo-se em vista a caracterização da pesquisa e os objetivos propostos nesta dissertação.

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória, com o objetivo de caracterizar a amostra dos informantes. Para isso, foram utilizadas distribuições de frequências para as variáveis demográficas e ocupacionais. Medidas descritivas (média, desvio-padrão, mediana e quartis) foram utilizadas para os indicadores referente aos fatores de *burnout*. Também, foram utilizadas medidas descritivas para cada fator: *exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal*.

Para a avaliação de diferenças entre as características demográficas e os fatores de *burnout* dos enfermeiros pesquisados, foram utilizados testes não paramétricos, pois a suposição de normalidade para estes fatores foi violada.

Para as variáveis *sexo, escolaridade, tempo que atua como enfermeiro, tempo de atuação no hospital, jornada semanal, existência de outro emprego, tempo de atuação na área da saúde, licença médica e férias*, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as outras variáveis – *faixa etária e estado civil* -, que possuem três categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis*, que permite a comparação múltipla de tratamentos ou categorias. No teste de *Kruskall-Wallis*, a hipótese nula é a de que não há diferença entre as medianas das categorias. A hipótese alternativa é a de que há

²⁹ ROWNTREE, D. **Statistics without tears**: a primer for non-mathematicians. Harmondsworth: Penguin, 1991.

pelo menos uma diferença significativa entre as categorias ou tratamentos estudados.

Os dados da pesquisa foram tratados por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13, e do *Microsoft Excel 2003*. Em todos os testes estatísticos utilizados, foi considerado um nível mínimo de significância de 5%. Dessa forma, foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas cujo p-valor foi, no mínimo, inferior a 0,05.

3.5 Aspectos Éticos Envolvidos na Pesquisa

Considerando os aspectos éticos e legais dispostos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos, esclarece-se que esta pesquisa constou de vários documentos, a serem apresentados nos apêndices: pedido de autorização para a realização da pesquisa (direcionado ao Comitê de Ética do hospital) (ver APÊNDICE A); carta direcionada aos enfermeiros convidando-os para participarem da pesquisa proposta (ver APÊNDICE B), questionário direcionado aos enfermeiros contendo os dados sóciodemográficos (ver APÊNDICE C), questionário composto por 22 itens que correspondem à escala validada para investigação da síndrome de *burnout proposta por Maslach* (ver APÊNDICE D) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pós-informado) (ver APÊNDICE E).

Em cumprimento aos aspectos éticos e legais dispostos na Resolução 196/96, esclarece-se que esta pesquisa, independentemente dos resultados, divulgará seus achados dando prioridade aos hospitais envolvidos. Além disso, o pesquisador compromete-se a manter sigilo acerca de seus informantes e a guardar os dados coletados até a divulgação dos achados.

A aprovação do Comitê de Ética se deu por meio do protocolo n. 031/2010.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise e a apresentação dos resultados foram feitas em três etapas: dados pessoais, demográficos e funcionais dos respondentes; dados sobre o *burnout* dos enfermeiros pesquisados; e análise bivariada de tais dados. No primeiro item, serão utilizados gráficos e tabelas, para facilitar a visualização dos mesmos.

4.1 Análise Descritiva das Variáveis Pessoais, Demográficas e Ocupacionais

Integra esta pesquisa uma amostra de 85 enfermeiros. Quanto ao sexo, 5,9% dos respondentes são do sexo masculino e 94,1% são do sexo feminino. O GRÁF. 1 ilustra essa distribuição.

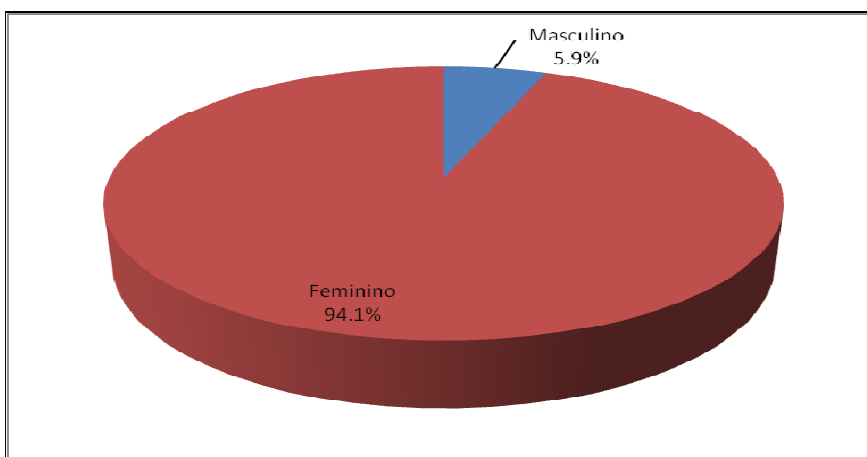


Gráfico 1 - Distribuição da amostra, segundo o sexo
Fonte: Dados da pesquisa

Gastaldo e Meyer (1989) afirmam que “a enfermagem é uma profissão feminina por excelência, por ter sido sempre o cuidado à saúde uma atribuição da mulher. A enfermagem profissionalizada caracterizou-se, assim, como uma extensão do trabalho doméstico” (GASTALDO; MEYER, 1989, p. 7). Borsoi e Codo (1995) apontam que o ato de cuidar em enfermagem é um prolongamento das atividades

realizadas na manutenção da família. Assim, a amostra se enquadra nesse viés de gênero, por ser a maioria das respondentes do sexo feminino.

Em termos de faixa etária, 34,1% dos respondentes situam-se entre 26 a 30 anos; 18,8%, entre 31 a 35 anos; 18,8%, com até 25 anos; e 12,9%, entre 41 a 45 anos (GRÁF. 2). Observa-se um predomínio de profissionais jovens dentre os respondentes da pesquisa, abaixo de 35 anos de idade.

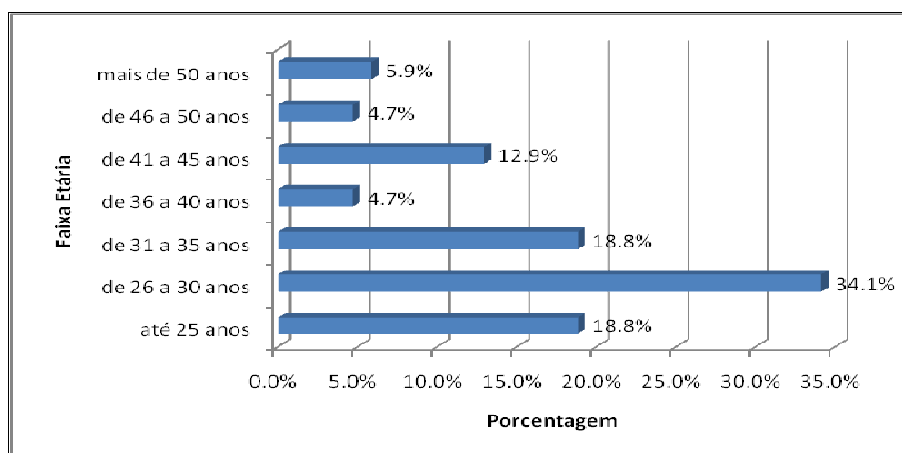


Gráfico 2 - Distribuição da amostra, segundo a faixa etária.
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao estado civil (GRÁF. 3), 56,5% dos respondentes são solteiros; 32,9% são casados; e 4,7% são desquitados ou divorciados.

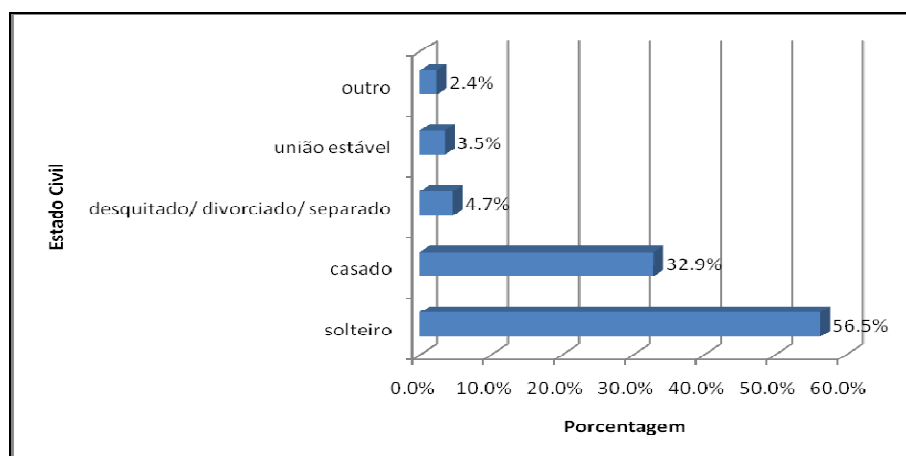


Gráfico 3 - Distribuição da amostra, segundo o estado civil
Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere ao grau de escolaridade, 62,4% dos respondentes possuem ensino superior completo; e 37,6%, especialização completa (GRÁF. 4).

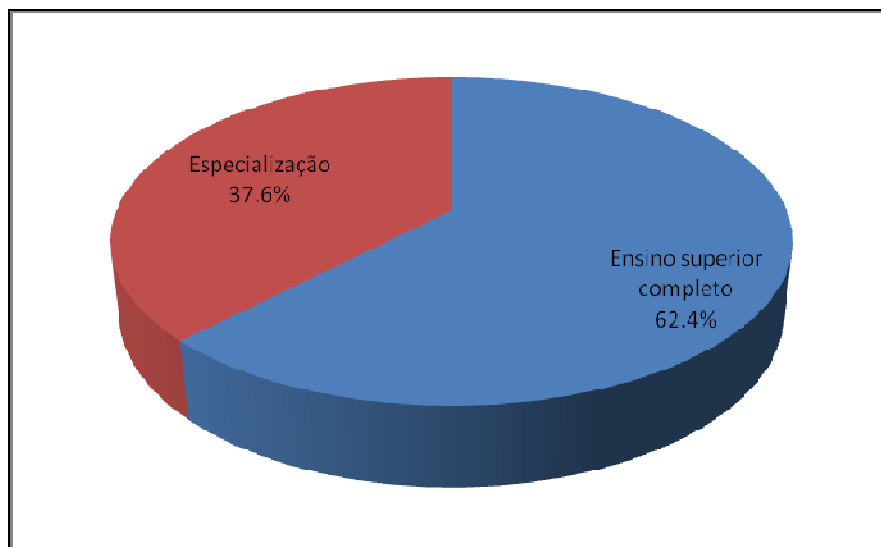


Gráfico 4 - Distribuição da amostra, segundo o grau de escolaridade
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo de atuação como enfermeiro, 46,4% dos respondentes já estão atuando no cargo de 1 a 5 anos; 11,9%, há menos de 1 ano; e 15,59%, 6 a 10 anos (GRÁF. 5).

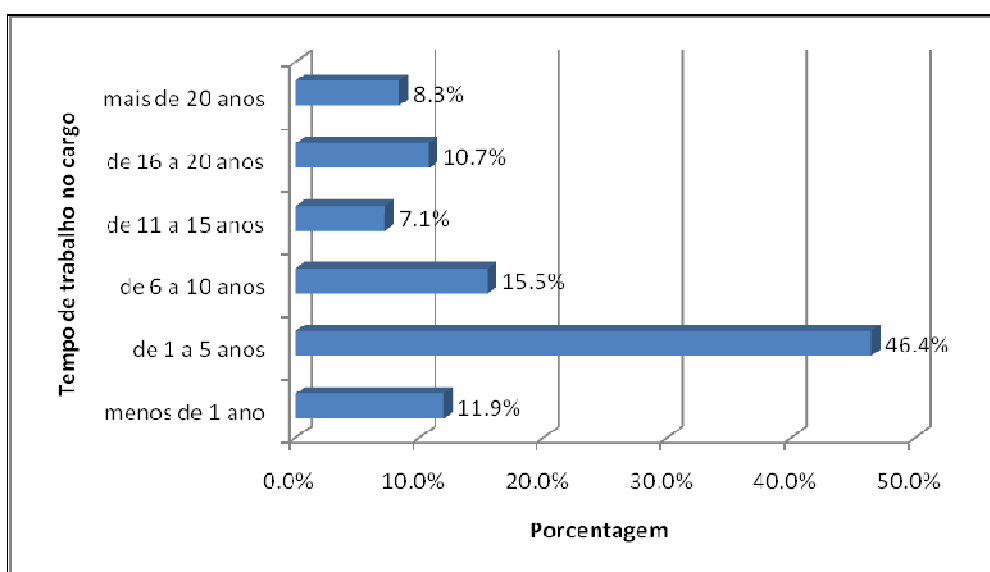


Gráfico 5 - Gráfico de barras do tempo de atuação, em anos, como enfermeiro.
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo em que trabalha no hospital, 50,6% dos respondentes estão na instituição de 1 a 5 anos, 16,5%, entre 6 a 10 anos; e 17,6%, há menos de 1 ano (GRÁF. 6).

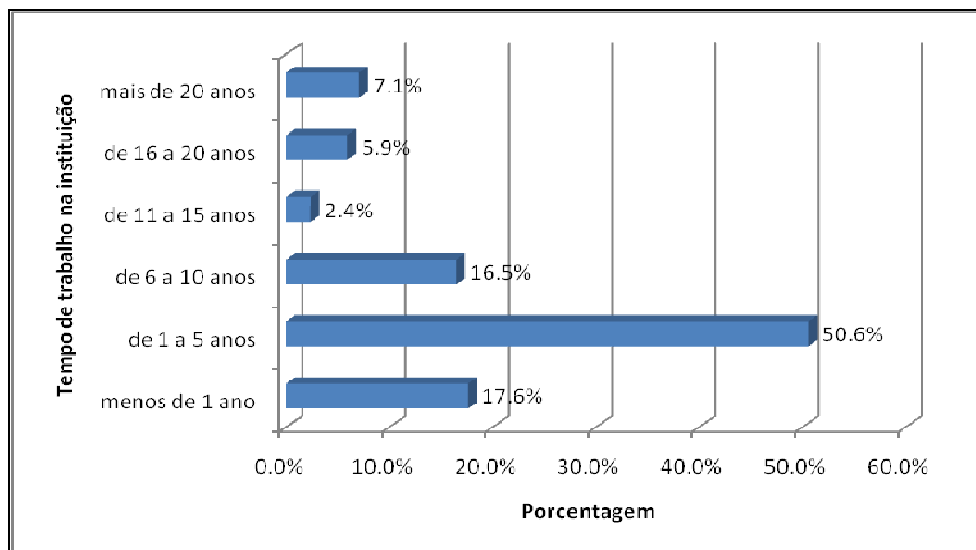


Gráfico 6 - Gráfico de barras do tempo de trabalho, em anos, na instituição.
Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à jornada semanal no hospital, 50,6% dos respondentes trabalham 44 horas semanais; 32,9%, 36 horas; e 12,9%, 30 horas (GRÁF. 7).

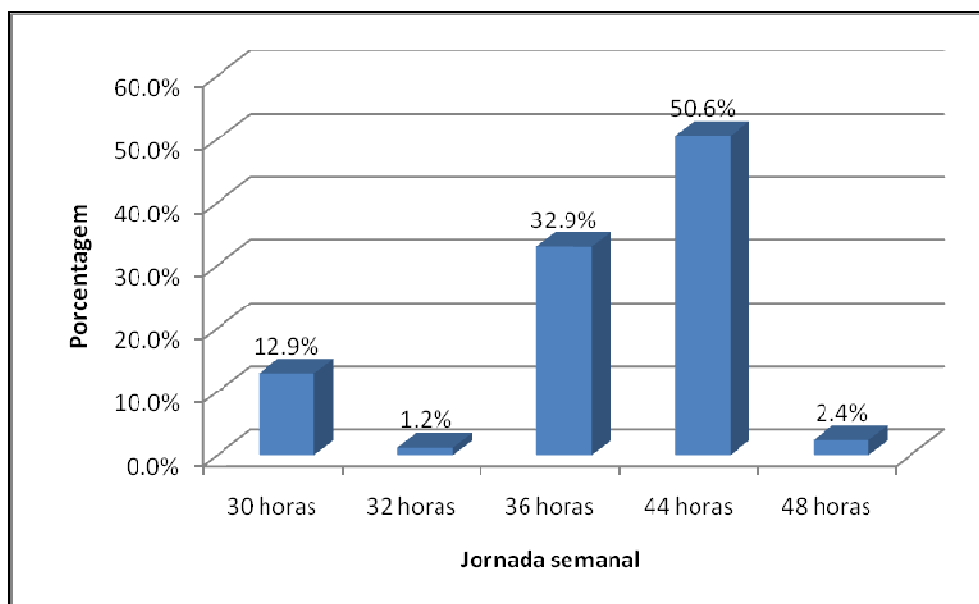


Gráfico 7 - Distribuição da jornada semanal dos enfermeiros.
Fonte: Dados da pesquisa

Note-se que mais da metade dos respondentes cumpre uma carga horária de 44 horas, configurando este fato a maior exposição destes ao trabalho desgastante e com alto risco de adoecimento psíquico, devido às várias pressões inerentes ao ambiente de trabalho. Essa situação pode ser evidenciada em função dos argumentos já discutidos na literatura, como a presença de componentes ameaçadores no ambiente ocupacional do enfermeiro (STACCIARINI³⁰; TRÓCCOLI, 2001, citados por MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os resultados apontaram que dos respondentes 61,2% não possuem outro emprego; e 38,8%, possuem outro emprego (GRÁF. 8).

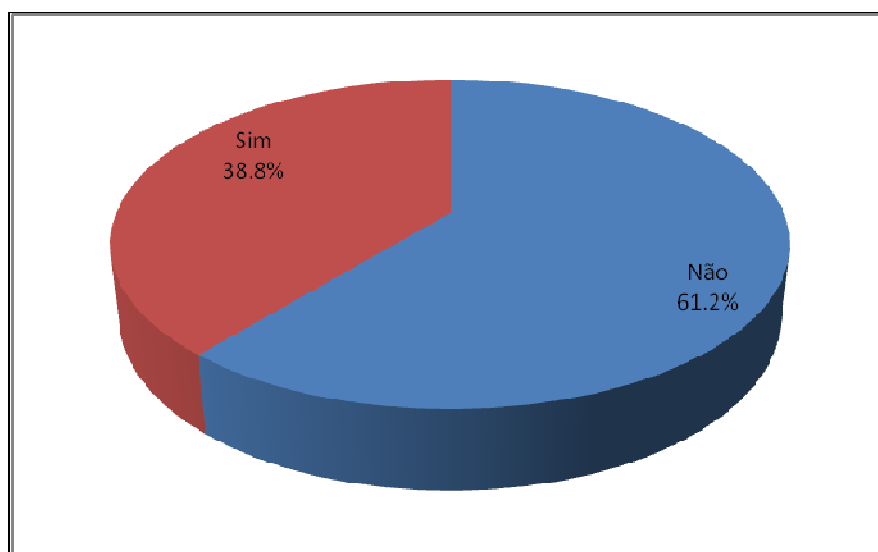


Gráfico 8 - Distribuição da amostra, segundo a existência de outro emprego.
Fonte: Dados da pesquisa

Note-se que a insatisfação de parte dos respondentes com os salários finais percebidos certamente os obriga a buscar a complementação da renda, assumindo duplas jornadas de trabalho, situação confirmada em 38,8% dos respondentes.

Em relação ao tempo em que trabalham na área da saúde, 44,7% dos respondentes afirmaram que trabalham na área da saúde entre 1 a 5 anos, 15,3%, entre 6 a 10 anos; e 12,9%, há menos de 1 ano (GRÁF. 9).

³⁰ STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17 – 25, 2001.

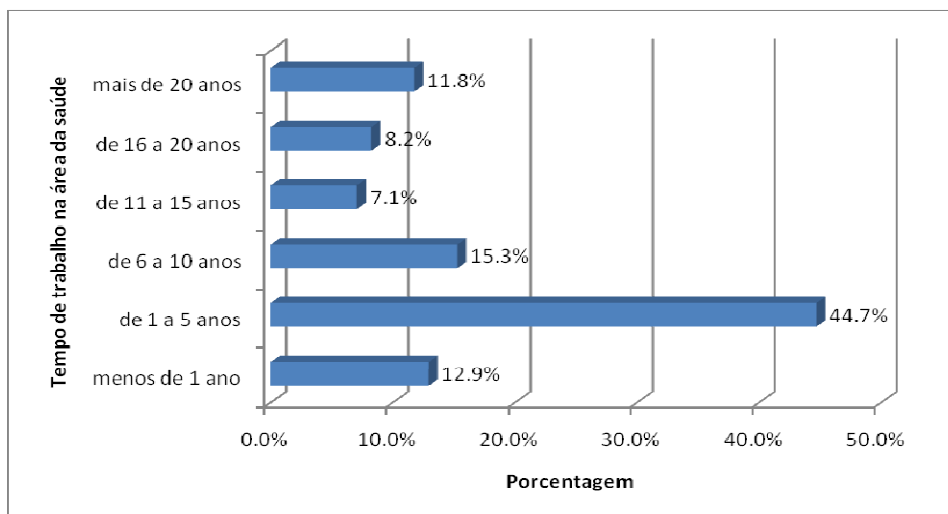


Gráfico 9 - Gráfico de barras do tempo de trabalho, em anos, na área da saúde.
Fonte: Dados da pesquisa

Note-se que 57,6% dos respondentes afirmaram que atuam como enfermeiros há menos de 5 anos. Esse achado pode indicar, no caso específico dos hospitais investigados, ambos com décadas de existência, a existência de considerável rotatividade nos ambientes de trabalho, haja vista que a maioria dos setores visitados pelo pesquisador era composta por profissionais jovens.

Os dados também apontaram que 81,2% dos respondentes não tiraram alguma licença médica; e 18,8% revelaram ter tirado licença médica (GRÁF. 10).

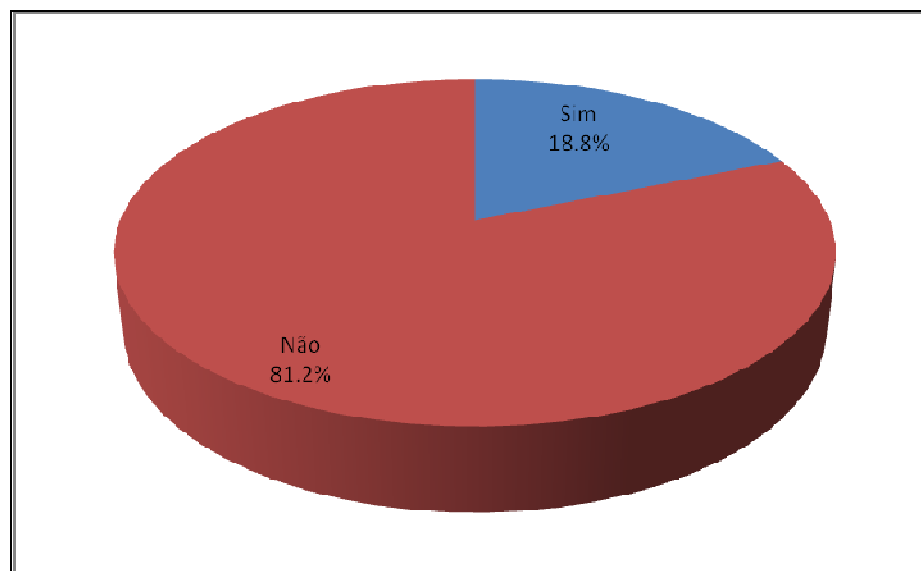


Gráfico 10 - Distribuição da amostra, segundo gozo de licença médica

Fonte: Dados da pesquisa

Para elucidar as prováveis causas das licenças médicas, recorre-se ao comentário de Gehring³¹, Correia e Vieira (2007), apresentado por Berti et al. (2010, p. 179), referente aos profissionais de enfermagem: seu estudo “sinalizou para a possibilidade de essas ausências ocorrerem devido a fatores relacionados às cargas psíquicas enfrentadas no ambiente de trabalho” e também ao “trabalho fragmentado em pequenas equipes e o trabalho solitário e distante das decisões político-administrativas”.

Em relação às férias, 70,6% dos respondentes gozaram férias no último ano e 29,4% que não gozaram de férias (GRÁF. 11).

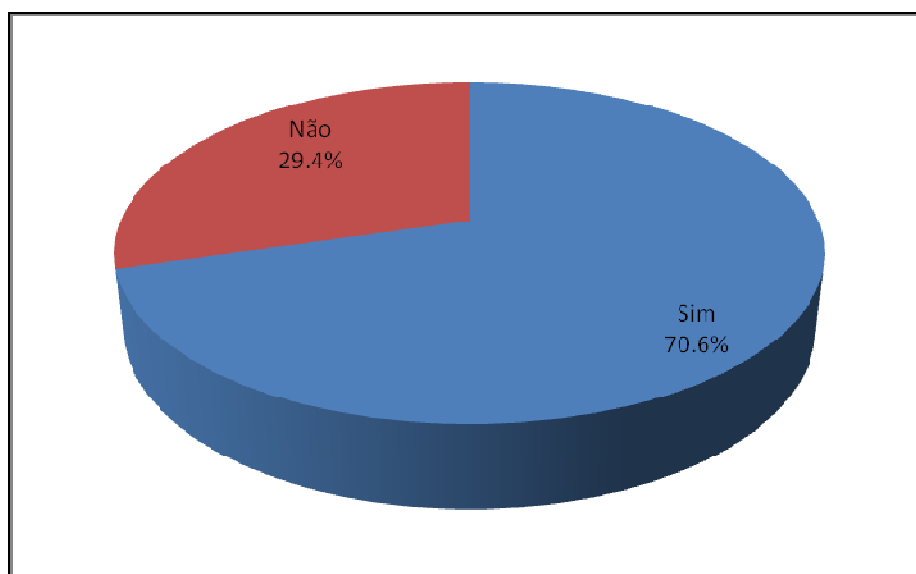


Gráfico 11: Distribuição da amostra, segundo o gozo de férias

Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, quanto ao hospital do respondente, os resultados apontaram que 44,7% dos respondentes trabalham em hospital público e 55,3% em hospital privado (GRÁF. 12).

³¹ GEHRING J. G.; CORREIA; F. F. R., VIEIRA, S. V. R. Absenteísmo: doença entre profissionais da rede básica de SUS campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 401- 409, 2007.

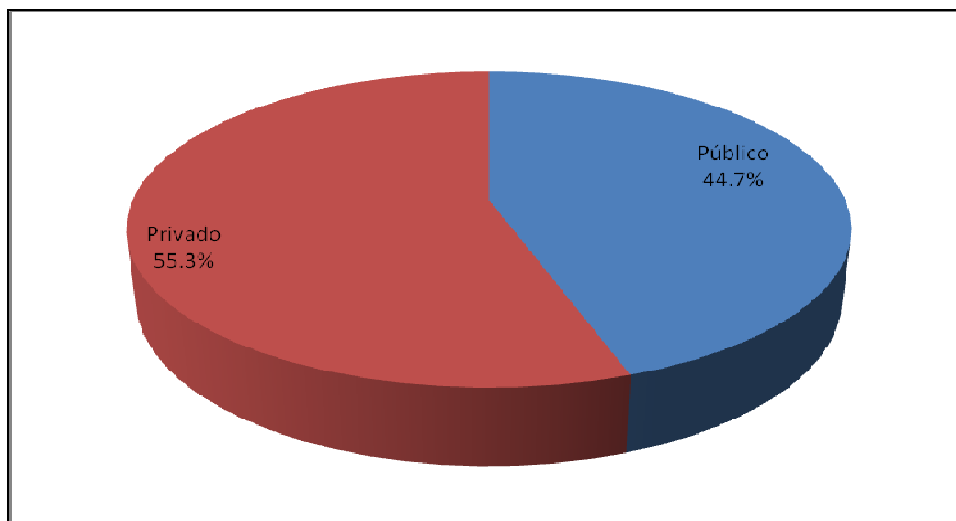


Gráfico 12 - Distribuição da amostra, segundo a modalidade de atendimento
 Fonte: Dados da pesquisa

Em síntese, considerando a representatividade da amostra pesquisada, pode-se sublinhar que, em termos demográficos e ocupacionais, a maior parte dos abordados é do sexo feminino, tem idade entre 26 e 30 anos, é solteira, com grau de escolaridade de nível superior completo, está trabalhando de 1 a 5 anos no mesmo cargo e no mesmo hospital (privado), trabalha 44 horas semanais, não possui outro emprego, não tirou licença médica recentemente e gozou férias neste ano. Os dados a respeito do *burnout* dos enfermeiros estão dispostos nos próximos itens.

4.2 O *Burnout* dos Enfermeiros Pesquisados

Nesta seção, são analisadas e comparadas as variáveis presentes no modelo desenvolvido por Maslach e Jackson (1981). Quanto aos fatores pertencentes ao *burnout* e aos seus respectivos significados, destacam-se as seguintes:

- . Exaustão emocional – resultante da combinação das questões II.1, II.2, II.3, II.6, II.8, II.13, II.14, II.16 e II.20 do questionário (ver APÊNDICE D);
- . Despersonalização – resultante da combinação das questões II.5, II.10, II.11, II.15 e II.22 do questionário;
- . Realização pessoal – resultante da combinação das questões II.4, II.7, II.9, II.12, II.17, II.18, II.19 e II.21 do questionário.

Tendo em vista que o instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto, basicamente, por escalas de resposta do tipo *Likert* de 7 pontos, as TAB. 1 e 2 mostram os resultados dos três níveis para *exaustão emocional*, *despersonalização* e *realização pessoal*, respectivamente, tendo em vista que o fator *realização pessoal* é avaliado em sentido contrário aos dois demais.

Tabela 1 - Interpretações dos resultados dos três níveis para os fatores *exaustão emocional* e *despersonalização*

Resultado	Interpretação do Resultado
Entre 1,00 a 3,59	Nível baixo de <i>burnout</i>
Entre 3,60 a 4,59	Nível mediano de <i>burnout</i>
Entre 4,60 a 7,00	Nível elevado de <i>burnout</i>

Fonte: Dados do modelo analítico

Tabela 2 - Interpretações dos resultados dos três níveis para o fator *realização pessoal*

Resultado	Interpretação do Resultado
Entre 1,00 a 3,59	Nível elevado de <i>burnout</i>
Entre 3,60 a 4,59	Nível mediano de <i>burnout</i>
Entre 4,60 a 7,00	Nível baixo de <i>burnout</i>

Fonte: Dados do modelo analítico

No que diz respeito aos fatores de *burnout* em relação à amostra total, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout* com os fatores *exaustão emocional* e *despersonalização* dos respondentes, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59. Também foi apurada uma situação de nível baixo de *burnout* com o fator *realização pessoal* dos respondentes, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,6 a 7,00. No hospital público, os fatores de *burnout* apontados pelos enfermeiros também revelaram uma situação de nível baixo de *burnout* com os fatores *exaustão emocional* e *despersonalização* dos respondentes, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59; e no mesmo sentido para o fator *realização pessoal*, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,6 a 7,00 (TAB. 3). Já no hospital privado, os resultados também apontaram que os fatores de *burnout* em relação aos enfermeiros do hospital particular evidenciaram uma situação de nível baixo de *burnout* com os fatores *exaustão emocional* e *despersonalização* dos respondentes, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59, assim como o fator *realização pessoal*, já que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,6 a 7,00 (TAB. 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra total e por hospital (público e particular), segundo os fatores de *burnout*

<i>Burnout</i>	Amostra	Medidas Descritivas				
		Média	Des- Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Exaustão emocional	Total	3.38	1.39	2.22	3.00	4.56
	Hospital público	3.36	1.55	1.94	3.17	4.72
	Hospital particular	3.39	1.27	2.33	3.00	4.44
Despersonalização	Total	2.54	1.21	1.50	2.20	3.20
	Hospital público	2.59	1.25	1.40	2.30	3.50
	Hospital particular	2.50	1.18	1.60	2.20	3.20
Realização pessoal	Total	5.19	1.02	4.63	5.13	6.00
	Hospital público	5.20	1.08	4.47	5.06	6.13
	Hospital particular	5.18	0.99	4.75	5.25	5.88

Fonte: Dados da pesquisa

A seguir, são apresentados os resultados dos indicadores de cada fator de *burnout* dos enfermeiros da amostra total, hospital público e particular. Para sintetizar as informações de cada indicador, utilizaram-se a média e a mediana como medida de tendência central. Para a medida de dispersão utilizaram-se o desvio-padrão e intervalo *interquartil* (P_{25} e P_{75}).

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator *exaustão emocional para a amostra total*, em 6 dos 9 indicadores de *exaustão emocional* constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma media entre 1,00 a 3,59. Entretanto, para o restante dos indicadores de *exaustão emocional* (3 dos 9) constatou-se uma situação mediana de *burnout*, média entre 3,60 a 4,59 (TAB. 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator exaustão emocional.

Fator Exaustão Emocional	Medidas Descritivas				
	Média	Des. Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho.	3.94	1.89	2.00	4.00	6.00
Creio que estou trabalhando em demasia.	3.71	2.18	2.00	3.00	6.00
Meu trabalho deixa-me exausto(a).	3.67	2.01	2.00	4.00	6.00
Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.	3.58	1.85	2.00	4.00	5.00
Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.	3.39	1.85	2.00	3.00	5.00
Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	3.34	2.15	2.00	3.00	5.00
Sinto-me no limite de minhas possibilidades.	3.07	1.96	1.00	2.00	5.00
Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	2.91	1.81	2.00	2.00	4.00
Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.	2.79	1.85	1.00	2.00	4.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *exaustão emocional* para os enfermeiros do hospital público, em 7 dos 9 indicadores de *exaustão emocional* constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59. Entretanto, para o restante dos indicadores de *exaustão emocional* (2 dos 9) constatou-se uma situação mediana de *burnout*, média entre 3,60 a 4,59 (TAB. 5).

Tabela 5 - Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator exaustão emocional

Fator Exaustão Emocional	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Creio que estou trabalhando em demasia.	3.66	2.29	1.00	4.00	6.00
Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho.	3.63	1.81	2.00	4.00	5.00
Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	3.53	2.23	2.00	2.50	6.00
Sinto-me no limite de minhas possibilidades.	3.42	2.23	1.00	2.50	6.00
Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.	3.39	1.82	2.00	3.00	5.00
Meu trabalho deixa-me exausto(a).	3.37	1.98	2.00	3.50	5.00
Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	3.21	2.02	2.00	2.00	5.00
Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.	3.08	1.81	2.00	2.50	4.25
Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.	2.92	2.05	1.00	2.00	4.25

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *exaustão emocional* para os enfermeiros do hospital particular, praticamente em 4 dos indicadores de *exaustão emocional* constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma media entre 1,00 a 3,59. Entretanto, para 5 dos indicadores de *exaustão emocional* constatou-se uma situação mediana de *burnout*, média entre 3,60 a 4,59 (TAB. 6).

Tabela 6 - Caracterização do hospital particular segundo os indicadores do fator exaustão emocional

Fator Exaustão Emocional	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho.	4.19	1.93	2.00	4.00	6.00
Meu trabalho deixa-me exausto(a).	3.91	2.02	2.00	4.00	6.00
Creio que estou trabalhando em demasia.	3.74	2.11	2.00	3.00	6.00

Fonte: Dados da pesquisa

(Continua...)

Tabela 6 - Caracterização do hospital particular segundo os indicadores do fator exaustão emocional

Fator Exaustão Emocional	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.	3.72	1.87	2.00	4.00	6.00
Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.	3.64	1.87	2.00	4.00	5.00
Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	3.19	2.09	2.00	3.00	4.00
Sinto-me no limite de minhas possibilidades.	2.79	1.69	1.00	2.00	4.00
Sinto-me frustrado (a) com o meu trabalho.	2.68	1.68	1.00	2.00	4.00
Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	2.66	1.61	2.00	2.00	4.00

Fonte: Dados da pesquisa

(Conclusão)

No que diz respeito aos indicadores do fator *despersonalização* para a amostra total, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma media entre 1,00 a 3,59, (TAB. 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator despersonalização.

Fator Despersonalização	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.	3.07	2.08	1.00	2.00	5.00
Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.	3.00	2.12	1.00	2.00	5.00
Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	2.68	1.86	1.00	2.00	4.00
Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	2.16	2.02	1.00	1.00	2.00
Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.	1.78	1.22	1.00	1.00	2.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores de *despersonalização* para a os enfermeiros de hospital público, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout* para os indicadores de despersonalização, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma media entre 1,00 a 3,59, (TAB. 8).

Tabela 8 - Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator despersonalização

Fator Despersonalização	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.	3.18	2.38	1.00	2.00	6.00
Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.	2.76	1.90	1.00	2.00	4.25
Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	2.74	2.04	1.00	2.00	3.25
Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	2.39	2.15	1.00	1.00	3.25
Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.	1.87	1.19	1.00	1.00	3.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *despersonalização* para os enfermeiros de hospital particular, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout* com os indicadores de *despersonalização*, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59 (TAB. 9).

Tabela 9 - Caracterização do hospital particular, segundo os indicadores do fator despersonalização

Fator Despersonalização	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.	3.32	2.21	1.00	2.00	6.00
Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.	2.85	1.89	1.00	2.00	4.00
Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	2.64	1.72	1.00	2.00	4.00
Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	1.98	1.91	1.00	1.00	2.00
Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.	1.70	1.25	1.00	1.00	2.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *realização pessoal* para a amostra total, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,60 a 7,00 (TAB. 10). A exceção foi o indicador '*Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas*' que apresentou uma situação de nível mediano de *burnout* por parte dos respondentes (média 4,40).

Tabela 10 - Caracterização da amostra total, segundo os indicadores do fator realização pessoal

Fator Realização Pessoal	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	6.06	1.33	6.00	6.00	7.00
Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	5.60	1.68	4.00	6.00	7.00
Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	5.35	1.65	4.00	6.00	7.00
Lido eficazmente com o problema das pessoas.	5.25	1.88	4.00	6.00	7.00
Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	5.11	1.58	4.00	6.00	6.00
Sinto-me com muita vitalidade.	4.89	1.79	3.00	5.00	6.00
Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	4.82	1.87	3.00	5.00	7.00
Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	4.40	1.85	3.00	4.00	6.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *realização pessoal* para os enfermeiros do hospital público, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,60 a 7,00 (TAB. 11).

Tabela 11 - Caracterização do hospital público, segundo os indicadores do fator realização pessoal

Fator Realização Pessoal	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	6.13	1.34	6.00	7.00	7.00
Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	5.45	1.72	4.00	6.00	7.00
Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	5.45	1.55	4.75	6.00	7.00
Lido eficazmente com o problema das pessoas.	5.21	1.86	4.00	6.00	7.00
Sinto-me com muita vitalidade	5.05	1.89	3.75	6.00	7.00
Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	4.84	1.78	3.00	5.50	6.00
Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	4.82	1.87	3.00	6.00	6.00
Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	4.63	2.03	2.75	4.50	7.00

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito aos indicadores do fator *realização pessoal* para os enfermeiros do hospital particular, constatou-se uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que todos os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 4,60 a 7,00 (TAB. 12). Novamente, a exceção foi o indicador “*Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas*”, que apresentou uma situação de nível mediano de *burnout* por parte dos respondentes (média 4,06), tendo este dados contribuído decisivamente para o apurado na amostra total.

Tabela 12 - Caracterização do hospital particular, segundo os indicadores do fator realização pessoal

Fator Realização Pessoal	Medidas Descritivas				
	Média	Des.Padr.	P ₂₅	Mediana	P ₇₅
Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	6.00	1.34	6.00	6.00	7.00
Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	5.72	1.65	6.00	6.00	7.00
Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	5.32	1.38	4.00	6.00	6.00
Lido eficazmente com o problema das pessoas.	5.28	1.92	4.00	6.00	7.00
Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	5.28	1.73	4.00	6.00	7.00
Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	4.98	1.74	4.00	5.00	7.00
Sinto-me com muita vitalidade.	4.77	1.72	3.00	5.00	6.00
Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	4.06	1.79	2.00	4.00	6.00

Fonte: Dados da pesquisa

Em síntese, os dados observados nas tabelas anteriores apontam para um nível baixo de *burnout* nos enfermeiros pesquisados, com poucos indicadores sinalizando níveis medianos, a maioria deles concentrados no fator *exaustão emocional* e a maioria dos indicadores de realização pessoal encaixando-se em níveis elevados, contribuindo para redução do *burnout*. Tais dados são instigantes, dada a natureza do trabalho do enfermeiro e sua propensão a desenvolver quadros de *burnout*. Com vistas ao prosseguimento da análise, segue-se a análise bivariada dos dados obtidos com os enfermeiros.

4.3 Análise Bivariada dos Dados Sobre o *Burnout* dos Enfermeiros Pesquisados

Esta parte da seção objetiva aprofundar nos dados a partir de testes estatísticos não paramétricos (*Mann-Whitney* ou *Kruskall-Wallis*), dada a violação da condição de normalidade da amostra, realizados entre os três fatores de *burnout* e dados demográficos e funcionais dos respondentes. Os valores de p-valor em negrito nas tabelas que se seguem indicam diferenças significativas. Note-se que os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor menor que 0.01 com dois asteriscos (**, nível de confiança de 99%) e p-valor menor 0.05 com um asterisco (*, nível de confiança de 95%).

Em uma análise comparativa entre as duas categorias de *sexo* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, conforme se observa na TAB. 13, não existe diferença significativa entre à *exaustão emocional* e *realização pessoal*, pois o valor-p encontrado foi superior a 0,05 em ambos os casos. A exceção foi o fator *despersonalização*, que apresentou um nível de *burnout* menor nas mulheres (média 2,94) do que nos homens, os quais se aproximam de níveis medianos neste fator (média 4,33).

Tabela 13 - Avaliação dos *escores* referentes aos fatores de *burnout* na amostra total, por sexo

<i>Burnout</i>	<i>Sexo</i>	<i>Resultados</i>		
		<i>Mediana</i>	<i>P-valor</i>	<i>Conclusão</i>
Exaustão emocional	Masculino	4.33	0.104	Masc.=Fem.
	Feminino	2.94		
Despersonalização	Masculino	3.20	0.029*	Masc.> Fem.
	Feminino	2.20		
Realização pessoal	Masculino	4.75	0.674	Masc.=Fem.
	Feminino	5.25		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Note-se que as mulheres apresentaram *escores* maiores de *realização pessoal* que os homens (5,25 e 4,75, respectivamente), ambos considerados elevados e com impacto inverso em seus níveis gerais de *burnout*, o que pode ser a explicação para os baixos níveis de *burnout* encontrados entre os enfermeiros amostrados.

A TAB. 14 mostra o resultado das comparações dos níveis dos fatores de *burnout* na amostra total entre as três categorias da *faixa etária*, não tendo sido observada nenhuma diferença significativa nos níveis de *burnout* entre as referidas faixas.

Tabela 14: Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as três categorias da *faixa etária*.

Burnout	Faixa Etária	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão Emocional	Até 30 anos	3.00	0.311	Todos iguais
	De 31 a 40 anos	4.11		
	Mais de 40 anos	2.77		
Despersonalização	Até 30 anos	2.20	0.313	Todos iguais
	De 31 a 40 anos	2.50		
	Mais de 40 anos	2.00		
Realização Pessoal	Até 30 anos	5.12	0.399	Todos iguais
	De 31 a 40 anos	5.25		
	Mais de 40 anos	5.56		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Kruskal-Wallis*.

A TAB. 14 mostra que o valor da mediana (amostral) da exaustão emocional do grupo de 31 a 40 anos (4.11) é, aparentemente, superior ao das demais faixas etárias (até 30 anos e acima de 40 anos), que apresentaram valores de 3.00 e 2.77, respectivamente. Porém, as pessoas situadas na faixa etária de 31 a 40 anos apresentam maior variabilidade na exaustão emocional do que os demais grupos de faixa etária (desvio-padrão de 1.59). Este fato revela que o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* não detectou diferença significativa entre os grupos de faixa etária, devido à alta variabilidade dentro dos grupos.

Comparando-se os níveis de *escolaridade* quanto aos fatores de *burnout* da amostra total, não foram notadas diferenças significativas, pois o p-valor foi superior a 0,05 em todos os fatores. Estes resultados podem ser vistos na TAB. 15.

Tabela 15 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias da *escolaridade*

Burnout	Escolaridade	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Ensino superior completo	2.77	0.383	Todos iguais
	Especialização	3.38		
Despersonalização	Ensino superior completo	2.20	0.757	Todos iguais
	Especialização	2.20		
Realização pessoal	Ensino superior completo	5.12	0.617	Todos iguais
	Especialização	5.37		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se os grupos de *estado civil* quanto aos fatores de *burnout* da amostra total, também não foram constadas diferenças significativas, pois o p-valor foi superior a 0,05 em todos os fatores. Estes resultados podem ser vistos na TAB. 16.

Tabela 16 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as três categorias do estado civil

Burnout	Estado Civil	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Solteiro	2.77	0.528	Todos iguais
	Casado	2.94		
	Outros	3.77		
Despersonalização	Solteiro	2.20	0.668	Todos iguais
	Casado	2.40		
	Outros	2.00		
Realização pessoal	Solteiro	5.12	0.867	Todos iguais
	Casado	5.12		
	Outros	5.62		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Kruskal-Wallis*.

Comparando-se o *tempo de atuação como enfermeiro* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, conforme se observa na TAB. 17, não existe diferença significativa de *escores* dos fatores de *burnout*, pois o valor-p encontrado foi superior que 0,05 em todas as situações.

Tabela 17 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias do tempo de atuação como enfermeiro

Burnout	Tempo de atuação como enfermeiro	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Até 5 anos	2.77	0.311	Todos iguais
	Mais de 5 anos	3.11		
Despersonalização	Até 5 anos	2.20	0.706	Todos iguais
	Mais de 5 anos	2.20		
Realização pessoal	Até 5 anos	5.12	0.194	Todos iguais
	Mais de 5 anos	5.50		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se o *tempo de trabalho no hospital* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, conforme se observa na TAB. 18, não existe diferença significativa de *escores* dos fatores de *burnout* entre os tempos de trabalho no hospital, pois o p-valor foi superior a 0,05 em todos os fatores.

Tabela 18 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias de tempo de trabalho na instituição

Burnout	Tempo de trabalho no hospital	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Até 5 anos	3.27	0.455	Todos iguais
	Mais de 5 anos	2.77		
Despersonalização	Até 5 anos	2.20	0.932	Todos iguais
	Mais de 5 anos	2.60		
Realização pessoal	Até 5 anos	5.06	0.121	Todos iguais
	Mais de 5 anos	5.50		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se a *jornada de trabalho* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, foi verificada diferença significativa em relação ao fator *despersonalização*, que apresentou um valor-p de 0,014. Neste fator, a categoria de 30 a 36 horas apresenta menor nível de *burnout* do que a categoria de 44 a 48 horas, porém ambos em níveis considerados baixos (médias de 1,90 e 2,60, respectivamente). Desse modo, a carga de trabalho semanal tem influência direta. Em relação aos demais fatores, não foram constatadas diferenças significativas entre as jornadas de trabalho dos enfermeiros amostrados (TAB. 19).

Tabela 19 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias da jornada semanal neste hospital

Burnout	Jornada semanal	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	De 30 a 36 horas	2.83	0.628	Todos iguais
	De 44 a 48 horas	3.22		
Despersonalização	De 30 a 36 horas	1.90	0.014*	44 a 48 h > 30 a 36 h
	De 44 a 48 horas	2.60		
Realização pessoal	De 30 a 36 horas	4.87	0.353	Todos iguais
	De 44 a 48 horas	5.37		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se os enfermeiros pelo critério *existência de outro emprego* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, foi verificada diferença significativa em relação ao fator *exaustão emocional*, que apresentou um valor-p de 0,011. Neste fator, a categoria “*Não possui outro emprego*” apresenta menor nível (2,72, baixo) de *burnout* do que a categoria “*Possui outro emprego*” (4,22, mediano), denotando que os profissionais com mais de um emprego estão mais exaustos emocionalmente que os que se atêm apenas a um trabalho. Em relação aos demais fatores, não foram

constados diferenças significativas entre os grupos que possuem outro emprego. (TAB. 20)

Tabela 20 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias existência de outro emprego

Burnout	Possui outro emprego	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Não	2.72	0.011*	Sim > Não
	Sim	4.22		
Despersonalização	Não	2.20	0.080	Todos iguais
	Sim	2.60		
Realização pessoal	Não	5.37	0.088	Todos iguais
	Sim	4.75		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se o *tempo de trabalho na área da saúde* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, foi verificada diferença significativa em relação ao fator *realização pessoal*, que apresentou um valor-p de 0,025*. Neste fator, a categoria “*Mais de 5 anos*” apresentou menor nível de *burnout* (5,00) do que a categoria “*Até 5 anos*” (5,56), ambos considerados elevados, indicando que quem está há mais tempo no hospital se sente mais realizado pessoalmente. Em relação aos demais fatores, não foram constadas diferenças significativas nesse sentido (TAB. 21).

Tabela 21 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias de tempo de trabalho na área da saúde

Burnout	Tempo de trabalho no hospital	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Até 5 anos	3.00	0.752	Todos iguais
	Mais de 5 anos	3.05		
Despersonalização	Até 5 anos	2.40	0.262	Todos iguais
	Mais de 5 anos	2.10		
Realização pessoal	Até 5 anos	5.00	0.025*	Mais 5 anos > Até 5 anos
	Mais de 5 anos	5.56		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se os tempos de *licença médica* quanto aos fatores de *burnout* na amostra total, conforme se observa na TAB. 22, não existe diferença significativa entre os grupos, pois o valor-p encontrado foi superior que 0,05 em todas as situações.

Tabela 22 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias da licença médica

Burnout	Licença Médica	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Não	3.00	0.628	Todos iguais
	Sim	3.16		
Despersonalização	Não	2.20	0.196	Todos iguais
	Sim	1.90		
Realização pessoal	Não	5.12	0.765	Todos iguais
	Sim	5.31		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se os enfermeiros da amostra total quanto a *gozo de férias* neste ano em relação aos fatores de *burnout*, foi verificada diferença significativa em relação ao fator *despersonalização*, que apresentou um valor-p de 0.040. Neste fator, a categoria “*Não tirou férias*” apresenta maior nível de *burnout* (2,60) do que a categoria “*Tirou férias*” (2,00), ambos baixos, mas que demonstram a importância do descanso periódico para manutenção deste fator junto ao corpo funcional. Em relação aos demais fatores, não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos de férias neste ano (TAB. 23).

Tabela 23 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias gozo de férias neste ano

Burnout	Férias neste ano	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Não	2.77	0.388	Todos iguais
	Sim	3.11		
Despersonalização	Não	2.60	0.040*	Não > Sim
	Sim	2.00		
Realização pessoal	Não	5.12	0.911	Todos iguais
	Sim	5.18		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Comparando-se os enfermeiros da amostra total por tipo de hospital em que atuam quanto aos fatores de *burnout*, não existe diferença significativa de *escores*, pois o valor-p encontrado foi superior que 0,05 em todas as situações, fato que implica a independência do *burnout* em relação ao tipo de hospital onde os enfermeiros atuam.

Tabela 24 - Níveis médios dos fatores de *burnout* na amostra total entre as duas categorias de modalidade de atendimento

Burnout	Tipo de Hospital	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Exaustão emocional	Público	3.17	0.626	Todos iguais
	Privado	3.00		
Despersonalização	Público	2.30	0.811	Todos iguais
	Privado	2.20		
Realização pessoal	Público	5.06	0.912	Todos iguais
	Privado	5.25		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

A seguir, apresenta-se um índice global para a escala de *burnout* de acordo com o seguinte procedimento:

1. Foram invertidas as respostas das questões referentes ao fator realização pessoal (II.4, II.7, II.9, II.12, II.17, II.18, II.19 e II.21), dada sua relação inversa com o *burnout*;
2. Foi calculada para cada respondente, individualmente, uma média resultante da combinação das variáveis II.1, II.2, II.3, II.4, II.5, II.6, II.7, II.8, II.9, II.10, II.11, II.12, II.13, II.14, II.15, II.16, II.17, II.18, II.19, II.20, II.21, II.22;
3. Em seguida, calcularam-se as medidas descritivas que os respondentes deram para a média encontrada na etapa 2.

Os resultados apontaram um *índice global de burnout* em relação aos enfermeiros da amostra total, de hospital público e de hospital particular. Esta média apontou para uma situação de nível baixo de *burnout*, uma vez que os *escores* obtidos apresentaram uma média entre 1,00 a 3,59 (TAB. 25).

Tabela 25 - Caracterização da amostra total, hospital público e hospital particular segundo o índice global de *burnout*

Burnout	Medidas Descritivas					
	Amostra	Média	Des- Padr.	P25	Mediana	P75
Índice global	Total	2.98	0.88	2.31	2.77	3.63
	Hospital público	2.98	0.94	2.17	2.88	3.84
	Hospital particular	2.98	0.83	2.45	2.77	3.50

Fonte: Dados da pesquisa

A última comparação realizada foi justamente entre os tipos de hospital quanto ao índice global de *burnout* na amostra total. Conforme se observa na TAB. 26, não existe diferença significativa de *escores* do índice global de *burnout* entre os enfermeiros dos dois hospitais abordados, pois o valor-p encontrado foi superior a 0,05.

Tabela 26 - Avaliação dos *escores* referentes ao índice global de *burnout* na amostra total por modalidade de atendimento

<i>Burnout</i>	Amostra	Resultados		
		Mediana	P-valor	Conclusão
Índice global	Hospital público	2.88	0.842	H. Público = H. Particular
	Hospital particular	2.77		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste aplicado foi o de *Mann-Withney*.

Em síntese, os níveis gerais de *burnout* apurados foram considerados baixos, o que é positivo em termos de gestão de pessoas nos hospitais abordados. Porém, isso é curioso, já que a literatura aponta propensões entre os profissionais dessa categoria em desenvolver quadros de *burnout*, dada a natureza do seu trabalho. De modo detalhado, foram observadas diferenças significativas nos seguintes sentidos: homens com níveis maiores de despersonalização que as mulheres (*escores* 4,33, mediano, e 2,94, baixo, respectivamente); profissionais com jornada de trabalho de 44 a 48 horas semanais com níveis maiores de despersonalização que aqueles que trabalham de 30 a 36 horas por semana (*escores* 2,60 e 1,90, respectivamente, ambos baixos); enfermeiros com outro emprego com níveis maiores de exaustão emocional que aqueles que possuem apenas um vínculo empregatício (*escores* 4,22, mediano, e 2,72, baixo, respectivamente); profissionais com mais de 5 anos de trabalho na área de saúde com *escores* mais elevados de realização pessoal que os outros com menos de 5 anos de atuação na área (*escores* 5,56 e 5,00, respectivamente, ambos elevados); e enfermeiros que tiraram férias no último ano com menores níveis de despersonalização que seus pares que não gozaram desse período de descanso (*escores* de 2,00 e 2,60, respectivamente, ambos baixos).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo central identificar, descrever e analisar como se configura a síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte. Para a compreensão das questões envolvidas, o referencial teórico abordou a questão da violência no trabalho, a síndrome de *burnout* e o trabalho do enfermeiro e as especificidades inerentes a um hospital.

A pesquisa empírica caracteriza-se por ser descritiva, com abordagem quantitativa, nos moldes de estudo de caso. As unidades de análise e de observação foram os enfermeiros de dois hospitais, selecionados por sua acessibilidade após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa dos mesmos (Protocolo 031/2010). Ao todo, foram coletados 85 questionários, sendo 38 do hospital público (60 no total) e 47 do privado (73 no total). Tais questionários foram compostos de duas partes, a saber: dados demográficos e funcionais dos respondentes e a escala de *burnout* de Maslach, ou seja, o *Maslach Burnout Inventory*, MBI, conforme apresentada por Lima et al. (2009). Os dados foram tratados de modo uni e bivariado, com o auxílio de programas estatísticos (*SPSS* e *Excel*). Convém ressaltar que os preceitos da Resolução 196/96 foram observados nesta pesquisa.

Quanto aos dados coletados, a maioria da amostra dos enfermeiros dos hospitais abordados caracteriza-se por ser do sexo feminino, com idade de 26 a 30 anos, solteira, com escolaridade de nível superior completo, está trabalhando de 1 a 5 anos no mesmo cargo e no mesmo hospital (particular), trabalha em torno de 44 horas semanais, não possui outro emprego, não tem entrado em licença médica recentemente e tem gozado de férias no último ano.

Em relação ao *burnout* dos pesquisados, os dados apontam para um nível considerado baixo, com alguns indicadores sinalizando níveis medianos, a maioria deles concentrada no fator *exaustão emocional* e a maioria dos indicadores de *realização pessoal* encaixando-se em níveis elevados, contribuindo para a redução do *burnout*. Estes dados foram percebidos como diferenciados no contexto da

enfermagem, dadas a natureza e a forma de organização do trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, o que a literatura aponta como propício ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

A análise bivariada apurou diferenças significativas na amostra total quando observados, em separado, dados a respeito do sexo (homens com níveis maiores de *despersonalização* que as mulheres), jornada de trabalho (profissionais que trabalham entre 44 e 48 horas semanais com níveis maiores de *despersonalização* que aqueles com jornada de 30 a 36 horas por semana), manutenção de vínculos empregatícios (enfermeiros com outro emprego com níveis maiores de *exaustão emocional* que aqueles que possuem apenas um vínculo), tempo de trabalho na área de saúde (profissionais com mais de cinco anos de trabalho na área com escores mais elevados de *realização pessoal* que os outros com menos de cinco anos de atuação nessa área) e gozo de férias (enfermeiros que tiraram férias no último ano com menores níveis de *despersonalização* que seus pares que não gozaram de descanso recentemente).

Desse modo, os dados coletados apresentam-se como uma *ponta de um iceberg*, cuja estrutura mais ampla e profunda ainda está por ser descoberta, já que o estudo abordou apenas dois hospitais, um público e outro particular, na cidade de Belo Horizonte (MG). A amostragem realizada, então, restringe as conclusões aos casos abordados, assim como a não diferenciação entre níveis hierárquicos.

Diante dessa limitação e dos próprios achados, sugere-se a realização de outras pesquisas. A primeira contemplaria seu aprofundamento, por meio de abordagem qualitativa, de modo a desnudar relações que possam, em um momento posterior, subsidiar políticas mais humanizadas de gestão de pessoas nesse ambiente organizacional. A segunda refere-se a questões remuneratórias, ou seja, contemplar diretamente este aspecto, pois ele se relaciona às jornadas de trabalho que têm sido estendidas pelos profissionais com vistas à manutenção de suas necessidades e compromissos.

Outras pesquisas podem ser feitas utilizando-se triangulações metodológicas (COLLIS; HUSSEY, 2005) e mesclando métodos quantitativos e qualitativos na

mesma investigação, de modo a promover uma complementaridade que possibilite uma visão mais ampla e profunda do fenômeno do *burnout* em hospitais.

Sugere-se, também, a extensão da pesquisa a outras categorias que transitam pelas equipes multidisciplinares que atuam na saúde, de modo a efetuar comparações que possam trazer benefícios para todos os envolvidos, inclusive os pacientes. Do mesmo modo, pode-se estender a pesquisa a outras esferas da saúde (unidades básicas e avançadas de saúde, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), clínicas (inclusive psiquiátricas) e a outros hospitais (públicos, particulares, filantrópicos etc.)).

Além disso, a correlação com outros temas, como *estresse ocupacional*, *qualidade de vida no trabalho*, *comprometimento*, *valores* (do trabalho e organizacionais), dentre outros, pode contribuir para uma visão mais precisa sobre o comportamento humano em organizações de saúde.

Aos enfermeiros abordados, sugere-se a observância de períodos de férias, além de um cuidado maior consigo mesmo, o que inclui, no campo cognitivo, uma reflexão sobre seu trabalho e sobre si mesmo, de modo a facilitar e, mesmo, promover seu amadurecimento pessoal e profissional, fato que está diretamente ligado à manutenção de baixos níveis de *burnout*, conforme observado nos dados desta pesquisa.

Quanto aos hospitais, tais dados chamam atenção para o alargamento dos cuidados destinados a seus profissionais, com a promoção de programas de conscientização cada dia mais efetivos, o que, em última análise, contribuirá para promover melhorias em várias áreas nesses locais, contemplando desde a melhoria do clima de trabalho até a qualidade do serviço, o que, com certeza, atende às expectativas mais profundas em termos de humanização no trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; BRITO, M. J. M. **Relações de sofrimento e prazer no trabalho**: ambigüidades no espaço organizacional. Curitiba: Editora, 2008.

ABRANCHES, Sueli Soldati; MELLO, Rosana. A expressão comunicativa do significado do trabalho por alunos de graduação em enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=MSC00000005200200>. Acesso em: 07 jul. 2010.

BARRETO, M. M. S. **Uma jornada de Humilhações**. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

BERTI, H. W.; AYRES, J. A.; LIMA, M. J. R.; MENDES, R. W. B. Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 174 – 181, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 04 set. 2010.

BORGES, L. O. et al. **A síndrome de burnout e os valores organizacionais**: um estudo comparativo em hospitais universitários. Rio Grande do Norte. Campus Universitário. 2002. p.189 - 200. Disponível em: <http://www.scielo.br_Psicol. Reflex. Ciet. vol.19 isse1;Abstract:S0102>. Acesso: em 2 maio 2010.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W. **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 39-151.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas**. (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em: <http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001203&lng=pt&>. Acesso em: 20 jan. 2010.

CEZAR E. S.; MARZIALE M. H. P; **Problemas de Violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina**. Paraná. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. V.; **O que é burnout ?** 2007. Disponível em: <http://www.pedagogia.incubadora.fapesp.br/portal/INTROED2007a9BurnoutInCODOWanderleyCoordEduca_c3_a7_c3_a3oCarinh>. Acesso em: 13 jan. 2010.

COLLIS, J.; HUSSEY, R.; **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. O plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua quinquagésima nona reunião ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resolve: Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN-MG. **Legislação e normas**. Belo Horizonte, v. 11, n. 1, 2009.

CORSO, K. B. et al. Valores Organizacionais e a Síndrome de *Burnout* em Equipes de enfermagem de pronto-atendimento de saúde na cidade de Santa Maria-RS. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31, set. 2008. Rio de Janeiro. **Anais do...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C.; **Stress no trabalho do enfermeiro**. São Paulo. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2010.

CRUZ, G. M. C. **Os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar**. Bahia, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.ebah.com.br/os_riscos_ocupacionais_da_equipe_de_enfermagem_no_ambiente_hospitalar_doc_a10097,html...>](http://www.ebah.com.br/os_riscos_ocupacionais_da_equipe_de_enfermagem_no_ambiente_hospitalar_doc_a10097,html...). Acesso em: 14 jan. 2010.

FERNANDES, M. V.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Enfermeiros de hospital de ensino na prestação de serviços. **Revista Técnica de Enfermagem. Nursing**, São Paulo, n. 55, p. 14 – 17, dez. 2002.

FERREIRA, M. C. et al. O bem-estar no trabalho e a predição da exaustão emocional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 32, set. 2008. Rio de Janeiro. **Anais do...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

FREITAS, M. E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. **Assédio moral**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GASTALDO, D. M.; MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 42, jan/dez 1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, T. R.; SILVA, R. N. Encontro com ciborgues no hospital: cartografias de um campo cirúrgico. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=s0102-7182200500010000&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-7182200500010000&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 jan. 2010.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 11. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

LIMA, F. D. M. et al. Síndrome de *burnout* em enfermeiros: a influência da unidade de atuação no desgaste profissional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33, set. 2009. São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

MACEDO, A. P. D. et al. **Amoral**: um novo olhar organizacional. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache%3Aa_2GykkjPP4J%3Assedi...2009>. Acesso em: 20 Maio 2010.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MASLACH, C. P.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, vol. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus, 1999.

MORENO, L. C.; MORENO, M. I. C. **Violência no trabalho em enfermagem**: um novo risco ocupacional. São Paulo, 22 dez. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=5095098&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

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. 255-61, mar./abr. 2005. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

PAGÉS, M. et al. **O poder das organizações**: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. São Paulo: Atlas, 1987.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURGANCT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005. p. 108-24.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**, Ijuí: . UNIJUI, 2007. (Coleção Saúde coletiv . Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde).

SCHMIDT, D. R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 2004. 185p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SILVA, A. M.: ALMEIDA, G. O. **A relação do *burnout* com o comprometimento afetivo dos trabalhadores para com a empresa**. 2003. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/trabalho_popup.php? Cod.... edição....](http://www.anpad.org.br/trabalho_popup.php?Cod....edicao....)> Acesso em: 25 nov. 2009.

SANTOS M. H. **Santa Casa de Belo Horizonte: uma história de amor à vida**. Belo Horizonte: FAPI Ltda, 2010.

SANTOS P. R.; MATTOS, U. A. O. A organização do sistema de saúde e do trabalho hospitalar. **Revista de Enfermagem Atual**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 29 – 34, nov./dez. , 2001.

SOBOLL, L. A. P. **A face oculta da síndrome do *Burnout* nos profissionais de enfermagem: uma leitura a partir da psicodinâmica do trabalho**, 2002. Disponível em: <[http://WWW.anpad.org.br/evento.php?acad... cód...>. Acesso em dez. 2009.](http://WWW.anpad.org.br/evento.php?acad...cód...)

SOBOLL, L. A. P. **Controle e exploração: a produção capitalista em uma unidade hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2003.

TAMAYO, A. et al. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

THOFEHRN, M. B. et al. **Assédio moral no trabalho da enfermagem**. América do Sul, 2008.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H.; Os paradoxos entre a saúde mental no trabalho e as estratégias Organizacionais de promoção de saúde do trabalhador: um estudo de caso. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31., set. 2007. São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** 11. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E. B.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A -	Pedido de autorização para realização da pesquisa.....	80
APÊNDICE B -	Carta aos Enfermeiros.....	81
APÊNDICE C -	Formulário de Identificação para os Enfermeiros dos dois Hospitais.....	82
APÊNDICE D	Escala de <i>Burnout</i>.....	83
APÊNDICE E	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84

APÊNDICE A

Pedido de autorização para realização da pesquisa

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2010.

À Comissão de Ética do _____:
Ilmo(a), pesquisador(a) responsável pela comissão de Ética em Pesquisa do Hospital _____

É com grata satisfação que retorno a esta conceituada instituição de pesquisa e ensino, que prima por uma assistência de saúde à população livre de danos e dentro dos padrões de excelência preconizados, os quais sempre nortearam as condutas dos profissionais de saúde dessa renomada organização ao longo desses anos. Deixo-lhes para vossa apreciação uma proposta de pesquisa sobre a temática: *Burnout* de Enfermeiros: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. Declaro que esta pesquisa é sigilosa e estritamente acadêmica. O pesquisador responsável se compromete a guardar os resultados e preservá-los sob sigilo total, não divulgando em qualquer hipótese o nome da instituição que opte por participar dos estudos propostos. Afirmando também que o respeito às normas da resolução 196/96 será preservado em todo o tempo que durar a pesquisa. Declaro que as despesas correrão por conta do pesquisador responsável, não cabendo à instituição que abriga a pesquisa arcar com nenhum ônus, mas esta poderá se beneficiar dos resultados encontrados, uma vez que o pesquisador se compromete a repassar informações que sejam de relevância para o aprimoramento dos serviços prestados à população.

Esta pesquisa, sigilosa e de cunho estritamente acadêmico, destina-se a subsidiar minha dissertação do Mestrado Acadêmico em Administração realizado na Faculdade Novos Horizontes, o qual versa sobre a temática da síndrome do *Burnout*

Agradeço antecipadamente sua colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas ou informações que se fizerem necessárias.

Cordialmente,

Neemias Rodrigues Chaves Júnior
e-mail: neemiaschaves@yahoo.com.br
Celular: (31) 87431968

APÊNDICE B

Carta aos Enfermeiros

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Burnout de Enfermeiros: um estudo em hospitais de Belo Horizonte", desenvolvida no Curso de Mestrado em Administração da Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Administração. A referida pesquisa, de autoria de Neemias Rodrigues Chaves Júnior, orientada pela Prof^a. Dr^a Kely Martins de Paiva, tem como objetivo Identificar, descrever e analisar como se processa a síndrome de *Burnout* em Enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte.

Segue-se um questionário que visa subsidiar a elaboração do estudo proposto.

Ressalto que sua participação é muito importante. Não existem respostas certas ou erradas. Suas respostas individuais serão mantidas em sigilo absoluto. Seus fins são estritamente acadêmicos.

Algumas instruções específicas são dadas no começo de cada seção. Leia-as atentamente. O tempo estimado para preenchimento total do questionário é de, no máximo, 10 minutos, e devem ser observadas as seguintes orientações gerais:

- . Dê a primeira resposta que lhe ocorrer, respondendo a cada item o mais honesta e francamente possível;
- . Trabalhe rapidamente e na sequência apresentada;
- . Se cometer algum engano e quiser alterar sua resposta, risque-a ou aplique corretivo e escreva novamente;
- . Verifique cada parte do questionário para ter certeza de que respondeu a **TODOS** os itens.

Muito obrigado por sua colaboração!

Cordialmente,

Neemias Rodrigues Chaves Júnior
(31) 8743-1968

APÊNDICE C

Formulário de identificação para os enfermeiros dos dois hospitais

Prezado(a),

Esta pesquisa visa investigar atitudes e comportamentos dos funcionários desta organização.

É sigilosa e de cunho estritamente acadêmico. Destina-se a subsidiar a elaboração de um estudo para o meu curso de mestrado em Administração.

Saliento que sua participação é extremamente importante!

Atenciosamente,

Neemias Rodrigues Chaves Júnior.

1) Sexo:

- a. () Masculino
b. () Feminino

2) Faixa etária

- a. () até 25 anos
b. () de 26 a 30 anos
c. () de 31 a 35 anos
d. () de 36 a 40 anos
e. () de 41 a 45 anos
f. () de 46 a 50 anos
g. () mais de 50 anos

3) Escolaridade:

- a. () Ensino superior completo
b. () Especialização incompleta
c. () Especialização completa
d. () Mestrado incompleto
e. () Doutorado incompleto
f. () Doutorado Completo

4) Estado civil:

- a. () solteiro
b. () casado
c. () desquitado/ divorciado/ separado
d. () viúvo
e. () união estável
f. () outro: _____

5) Há quanto tempo você atua como Enfermeiro?

- a. () menos de 1 ano
b. () de 1 ano a 5 anos
c. () de 6 anos a 10 anos.
d. () de 11 anos a 15 anos
e. () de 16 anos a 20 anos
f. () mais de 20 anos

6) Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. () menos de 1 ano
b. () de 1 a 5 anos
c. () de 6 a 10 anos
d. () de 11 a 15 anos
e. () de 16 a 20 anos
f. () mais de 20 anos

7) Qual a sua jornada semanal neste Hospital?

- a. () 30
b. () 32
c. () 36
d. () 44
e. () 48

8) Você possui outro emprego?

- a. () Não
b. () Sim Qual? _____

9) Há quanto tempo você trabalha na área de saúde?

- a. () menos de 1 ano
b. () de 1 ano a 5 anos
c. () de 6 anos a 10 anos.
d. () de 11 anos a 15 anos
e. () de 16 anos a 20 anos
f. () mais de 20 anos

10) Você tirou alguma licença médica ou apresentou atestado médico nesses últimos três meses?

- a. () Sim
b. () Não.

11) Você gozou férias no último ano?

- a. () Sim
b. () Não

APÊNDICE D

Escala de *burnout*

Instrumento:

De acordo com Lima *et al* (2009), a escala de *burnout* mundialmente aceita, foi criada por Christina Maslach e Susan Jackson, em 1978. Em suma, há três dimensões que caracterizam a síndrome de *burnout* que são: a exaustão emocional; a despersonalização e a falta de realização pessoal. A versão atual do MBI é composta por 22 perguntas fechadas, relacionadas à frequência com que as pessoas vivenciam determinadas situações em seu ambiente de trabalho. Apresenta-se a escala do tipo Likert, com escala ordinal variando de um a sete (1 - Nunca, 2- Algumas vezes por ano, 3 - Uma vez por mês, 4 - Algumas vezes por mês, 5 - Uma vez por semana, 6 - Algumas vezes por semana, e 7 - Todos os dias).

	Item	Dimensão
1	Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.	
2	Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho.	
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.	
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.	
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	
7	Lido eficazmente com o problema das pessoas	
8	Meu trabalho deixa-me exausto(a).	
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas	
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	
12	Sinto-me com muita vitalidade.	
13	Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.	
14	Creio que estou trabalhando em demasia.	
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	
18	Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	
20	Sinto-me no limite de minhas possibilidades	
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.	

APÊNDICE E

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: *BURNOUT* DE ENFERMEIROS: um estudo em hospitais de Belo Horizonte

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações que você não entendeu completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *BURNOUT* DE ENFERMEIROS: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Você foi selecionado por pertencer ao público alvo desta pesquisa: ser enfermeiro e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

Identificar, descrever e analisar como se processa a síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de Belo Horizonte.

3) Procedimentos do estudo

Se concordar em participar deste estudo você participará respondendo um questionário relacionado ao tema da pesquisa

4) Benefícios

A sua participação nesta pesquisa não acarretará nenhum gasto para você ou para seu responsável, sendo totalmente gratuita. O conhecimento que você adquirir a partir da sua participação poderá beneficiá-lo com informações e orientações futuras em relação ao tema proposto pela pesquisa, beneficiando-o de forma direta ou indireta.

5) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento por ela.

6) Caráter confidencial dos registros

As informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais.

7) Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário que será lhe apresentado.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição.

8) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer uma reação adversa ou danos relacionados ao estudo ou tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, ligue para Dr./Sr. _____ no telefone _____. (endereço e telefone do pesquisador principal)

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo clínico, também poderá contatar uma terceira parte/pessoa, que não participa desta pesquisa, _____, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, no telefone _____.

9) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como objeto deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador

Data

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

BURNOUT DE ENFERMEIROS:
um estudo em hospitais de Belo Horizonte

Neemias Rodrigues Chaves Júnior

Belo Horizonte
2010

CHAVES JÚNIOR, Neemias Rodrigues

C512b

Burnout de enfermeiros: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. – Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes, 2010.

86 fls.

1. Estresse ocupacional. 2. *Burnout* - Enfermeiro.
3. Trabalho – Aspectos psicológicos. I. Paiva, Kely César Martins de (orient.). II. Título.

CDD: 159.723

Normalização e catalogação: Vanuza Bastos Rodrigues – CRB6: 1172