



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ESTRESSE LABORAL, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA
EM UMA UNIDADE HOSPITALAR MILITAR E SUAS RELAÇÕES COM A
SÍNDROME DE BURNOUT**

JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA

**Brasília
2022**

JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA

**ESTRESSE LABORAL, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA
EM UMA UNIDADE HOSPITALAR MILITAR E SUAS RELAÇÕES COM A
SÍNDROME DE BURNOUT**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Jacó Oliveira

**Brasília
2022**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tese intitulada “Estresse laboral e Síndrome de *Burnout* em unidade hospitalar do Distrito Federal: investigação com base em características pessoais e condições laborais de médicos e de enfermeiros”, submetida à banca examinadora abaixo em

/ / 2022.

Prof. Dr. Ricardo Jacó Oliveira
Orientador

Prof. Dra. Lídia Mara Bezerra de Melo
Membro interno titular

Profa. Dr. Ritelli de Oliveira Valeriano
Membro externo titular

Profa. Dra. Patrícia Galdino de Andrade Wollmann
Membro externo titular

Dr. Rômulo Maia Carlos Fonseca
Membro interno suplente

Aprovada em:

Dedico este trabalho, símbolo de meu esforço,

a meus lindos filhos Guilherme e Gabriela, pela motivação em forma de carinho diário e pela aceitação, ainda sem compreensão, de minhas ausências;

a minha família querida, antes e sempre meu ponto de apoio e refúgio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, antes de tudo, pela vida e pela oportunidade de ter me proporcionado condições para o seguimento do curso e concretização desta tese. Foram dias de lutas e noites incansáveis;

Ao Prof. Dr. Ricardo Jacó de Oliveira, pela orientação e apoio irrestrito;

Aos profissionais de saúde militares do Hospital das Forças Armadas de Brasília, por confiarem em meu estudo e por aceitarem participar da pesquisa;

Aos professores e funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo acolhimento durante todo o curso de Doutorado;

À Prof. Dra. Lídia Mara, pelo trato simples, correto e científico com que sempre abordou nossas reuniões de trabalho, sem nunca ter permitido que o desalento se instalasse, mesmo quando as coisas não corriam bem.

Aos meus colegas de caminhada na UnB Liana, Sandro, Brenda e Samuel, pelo apoio, pelo compartilhamento de ideias e pelo bom convívio. As boas discussões me traziam alegria e força;

A minha amiga Kennia, pela forma generosa com que sempre me incentivou e ajudou e pelo estímulo que recebi após cada conversa;

A todos os que fizeram parte desta caminhada e que, de uma forma ou de outra, se fizeram mais presentes.

“Não somos nós que estabelecemos o tempo de fazer o caminho, mas é o próprio caminho que define o tempo que levaremos para percorrê-lo”.

(Jussara Hoffmann)

RESUMO

A Síndrome de Burnout é um importante fenômeno psicossocial da atualidade que ocorre como consequência do estresse laboral crônico e multifatorial, sendo os profissionais de saúde os mais acometidos ao comprometimento de seu bem-estar físico e emocional, e somando-se a esse contexto variáveis individuais e ambientais. **Objetivo:** verificar a relação entre qualidade de vida no trabalho, características sociodemográficas, níveis de estresse e o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos e enfermeiros militares. **Metodologia:** trata-se de estudo exploratório com abordagem quantitativa, baseando-se em variáveis cujos componentes foram avaliados por meio de escalas quantitativas para as variáveis qualidade de vida no trabalho, características sociodemográficas, traços de personalidade e vulnerabilidade ao estresse. **Resultados:** os resultados evidenciaram que uma parcela significativa de profissionais médicos e enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e de emergência do Hospital da Força Aérea de Brasília (HFAB) já estão acometidos pela Síndrome de *Burnout* e que um maior percentual dessas categorias profissionais podem estar caminhando para o desenvolvimento da síndrome. **Conclusão:** esses achados revelam a necessidade de monitorar o comportamento dos profissionais, de acordo com as manifestações que são características de cada dimensão da síndrome, a fim de prevenir o desencadeamento do Burnout.

Palavras-chaves: Dados sociodemográficos. Traços de personalidade. Nível de estresse. Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

The Burnout Syndrome is an important psychosocial phenomenon current that occurs as consequence of chronic and multifactorial work stress, health professionals being the most affect by the commitment of their physical and professional well-being, and adding to this context individual and environmental variables. **Purpose:** To check the relationship between quality of life at work, sociodemographic characteristics, stress levels and the development of Burnout Syndrome in military doctors and nurses. **Methodology:** It's about an exploratory study with a quantitative approach, based on variables whose components were evaluated through quantitative scales for the quality of life at work, sociodemographic characteristics, personality traits and vulnerability to stress. **Results:** The results showed that a significant portion of medical professionals and nurses who work in emergency and urgent services from the Brazilian Air Force Hospital (BAFH) are already affected by Burnout Syndrome and that a higher percentage of these professional categories may be heading towards the development of the syndrome. **Conclusion:** These findings reveal the need to monitor the behavior of professionals, according to the manifestations that are characteristic of each dimension of the syndrome, in order to prevent the triggering of Burnout.

Keywords: Sociodemographic data. Personality traits. Stress level. Burnout syndrome.

LISTA DA QUADROS

Quadro 1: Referenciais, conceitos indissociáveis e convergentes das instituições militares.....	26
Quadro 2: Síntese comparativa de modelos de avaliação da qualidade de vida no trabalho.....	29
Quadro 3: Síntese comparativa de modelos de avaliação da personalidade.....	36
Quadro 4: Comparativo entre modelos de avaliação de estresse.....	45
Quadro 5: Comparação entre os modelos de avaliação do <i>Burnout</i>	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama da amostra pesquisada.....	69
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra: médicos e enfermeiros.....	75
Tabela 2: Variável sociodemográfica e <i>Burnout</i>	76
Tabela 3: Percepção da qualidade de vida da amostra pesquisada.....	82 86
Tabela 4 - Vulnerabilidade e <i>Burnout</i> na amostra pesquisada.....	90
Tabela 5 - Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e classificação de <i>Burnout</i> na amostra de médicos e de enfermeiros.....	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Qualidade de vida no trabalho da amostra – frequência absoluta.....	81
.	
Gráfico 2- Qualidade de vida no trabalho da amostra – frequência relativa absoluta.....	81
Gráfico 3 - Classificação da amostra quanto a traços de personalidade/neuroticismo – frequência absoluta.....	85
Gráfico 4- Classificação da amostra quanto a traços de personalidade/neuroticismo – frequência relativa.....	85
Gráfico 5 - Classificação da amostra quanto à vulnerabilidade ao estresse no trabalho – frequência absoluta.....	88
Gráfico 6 - Classificação da amostra quanto à vulnerabilidade ao estresse no trabalho – frequência relativa.....	89
Gráfico 7–Prevalência de <i>Burnout</i> na amostra de médicos e enfermeiros - frequência absoluta.....	92
Gráfico 8 – Prevalência de <i>Burnout</i> na amostra de médicos e enfermeiros - frequência relativa.....	93

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	20
2.1 GERAL	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	21
3.2 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E TRABALHO	31
3.2.1 O neuroticismo	38
3.3 ESTRESSE LABORAL	41
3.4 A SÍNDROME DE BURNOUT	48
3.4.1 Dimensões	51
3.4.2 Características pessoais e Síndrome de <i>Burnout</i>	53
3.4.3 Epidemiologia do <i>Burnout</i> em geral e em atividades de saúde	58
4. METODOLOGIA	69
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	69
4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO	70
4.3 AMBIENTE DA PESQUISA.....	71
4.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA DA PESQUISA.....	73
4.4.1 Critérios de inclusão	74
4.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	74
4.6 COLETA DOS DADOS.....	78
4.7 TRATAMENTO DOS DADOS	79
5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO	80
5.2 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROPOSTAS E O BURNOUT	81
4.7.1 Dados sociodemográficos	81
4.7.2 Qualidade de vida no trabalho	86
4.7.3 Traços de personalidade/neuroticismo	91
4.7.4 Vulnerabilidade ao estresse	95
4.7.5 A Síndrome de Bounout	99
5. CONCLUSÃO	102

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	105
REFERÊNCIAS.....	106
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
ANEXOS.....	120
Anexo A - QUESTIONÁRIO: Perfil Sociodemográfico.....	126
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	127
Anexo C - Escala de Caracterização de <i>Burnout</i> - ECB	128
Anexo D – Questionário de avaliação da Qualidade de vida no Trabalho.....	130

1. INTRODUÇÃO

Segundo Hall et al (2016) e Lyndon (2019), o bem-estar e a influência da saúde mental dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente têm atraído bastante interesse e atenção. Pois a atuação na área da saúde, como uma indústria, coloca numerosas pressões sobre os profissionais de saúde, incluindo os desafios do trabalho clínico, restrições de tempo, demandas concorrentes, falta de controle sobre os processos de trabalho e programação, funções conflitantes e relacionamentos com a liderança (LYNDON, 2019).

A Síndrome de Burnout foi oficializada recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma síndrome crônica. Enquanto um “fenômeno ligado ao trabalho”, a OMS incluiu o Burnout na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que deve entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022. Essa é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizado como uma síndrome ocupacional, que pode acarretar em sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.

Nesse sentido, a síndrome de Burnout é cada vez mais reconhecida entre os profissionais de saúde, e a estimativa é que ela afete entre 10 a 70% dos enfermeiros e 30 a 50% de médicos, o que pode variar conforme o ambiente de prática (LYNDON, 2019).

Segundo Harrison (1999), o burnout é considerado um tipo de estresse de caráter persistente vinculado a situações de trabalho, resultante da constante e repetitiva pressão emocional associada com intenso envolvimento com pessoas por longos períodos de tempo. Freudenberger e Richelson (1980) conceituam o Burnout como uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações intensas em situações de trabalho com outros profissionais que apresentam grandes expectativas em relação ao seu desenvolvimento profissional e dedicação ao trabalho.

O Burnout é composto por três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e a Baixa Realização Pessoal (MASLACH & JACKSON, 1985) e considerando que os profissionais da saúde (PS) trabalham de alguma forma em contato direto com pessoas, eles podem ser acometidos por uma ou mais dimensões. A fase de quase exaustão de Burnout ocorre quando o organismo está enfraquecido e não consegue adaptar ou resistir aos fatores estressores (LIPP, 2000). Nesta penúltima fase ocorre um desgaste do organismo do indivíduo, um aumento de sua vulnerabilidade a doenças decorrentes dessa quebra de resistência, fazendo com que ele tenha maior propensão a adquirir ou desenvolver doenças. Se o estressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com o estresse, o organismo esgota sua reserva de energia adaptativa chegando à exaustão (SELYE, 1984). É nessa fase que aparecem as doenças como infarto, hipertensão, doenças mentais e psicossomáticas.

A época do surgimento e duração de cada fase depende da intensidade do estressor, do seu tempo e permanência e do seu efeito acumulativo, e da forma com que o indivíduo lida com a situação (ZEGANS, 1982). Portanto, um ambiente de trabalho continuamente estressante pode ser um complicador para o desempenho funcional de um PS e isso pode variar conforme o tipo de hospital que ele trabalhe, seja público, particular ou militar.

Estudo epidemiológico descritivo, com amostra aleatória e estratificada por conglomerado, de 180 médicos intensivistas de cinco capitais, representando as regiões geográficas brasileiras: Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Salvador (BA), Goiânia (GO) e Belém (PA). Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos e o nível de *burnout* foi avaliado por meio do *Maslach Burnout Inventory*. Foram avaliados 180 médicos, sendo 54,4% do sexo feminino. A média de idade foi $39 \pm 8,1$ anos, 63,4% com a especialização como a maior titulação, 55,7% com até 10 anos de trabalho em unidade de terapia intensiva e 46,1% possuíam título de especialista em terapia intensiva. A maioria (50,3%) tinha carga horária semanal de trabalho entre 49 e 72 horas, e o tipo de vínculo mais frequente foi empregado assalariado. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 50,6%, 26,1% e 15,0%, respectivamente. A prevalência

de *burnout* foi de 61,7%, quando considerado nível alto em pelo menos uma dimensão e de 5% com nível alto nas três dimensões simultaneamente (Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJ, Marques Filho ES, Almeida A, et al, 2019)

Estudo transversal com 452 profissionais de enfermagem do Estado de Minas Gerais, Brasil. Foram usados uma ficha de caracterização pessoal e profissional e o Inventário de *Burnout* de Maslach (*Human Services Survey*). A maior parte dos participantes apresentou níveis baixos de exaustão emocional (38,94%) e despersonalização (45,80%) e níveis moderados de realização pessoal (39,16%). As variáveis idade ($p = 0,010$), hospital ($p < 0,001$), tipo de vínculo ($p < 0,001$), tempo de experiência no hospital ($p = 0,010$) e na unidade ($p = 0,017$) apresentaram relação com a exaustão emocional. Sexo ($p = 0,013$) e tempo de experiência no hospital ($p = 0,007$) e na unidade ($p = 0,020$) foram relacionados à despersonalização. O sentimento de realização pessoal foi melhor entre os profissionais que trabalhavam no hospital certificado ($p < 0,001$), no turno diurno ($p = 0,049$), possuíam vínculo estatutário ($p < 0,001$) e eram mais velhos ($p = 0,023$) (Dutra HS, Gomes PAL, Garcia RN, Oliveira HC, Freitas SC, Guirardello EB., 2019)

O Hospital de Força Aérea de Brasília-HFAB, que é dirigido por uma Médica Coronel, possui um quadro funcional com 341 profissionais de nível superior na área de atendimento médico, sendo 77 médicos, 68 enfermeiros, militares, de ambos os sexos, que conseguem atender uma média diária de 120 idosos para diversas atividades e, desde o início da pandemia, uma média diária de 40 pessoas para triagem além das outras atividades distribuídas entre as demais atividades complementares. A carga horária é de 30h semanais para a equipe de saúde, mas todos fazem plantões nas mais diversas áreas, sendo em média 02 plantões de 12h semanais, além do cumprimento de expediente após o plantão.

Somente a carga horária de trabalho a que os médicos e enfermeiros são submetidos no HFAB são suficientes para provocar vários níveis de estresse, entretanto essa situação tornou-se mais complicada com a pandemia de COVID-19, o qual foi dramático em todo o mundo (DUARTE et al, 2020), pois desencadeou várias demandas, como aumento da carga de trabalho, medo de ser infectado e se tornar potenciais propagadores da doença dentro das próprias famílias, ajustes frequentes de

protocolos clínicos e aumento das demandas emocionais na prestação de cuidados a pacientes críticos (BABAMIRI & ALIPOUR, 2020; BARELLO & GRAFFIGNA, 2020).

Essa situação desafiadora ampliou os estressores nos sistemas de saúde em todo o mundo, e os níveis de burnout entre os profissionais de saúde em resposta a demandas cada vez mais estressantes foram documentados como alarmantes (DUARTE et al, 2020; BABAMIRI & ALIPOUR, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020). A esse respeito, recente revisão da literatura descreveu que mais de um PS em cada quatro apresentava ansiedade, depressão e burnout (RAJKUMAR, 2020). Além disso, foi observado que enfermeiras, profissionais de saúde da linha de frente, equipe médica mais jovem e trabalhadores em áreas com taxas de infecção mais altas relataram níveis mais elevados de resultados de saúde mental desfavoráveis (VIZHEH et al, 2020). Ademais, um aumento na taxa de problemas de sono e angústia por profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 foi detectado como associado a angústia emocional (MULLER et al, 2020).

Deste modo, considerando a relevância do cuidado na linha de urgência e emergência da saúde dos trabalhadores desta área, este estudo se propôs a investigar a relação entre o Burnout, estresse e as variáveis mediadoras entre os médicos e enfermeiros que atuam no Hospital de Força Aérea de Brasília-HFAB.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Verificar a relação entre qualidade de vida no trabalho, características pessoais – dados sociodemográficas e traços de personalidade – e vulnerabilidade ao estresse e o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos e enfermeiros militares do Hospital da Força Aérea de Brasília.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar e analisar os níveis de Qualidade de Vida no Trabalho (parâmetro contextual) e sua relação com Burnout, traços de personalidade (parâmetros individuais), fatores de estresse e dimensões da Síndrome de *Burnout*;
- Levantar dados sociodemográficos da amostra de pesquisa;
- Avaliar, por meio de instrumento específico, a qualidade de vida no trabalho dos militares médico e enfermeiro e sua relação com o *Burnout*;
- Avaliar, por meio de modelo específico, traços de personalidade de médicos e de enfermeiros e sua relação com o *Burnout*;
- Avaliar, por meio de instrumento adequado, o desenvolvimento de estresse e sua relação com o *Burnout* em médicos e enfermeiros;
- Correlacionar, estatisticamente, os resultados entre qualidade de vida no trabalho, características pessoais, estresse laboral e dimensões da Síndrome de *Burnout*.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Entre os fatores que predizem a Síndrome de *Burnout* (foco deste estudo), há os contextuais e os pessoais. Em relação aos primeiros, são objeto de observação crítica (entre outros) a sociabilidade nos ambientes de cuidados da saúde e o equilíbrio nas relações respeitadas e de civilidades nesse ambiente. “A estrutura do local de trabalho e seu funcionamento moldam a forma como as pessoas interagem umas com as outras e como eles realizam seus trabalhos” (MASLACH; LEITER, 2016, p. 1). Quanto aos segundos, “teorias modernas da personalidade sugerem que disposições individuais afetam a interpretação e as reações do indivíduo a seus ambientes”, dependendo da forma como ele codifica mentalmente suas respostas ao trabalho contínuo (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 489). Sendo assim, estabelece-se uma relação entre ambos da qual podem sobrevir positivamente a adaptação do empregado às condições laborais e, negativamente, o estresse.

Esse ponto tem desencadeado pesquisas envolvendo a interação do trabalhador com seu ambiente de trabalho. Embora ainda não consensual, fatores de risco em três categorias foram relacionados ao *Burnout*: sociodemográficos, psicológicos e laborais (RIONDA et al., 2021). Os fatores associados ao *Burnout* se referem às áreas física, psicológica, social e técnica (LIMA et al., 2021). Esses conjunto de fatores correspondem aos contextuais e aos pessoais acima citados, e resultados têm demonstrado que vários aspectos dessa interação podem contribuir para diminuir a qualidade de vida no trabalho.

Dessa forma, na busca de investigar o desencadeamento do *Burnout*, faz sentido conhecer aspectos daqueles fatores contextuais, que podem ser simplificados na qualidade de vida no trabalho, e dos fatores pessoais, relativos a capacidades e condições individuais, observadas em traços de personalidade.

3.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A proposta de construção de um conceito de formação e de desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho parte da noção de “homem como um pessoa

independente e criativa que pode realizar melhor suas habilidades em condições favoráveis no local de trabalho”(LILIY et al., 2015). Possivelmente, noções como essa e razões similares fazem com que, de início, a qualidade de vida do trabalhador seja observada no contexto de sua qualidade de vida pessoal, levando áreas como a saúde em geral, a psicologia, a economia, a administração e outras a se interessarem pelo assunto (TEIXEIRA et al., 2009).

Embora a qualidade de vida no trabalho seja investigada do ponto de vista das atividades laborais, cada vez mais se chega ao entendimento de que seu exame não se limita à avaliação das atividades laborais em si mesmas no momento de sua realização, nem no local. Ela envolve diversos aspectos constituintes da vida das pessoas, como: satisfação pessoal, oportunidade de crescimento, relacionamento familiar e outros. Isso porque “a vida não pode ser compartimentalizada de forma estanque [...], todas as dimensões se interligam e influenciam-se reciprocamente, respondendo em conjunto pela qualidade de vida” (TEIXEIRA et al., 2009, p.3). O desenvolvimento deste trabalho se dá nessa perspectiva.

Iniciando então pela compreensão da qualidade de vida, ante a ausência de um entendimento universalmente reconhecido, o *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Group*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu qualidade de vida como “as percepções dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito amplo, lastreado principalmente em questões subjetivas. Ele traz implícitos aspectos psicológicos (“expectativas, padrões e preocupações”), de relações sociais e de independência (“posição na vida”), crenças (“sistemas de valores”) e de saúde física (como condição de experienciar e de perceber o experienciado). Por isso, a qualidade de vida não pode ser confundida simplesmente com bem-estar e com estilo de vida ou termos similares com os quais possa estar relacionada. Também não pode ser vista só como questão de saúde (OMS/WHOQOL, 2012, p. 11), até porque a própria OMS, em 1948, definiu saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, ou seja, a própria visão de saúde já encampa outras perspectivas, não se resumindo aos biológico e psicológico.

Ainda sobre isso, as definições de qualidade de vida na literatura específica são muito gerais e se apresentam ora dentro dessa generalidade, ora divididas em elementos que a compõem. Esses, em conjunto, aproximam-se dessa noção geral sempre dentro da área de interesse no momento (psicologia, administração ou outra). Dessa forma, qualidade de vida é sinônimo de saúde, de satisfação pessoal, de felicidade, de condições de vida e de vários outros aspectos e é avaliada por meio de indicadores que englobam desde questões culturais até nível de renda e preocupações (PEREIRA et al, 2012). Assim, da mesma forma que as articulações do homem no respectivo contexto e no mundo laboral são aspectos que implicam olhares e perspectivas distintas, levam também e, conseqüentemente, a distintas análises também (DIAS et al., 2019), como as propostas neste estudo.

De modo geral, as pesquisas sobre qualidade de vida envolvem quatro áreas principais: biomédica, psicológica, econômica e geral ou holística. A abordagem biomédica concentra-se mais na relação entre o que a saúde pode contribuir para a vida social e o que os aspectos sociais podem contribuir para a qualidade de vida, visando ao alcance da saúde em seus determinantes como um todo, bem além da assistência médica. A abordagem psicológica visa identificar as reações dos sujeitos às contingências da vida, desde suas experiências diretas. O fato de essa abordagem considerar só o “aspecto subjetivo à pessoa, desconsiderando o contexto ambiental em que está inserida, é a principal limitação dessa linha de pensamento”. A abordagem econômica demonstra o peso de aspectos sociais externos, como renda, formação instrucional, moradia e outros, considerados em ampla escala; logo, tem uma visão socioeconômica. E a abordagem geral ou holística se baseia no pressuposto de que a qualidade de vida “é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar” (PEREIRA et al., 2012, p. 243).

Em termos de qualidade de vida em geral, este trabalho tem como escopo essa abordagem holística, porque sua perspectiva é multidimensional e considera a complexidade e a dinâmica envolvidas nas articulações do homem em sua vida pessoal e dessa com o trabalho. Considera características pessoais, como interesses e valores

que obviamente têm repercussão no ambiente laboral, seja pela realização profissional, seja pelo que norteia essa realização – ambos associados a fatores envolvidos no objetivo desta pesquisa –, seja porque a própria abordagem médica, conforme sua literatura registra, associa significados como saúde e funcionamento social ao que a qualidade de vida representa, como explicam Pereira et al. (2012).

Já sobre a qualidade de vida no trabalho, tendências de desenvolvimento da sociedade moderna

determinam o contínuo interesse pelo problema da qualidade de vida no trabalho. Contudo, apesar da extensa discussão e estudo do assunto, não há um entendimento comum dos fatores que influenciam a formação e o desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho. Em si, o processo de análise da qualidade de vida profissional [...] em condições modernas é muito difícil, tanto quanto definir as tendências-chave que o influenciam (LILY et al., 2015, p. 2412).

Na visão do trabalhador, a qualidade de vida no trabalho é expressada por meio das representações globais (como o contexto da empresa) e especiais (como as condições de trabalho), construídas pelos trabalhadores. Esse conjunto deve indicar a prevalência de experiências de bem-estar laboral com reconhecimento institucional, com probabilidade de ascensão profissional e com respeito aos traços e características individuais (FERREIRA, 2011).

Porém, pesquisadores da qualidade de vida no trabalho indicam que o problema mesmo é “o nível de satisfação do trabalhador”. É que ele trabalha em organizações com atividades reguladas por normas previamente estabelecidas com base em relações sociais, relações de trabalho, riscos e incertezas (LILY et al., 2015). Esses autores trouxeram a contraparte da visão da qualidade de vida do trabalhador, que é a condição ofertada pelo empregador.

Desse ponto de vista, a qualidade de vida no trabalho diz respeito às ações e às decisões “que um empregador faz, em conjunto com seu colaborador, para contribuir para a melhoria da vida dos trabalhadores e de seu ambiente laboral”. Essas decisões envolvem um conjunto harmônico de ações, cujos efeitos são tangíveis e intangíveis, explícitos e implícitos, voltados para criar o ambiente adequado ao desenvolvimento das atividades pelo trabalhador. A combinação dessas ações, por sua vez, exige gestões que contrabalancem os distintos fatores ambientais, a exemplo dos físicos, dos tecnológicos e dos sociopsicológicos que podem influenciar a cultura ambiental e alterar

o respectivo clima, atingindo os trabalhadores. Isso, sem perder de vista as aspirações do trabalhador, aspecto importante para a humanização do trabalho e para a responsabilidade social da empresa (KLEIN et al., 2019).

Em síntese, enquanto do ponto de vista do empregado a qualidade de vida no trabalho diz respeito à autopercepção de como ele se encontra em relação ao contexto cultural e de valores (OMS, 2012), do ponto de vista das empresas, essa qualidade pode ser definida também “como a busca pelo bem-estar e pela saúde física e mental do trabalhador no desempenho das suas funções” (KLEIN e cols., 2019, p.4). Mas não se pode desvincular o interesse de um do interesse do outro.

Entre as visões da qualidade de vida por parte do empregado e por parte do empregador, é importante considerar de que trabalho se está falando, porque cada um, em seu âmbito e a seu modo, por seu caráter e natureza, pode oferecer condições diferentes. E na avaliação da qualidade de vida no trabalho, alguns fatores podem estar ligados ao espaço de vida particular e ao espaço propiciado pela própria atividade, ao desenvolvimento de aptidões, à saúde, salário, segurança, crescimento profissional, autonomia e condições físicas de trabalho. Esses fatores, se favoráveis ao trabalhador, podem reduzir o risco de doenças ocupacionais (TIMOSSI, 2010).

A associação entre espaço de vida particular e espaço propiciado pela atividade laboral pode ser melhor visualizada por meio da classificação dos tipos de trabalho, cujos referenciais sugerem onde aquela relação pode se situar na prática. O trabalho é classificado com base: na dimensão do poder (proprietários, presidente, diretor, gerente, supervisor ou subordinado); na natureza do trabalho (profissões e ocupações); pelo modo de contrato (formal ou informal); na natureza do contrato (público, privado ou autônomo); na complexidade das atividades (burocrática, braçal ou intelectual); no grau da ocupação (inferior, médio ou superior); no nível econômico (“muito baixo, baixo médio, médio alto, alto ou muito alto”); na finalidade (doméstico, remunerado ou voluntário” (AREIAS; COMANDULE, 2006, p. 199).

Neste estudo, fala-se do trabalho de médicos e de enfermeiros de hospital do governo, atividades que, por essa classificação, constituem profissão, subordinada, formal, pública, superior e de remuneração média alta ou alta. Pode-se ver que as duas

atividades enfocadas não se encaixam na classificação quanto à complexidade, talvez porque resultem de uma práxis, ou seja, do conhecimento aplicado à prática em área essencial. Ao mesmo tempo, por se tratar de profissionais de um hospital militar, não se pode deixar de considerar o aspecto burocrático inerente à instituição, na qualidade de órgão ligado ao Poder Executivo federal, e a sua cultura, de predominância autocrática quanto ao cumprimento de deveres e valores, porque fundada em princípios de hierarquia e disciplina.

Características institucionais e culturais do ambiente militar acrescentam traços diferenciados à qualidade de vida no trabalho, uma vez que o trabalhador militar vem de uma cultura pessoal, familiar e social regida por padrões comuns à sociedade como um todo. Nesse caso, teoricamente, entende-se que, no ambiente laboral militar, embora se vise a uma cultura corporativa uniforme, podem ser desenvolvidas “subsequentes camadas culturais adjacentes, decorrentes dessa interação”, as quais nem sempre são de fácil assimilação. Pode até haver graves choques de expectativas nos inter-relacionamentos operacionais (MARRAS, 2012, p.37).

As pessoas não respondem simplesmente ao ambiente de trabalho; em vez disso, eles trazem qualidades únicas para o relacionamento. Esses fatores pessoais incluem variáveis demográficas (como idade ou educação formal), características de personalidade duradouras e relacionadas com o trabalho atitudes (MASLACH et al., 2001, p.409).

Em assim sendo, “Os profissionais deverão assimilar valores, comportamentos desejáveis e conhecer as principais normas [...] bem como o seu modelo ou estilo de gestão [...]” (MARRAS, 2012, p. 37, 38).

No quadro 1, encontram-se exemplos dos valores e deveres dos militares no exercício de sua profissão:

Quadro 1- Referenciais, conceitos indissociáveis e convergentes das instituições militares

Valores (influenciam a conduta dos integrantes)	Deveres (unem o militar à pátria e instituição)	Ética (padrão das ações)
Patriotismo	Coragem	Sentimento de dever
Civismo	Dever	Honra pessoal
Fé na missão	Disciplina	Pundonor militar
Amor à profissão	Hierarquia	Decoro da classe
Espírito de corpo	Lealdade	
Aprimoramento técnico/profissional	Probidade	

	Patriotismo	
--	-------------	--

Fonte: *Vade mecum* de Cerimonial Militar do Exército (2002)

Na cultura militar, esses itens são considerados “conceitos indissociáveis, convergentes e que se complementam para a obtenção de objetivos individuais e institucionais” (VADE MECUM, 2002, p. 5). E como ocorre em qualquer instituição empresarial, seus valores e normas terminam conduzindo o comportamento cotidiano dos empregados em seus arranjos internos e externos. Mas tais arranjos “podem ser suscetíveis a turbulências no envolvimento interpessoal [...] (e institucional) inclusive pelas diferenças dos respectivos contratos psicológicos, em especial, quando há [...] força do modelo adotado” (MARRAS, 2012, p. 38), como é o caso da cultura do ambiente militar em geral. Ressalte-se que referenciais como os citados no quadro também integram em maior ou menor grau a cultura da sociedade em geral, porém são absorvidos informalmente e direcionados a objetivos outros. “A estrutura sobre a qual se ergue o pensamento comum se caracteriza como [...] informal, [...] flexível, determinada pelo caráter espontâneo e prático por parte dos indivíduos nos atos de fala e ações sociais no dia a dia” (ALEXANDRE, 2000, p. 164).

Ainda em relação a médicos e a enfermeiros, profissionais de ambiente hospitalar militar, além da qualidade de vida no trabalho atrelada às particularidades da cultura militar, há características inerentes às respectivas atividades, principalmente quando desempenhadas em hospitais.

As características da organização do trabalho hospitalar com seus múltiplos níveis de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência de atividades, entre outros, está diretamente relacionada ao aparecimento de conflitos, que também geram estresse (MARCITELLI, 2011, p. 223).

O ambiente hospitalar é considerado insalubre por si só, pelos tipos de serviço que presta à saúde das pessoas. Suas características são peculiares aos serviços que presta e têm por base os princípios de recuperação e de manutenção da saúde, conseqüentemente, a própria vida (PIZZOLI, 2005). O cumprimento desses princípios, por sua vez, se insere em uma rede de relações que envolvem desde elementos materiais (equipamentos, medicamentos e mão de obra) até a forma de cuidado. Essencialmente, enfatiza-se a natureza relacional desse cuidado, voltado para a

pessoa que é única em sua forma de ser e de demonstrar suas dores (PEREIRA et al., 2011). Desse modo, inúmeros são os aspectos do ambiente que se caracteriza pela enfermidade, fazendo com que a equipe operacional de saúde se submeta geralmente “às situações geradas pelas atividades inerentes à função” (PIZZOLI, 2005, p. 1057). Somem-se a isso a exposição a cargas horárias por turnos e a exposição a agentes diversos de risco, entre outros fatores (DIAS et al., 2010).

Além disso, trabalhadores da área da saúde, de modo geral, têm em mente que primeiro é o realizar, depois, o pensar, aspectos que fazem a ambivalência das ideias e conhecimentos adquiridos pelo seu exercício, intelectualidade e por sua existência. A quebra e a dissociação do exercício profissional acionam efeitos econômicos, psicossociais e envolvem a vida destes colaboradores (RODRIGUES, 2011).

Como visto no panorama descrito, a qualidade de vida no trabalho perpassa a inter-relação entre fatores contextuais e pessoais, inter-relação essa que é demonstrada por meio de distintos modelos, de acordo com os elementos que a caracterizam e que são posteriormente categorizados. Alguns exemplos podem demonstrar a relação entre entendimentos da qualidade de vida no trabalho e os respectivos componentes:

Pizzoli (2005) avaliou a qualidade de vida no trabalho, especificamente a satisfação de enfermeiras em um hospital, por meio do modelo de avaliação de Walton (de 1973). Ele associa a qualidade de vida no trabalho à produtividade, baseando-se em fatores elementares simultâneos da realização de atividades e do ambiente laboral. Para Walton (apud REIS JÚNIOR, 2008, p. 36), qualidade de vida no trabalho é o “entendimento das aspirações humanas, calcado na humanização do trabalho e responsabilidade social da empresa que deve entender as necessidades e as aspirações de cada funcionário, através da organização do trabalho”. Pizzoli (2005) aplicou questões abrangendo as oito categorias conceituais que intervêm na qualidade de vida no trabalho conforme o modelo original, determinantes da satisfação: 1) compensação justa e adequada; 2) condições de trabalho; 3) oportunidade de uso e desenvolvimento de capacidades; 4) oportunidade de crescimento e segurança; 5) integração social no trabalho; 6) constitucionalismo; 7) trabalho e espaço total de vida;

8) relevância social da vida no trabalho. Deu-se um tratamento estatístico aos dados obtidos, por meio de uma análise descritiva com distribuição de frequência das variáveis.

Camargo et al. (2021) compararam as condições da qualidade de vida no trabalho em hospital, envolvendo funcionários da área administrativa e da área assistencial. Foi usado o modelo IA_QVT, instrumento de diagnóstico e de monitoramento da qualidade de vida no trabalho, para mapear a “percepção dos respondentes e a identificação de indicadores comportamentais, epidemiológicos e perceptivos” do construto avaliado. O IA_QVT foi elaborado e validado por Ferreira (2009, p.3), a partir do construto de qualidade de vida no trabalho como o conjunto de “representações que os trabalhadores manifestam sobre o contexto de produção no qual estão inseridos”, as quais se baseiam no contínuo entre um polo positivo (“sentimentos expressos de bem-estar no trabalho”) e um polo negativo (“sentimentos expressos de mal-estar no trabalho”). Camargo et al. (2021) aplicaram os 60 itens do IA_QVT, modelo original, distribuídos entre as categorias: 1) condições de trabalho (físicas, materiais, instrumentais e de suporte); 2) organização do trabalho (tempo, controle, tarefas, sobrecarga e prescrição); 3) relações socioprofissionais de trabalho (pares, chefias, comunicação, harmonia no ambiente e conflitos); 4) reconhecimento e crescimento profissional (no trabalho realizado e desenvolvimento profissional); 5) elo trabalho-vida social (instituição, trabalho e analogias com a vida social). Os dados foram avaliados com escala de gradação de 0 a 10 para obter as respectivas médias.

Castro Mendes e Toledo (2018) investigaram a percepção da qualidade de vida no trabalho e sua relação com o *Burnout* em uma equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Foi aplicado o modelo *Quality of Working Life Questionnaire* (QWLQ–bref), versão simplificada, desenvolvido e validado por Cheremeta et al. (2011). O QWLQ–bref é um instrumento abreviado do QWLQ-78, elaborado por Reis Júnior em 2008. Para Cheremeta et al. (2011, p. 3), a qualidade de vida no trabalho pode ser compreendida como “um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho”. Esse construto é “estritamente ligado à satisfação dos trabalhadores” quanto à produtividade em ambiente seguro, às oportunidades de aprendizagem e de treinamento e a equipamentos que auxiliem a realização das atividades, ou seja,

engloba aspectos da qualidade física e da qualidade mental do indivíduo no ambiente de trabalho, considerado como um desafio. O instrumento utilizado por Castro Mendes e Toledo (2018) foi composto por 20 itens – o original de Cheremeta et al. é composto de 26 itens –, distribuídos em quatro domínios: 1) físico/saúde, 2) psicológico, 3) pessoal e 4) profissional. As questões foram avaliadas por meio de uma escala no formato Likert. No quadro 2, apresenta-se uma síntese comparativa dos modelos citados:

Quadro 2 - Síntese comparativa de modelos de avaliação da qualidade de vida no trabalho

Modelos	Bases	Categorias de análise
QVT Walton (1973)	entende as aspirações do trabalhador com base na humanização do trabalho e responsabilidade social da empresa	compensação justa; condições de trabalho; uso de capacidades; crescimento e segurança; integração social; trabalho e espaço de vida; relevância social do trabalho.
IA_QVT Ferreira (2009)	considera as representações do trabalhador sobre o contexto de produção, bases positivas e negativa.	condições de trabalho; relações socioprofissionais; reconhecimento e crescimento profissional; elo trabalho-vida social.
QWLQ-brief Cheremeta et al. (2011)	indica a “qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho”.	físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base na literatura

A comparação entre os modelos referidos acima mostrou que o QWLQ-brief (utilizado em várias outras pesquisas na área da saúde) é o único que se refere aos domínios psicológico e pessoal de forma objetiva. Os demais os deixam implícitos nos domínios referentes ao espaço da vida e à relação trabalho-vida.

O domínio psicológico também é importante para o contexto do tema tratado nesta pesquisa, porque o esgotamento decorrente do trabalho “é uma síndrome psicológica que envolve estressores emocionais e interpessoais [...] que os indivíduos experimentam no ambiente laboral, em suas respostas às tarefas, à organização do trabalho, aos colegas, aos clientes e a si próprios” (SWIDER; ZIMMERMANN, 2010, p.487). Sendo assim, aspectos individuais, como fatores da personalidade, devem ser investigados em síndromes que decorrem da relação entre indivíduos e trabalho. Isso porque, em analogia ao que disseram Teixeira et al. (2009) anteriormente, o sujeito não pode ser compartimentalizado.

3.2 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E TRABALHO

Consideram-se características pessoais, para efeito deste trabalho, dados sociodemográficos, relativamente a condições biológicas e sociais do trabalhador, e traços de personalidade, referentes à forma como cada pessoa desenvolve seu modo de ver o mundo e de reagir às adversidades, entre outros aspectos.

Em sua relação com o trabalho, variáveis sociodemográficas (idade, sexo, formação e outros) podem ser significativas no que diz respeito à capacidade funcional para o trabalho (LENARDT et al., 2013), tanto do ponto de vista fisiológico, saúde *versus* adaptação aos modelos de trabalho, como do social, experiência *versus* recursos pessoais para enfrentamento de demandas (SANTOS, 2012; COSTA, 2018; CARLOTTO, 2011).

Entre as características pessoais podem estar, entre outras: a idade do sujeito, tempo de experiência na profissão – “Parece que com o passar dos anos, mais segurança nas tarefas e menos vulnerabilidade ao estresse do trabalho são adquiridas”; sexo e variáveis familiares. No que tange a essas, afirmou-se que “as mulheres lidam melhor do que os homens com situações de conflito no trabalho”. Mas também foi dito que elas vão engrossar as fileiras dos profissionais acometidos pelo Burnout, haja vista sua superabundância de trabalho, enfrentamento das atividades laborais externas e das tarefas domésticas (GALLEGO; RIOS, 1991, p. 261) Esses autores se referiram, respectivamente, a Maslach e Jackson Freudemberg.

Também as características da personalidade também podem ser significativas nessa relação, porque dizem respeito aos padrões de atitude e de comportamento do sujeito, os quais o diferem de outro e são estáveis na maioria das vezes (SILVA; NAKANO, 2011). O construto “personalidade” é visto como como uma forma de organização dos sistemas psicofísicos, cuja dinâmica determina a forma de o sujeito se ajustar ao ambiente (CARVALHO et al., 2017). Essa dinâmica é representada pela interação entre as forças pulsionais e as forças restritivas, e os conflitos de personalidade têm origem na oposição entre essas. Tal dinâmica é regida, em grande medida, pela necessidade de gratificação das necessidades por meio de trocas com o ambiente externo que “provê o organismo faminto com alimento, e o sedento, com

água”. Esse ambiente também tem o papel de moldar a personalidade, já que, ainda que satisfaça em muito, com seus perigos e inseguranças, ele pode produzir ameaças (HALL et al., 2000, p. 60).

Por seu turno, a citada organização é associada aos traços que compõem a personalidade, os quais são compreendidos como estruturas do neuropsiquismo, capazes de incorporar estímulos que se equivalem funcionalmente, de iniciar e de orientar comportamentos (CARVALHO et al., 2017).

Os traços de personalidade seriam características psicológicas que representam tendências relativamente estáveis na forma de pensar, sentir e atuar com as pessoas, caracterizando, contudo, possibilidades de mudanças, como produto das interações das pessoas com seu meio social [...] os traços podem sofrer influência de aspectos motivacionais, afetivos, comportamentais e atitudinais. [...] Os traços de personalidade podem ser usados para resumir, prever e explicar a conduta de um indivíduo, de forma a indicar que a explicação para o comportamento da pessoa será encontrada nela, e não na situação, sugerindo, assim, algum tipo de processo ou mecanismo interno que produza o comportamento. Embora considerados parte constante, devido ao fato de representarem uma tendência [...] os traços não são imutáveis [...] (SILVA; NAKANO, 2011, p. 3).

Traços de personalidade representam, pois, traços pessoais que podem funcionar como recurso (fatores) em determinadas demandas, como as do trabalho. Essas englobam aspectos psicológicos, sociais, fisiológicos e organizacionais que exigem do trabalhador suporte emocional, cognitivo e físico (esforço e habilidades), o que geralmente implica custos psicológicos (BOSTJANCIC et al., 2015).

Pelo fato de “recursos pessoais serem despendidos para atender as demandas de trabalho”, os trabalhadores se “sentem recompensados internamente quando percebem que seu trabalho é significativo”, que têm domínio sobre ele (especialmente se desafiados), que são respeitados por isso e que “se conectam com outras pessoas no trabalho” (THE ACADEMIES PRESS, 2019, p. 102).

Diferentemente, experiências (negativas) podem prejudicar o desempenho pessoal e social do trabalhador no ambiente laboral e acarretar custos reais não só para ele, mas também para pessoas em torno dele, que são afetadas de alguma forma, e “para a organização como um todo” (LEITER; MASLACH, 2015, p. 92). As causas para isso podem estar em características da personalidade, a exemplo da autoestima centrada no desempenho frente um controle externo, fazendo com que os

trabalhadores se empenhem para alcançar objetivos muito exigentes (BOSTJANCIC et al., 2015).

Numa perspectiva ampla, a associação entre as características de personalidade/traços e os resultados do desempenho no trabalho se baseia no entendimento de que as demandas gerais do trabalho abalam mais os aspectos emocionais do que demandas específicas pessoais. Isso porque as tensões daquelas demandas decorrem do desequilíbrio entre o que elas exigem em si mesmas e os recursos de que os trabalhadores dispõem para seu cumprimento (DEMEROUTI et al., 2001). A indisposição dos recursos por parte dos trabalhadores tanto pode ser momentânea, devido a alguma causa/situação pessoal passageira, como duradoura ou definitiva, causada por algum traço de personalidade, lembrando que as demandas podem envolver fatores sobre os quais o trabalhador não tem controle.

Mais especificamente, entender a relação entre recursos pessoais necessários ao suprimento das exigências e demandas laborais requer que se analisem as incompatibilidades entre o lado humano envolvido nas atividades laborais e suas fontes e a natureza das atividades. “[...] incompatibilidades podem ocorrer quando os fatores estressores são superiores à capacidade de resposta do indivíduo uma vez que suas estratégias [...] podem não ser suficientes para o enfrentamento do estresse” (PORTO, 2019, p. 71), principalmente o laboral.

Nessa perspectiva, pesquisas sobre os traços psicológicos/recursos pessoais têm avançado bastante e sua relação com o desenvolvimento trabalho tem levado ao surgimento de modelos explicativos nesse sentido. Um dos muitos citados é o conhecido modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), oriundo de estudos da linguagem natural – porque a avaliação da personalidade se faz diretamente por essa linguagem; porque todas as culturas têm seus próprios termos para descrever características individuais; porque, diferente dos traços físicos, visíveis, os traços de personalidade são abstrações impossíveis de se medir diretamente; porque os descritores dos traços devem ter sentido universal e devem ser identificados em padrões complexos de comportamento aberto e não aberto (MCCRAE; COSTA JR., 1997) – e de estudos analíticos fatoriais, realizados desde 1943, de consenso “duramente conquistado” e ainda não considerado perfeito (CUPERMAN; IKES, 2009).

Em sentido estrito, o modelo CGF da personalidade representa uma “generalização empírica” da covariação de traços da personalidade. Se o escopo das escalas de mensuração for amplo, os domínios da personalidade descritos ficam praticamente englobados pelos cinco fatores. Esse modelo não representa uma “teoria da personalidade”¹, mas implica a adoção de princípios básicos da teoria dos traços, segundo a qual os indivíduos podem ser caracterizados segundo padrões de pensamentos, por seus sentimentos e por ações duradouras. Esses traços podem ser mensurados quantitativamente e demonstram uma certa consistência entre as situações que aborda. Eles podem ser identificados em adjetivos atribuídos aos traços por meio de autorretalos, de questionários que mensurem necessidades e motivações e de questionários para avaliações específicas. Cada fator contém traços comuns a sua categoria, os quais foram identificados em conjuntos amplos de traços ou facetas (MCCRAE; COSTA, 1999).

Os fatores desse modelo CGF são comumente denominados: 1) extroversão (*versus* introversão); 2) abertura a experiências, ao intelecto ou cultura; 3) afabilidade (*versus* antagonismo); 4) conscienciosidade ou vontade de realizar; 5) neuroticismo (*versus* instabilidade emocional) (MCCRAE; COSTA JR, 1999). Diferente dos demais, esse último é apresentado pelo oposto negativo.

Os itens definidores desses fatores correspondem, de forma ampla, aos constantes em várias escalas ou são semelhantes aos de outras: 1) extroversão – sentimento gregário, estímulo social e preferência por companhia e as características de adaptação: várias amizades, esportividade, habilidades sociais; 2) abertura a experiências, ao intelecto ou cultura – ações e necessidade de variar e as características de adaptação: interesse por viagens, diferentes *hobbies*, interesses vocacionais distintos, compartilhamento de prazeres diversos; 3) afabilidade – sentimento de conformidade, vontade de cooperação e de evitar conflitos e as características de adaptação: crença na cooperação, linguagem cuidadosa, reputação de pessoa simples; 4) conscienciosidade ou vontade de realizar – esforço de realização, forte senso em propostas e as características de adaptação: habilidades de liderança, planos de longo prazo, organização para trabalho conjunto e experiência em

¹ Apesar dessa distinção, o título do artigo em referência é *A five-factor theory of personality*.

tecnologia; 5) neuroticismo – tendência a efeitos disfóricos, adoecimentos, falta de esperança e as características de adaptação: crenças perfeccionistas irracionais, atitudes pessimistas, baixa autoestima (MCCRAE; COSTA, 1999). Um dos focos de interesse dos estudos desses fatores é investigar como eles se manifestam nas interações, havendo mais correlação de uns entre si do que com outros, de maneira geral (CUPERMAN; IKES, 2009).

Apesar de poder ser aplicado a várias áreas do trabalho e de ter sido replicado em várias culturas no mundo, esse modelo recebe críticas tanto pela quantidade de fatores (poderiam ser mais de cinco ou menos), quanto pelas respectivas denominações (HUTZ; NUNES, 2001). Mas há consenso quanto a seus conteúdos (SILVA; NAKAHO, 2011).

Outro modelo bastante conhecido é Demanda de Trabalho-Recursos (JD-R), formato publicado como uma “tentativa de compreender os antecedentes do *Burnout*” (SCHAUFERI; TARIS, 2014, p. 44). Tem origem em meta-análises e manuais de trabalho da década de 90 (século XX), com base nos quais Demerouti et al. (2001, p. 501) definiram demandas laborais como “aspectos físicos, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem esforço físico ou mental sustentado e, portanto, estão associados a certos custos fisiológicos e psicológicos”. É quando sob a influência de estressores ambientais, os indivíduos desenvolvem estratégias de proteção, e o desempenho requer aumento do esforço pessoal (controle ativo no processamento de informações); quanto maior for o esforço, maior será o custo fisiológico. Nesse modelo, os estressores correspondem às demandas do trabalho (DEMEROUTI et al., 2001). São exemplos de demandas que atingem o empregado em diferentes áreas: levantamentos de peso, sobrecarga de trabalho, conflito interpessoal e insegurança (SCHAUFELI; TARIS, 2014).

Também foi introduzido nesse contexto a noção de engajamento no trabalho, considerando que “no engajamento, as pessoas empregam e se expressam física, cognitiva e emocionalmente” para desempenhar suas atividades. Empregados engajados se esforçam mais porque se identificam com o trabalho. Mas há uma relação dialética entre dirigir as próprias energias na realização das atividades, e essas atividades permitirem a expressão dessa energia (BAKKER et al., 2014, p. 391).

Considerando que o comportamento humano pode resultar da interação entre pessoa e fatores do ambiente, o modelo JD-R permite acrescentar características individuais ou recursos pessoais às avaliações. Tal como os recursos laborais, os recursos pessoais são funcionais no que tange ao alcance de objetivos, ao estímulo ao desenvolvimento e crescimento pessoal. “Recursos pessoais são recursos psicológicos, características ou aspectos do *self* que geralmente estão associados à resiliência e se referem à capacidade de controlar e impactar o meio ambiente com sucesso” (SCHAUFELI; TARIS, 2014, p. 49).

Os recursos pessoais que podem ser incorporados ao modelo JD-R foram categorizados em cinco perspectivas: 1) os que afetam o bem-estar diretamente, como autoeficácia, otimismo e autoestima, que funcionam em reciprocidade com o engajamento, próximos aos recursos controle, *feedback* e oportunidades de desenvolvimento no trabalho; 2) os que “moderam a relação entre as características do trabalho e as do bem-estar”, como a motivação, que pode minimizar os efeitos negativos do trabalho e ampliar os positivos; 3) os que intermedeiam a relação das características do trabalho com o bem-estar, como autoconfiança, resiliência, competência, autonomia e pertencimento (considerados “capital psicológico”), que funcionam sobre a crença na eficácia; 4) os que influenciam a autopercepção das características laborais, como a autoeficácia, o controle e um nível baixo de neuroticismo, os quais impactam a satisfação e o desempenho laboral; 5) os que “atuam como ‘terceira variável’”, pelo fato de, por sua influência sobre as características laborais, poderem explicar a relação entre o bem-estar do empregado e o trabalho (SCHAUFELI; TARIS, 2014, p. 49,50).

Com a possibilidade de associação de outros elementos da personalidade a fatores situacionais – apesar de poucos estudos o fazerem –, dois traços de personalidade foram incorporados ao modelo JD-R em uma pesquisa: neuroticismo e extroversão. “Esses traços foram identificados como correlatos do bem-estar psicológico no local de trabalho e em configurações fora dele.” As hipóteses foram as de que o neuroticismo pode influenciar tanto direta como indiretamente tensões no trabalho, por meio da forma de perceber o ambiente laboral, e a extroversão pode influenciar, também direta ou indiretamente, o bem-estar ocupacional, por meio da

percepção das condições de trabalho. Os resultados corresponderam às hipóteses, respectivamente com mais relatos de demandas (sobrecarga e conflitos, por exemplo) e mais relatos de recursos de trabalho (segurança, confiança e outros)(BAKKER et al., 2010, p. 623).

Mas Schaufeli e Taris (2014) ressaltam que, embora se trate de achados importantes sobre a influência desses recursos pessoais no trabalho, o lugar que eles ocupam no modelo citado ainda não está claro, haja vista a ausência de estudos sistemáticos sobre seu papel e de comparações entre os respectivos conceitos. Esses achados também podem variar ou serem combinados diferentemente, conforme o tipo de trabalho, suas demandas e os resultados esperados. O modelo JD-R vem sendo utilizado para avaliar várias ocupações profissionais (BAKKER et al., 2010).

Uma síntese comparativa das características dos dois modelos citados são vistas no quadro 3:

Quadro 3 - Síntese comparativa de modelos de avaliação da persoliade

Modelos	Bases	Categorias de análise
CGF McCrae e Costa Jr. (1997; 1999)	Traços da personalidade	1) extroversão <i>versus</i> introversão; 2) abertura a experiências, ao intelecto ou cultura; 3) afabilidade <i>versus</i> antagonismo; 4) conscienciosidade ou vontade de realizar; 5) neuroticismo <i>versus</i> instabilidade emocional
JD-R Demerouti et al. (2001); Bakker et al. (2010; 2014)	Fatores organizacionais + possibilidade de integração de recursos pessoais	1) aspectos físicos, sociais e organizacionais do trabalho <i>versus</i> custos fisiológicos e psicológicos do trabalhador; 2) engajamento; 3) recursos pessoais conforme o caso

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base na literatura

Na descrição acima, vê-se que os traços de personalidade, como objeto de pesquisa, vêm se estendendo a modelos originalmente centrados em outros parâmetros, como o JD-R. Isso reforça a ideia da importância que eles estão ganhando em estudos que envolvem a qualidade de vida do trabalhador e, na continuidade, a Síndrome de *Burnout*.

O neuroticismo, um dos fundamentos do modelo CGF, também foi usado em uma pesquisa com o modelo JD-R (conforme escrito). Este estudo vai destacar esse traço da personalidade pelo fato de ele ser bastante relacionado ao desenvolvimento de *Burnout* e significativamente associado aos fatores da síndrome (COSTA, 2018).

3.2.1 O neuroticismo

Traços de personalidade estão associados à *self-rated health* ou autoavaliação de saúde, embora o que se sabe sobre a interação entre fatores de personalidade e condições de saúde ainda não seja suficiente (HENNING et al., 2021), se considerar a complexidade do assunto e a ausência de estudos longitudinais.

O neuroticismo (um desses traços), etiologicamente, tem origem em experiências que associam padrões emocionais a desconfortos psicológicos, daí decorrendo estilos de comportamento e de cognição que vão constituir diferenças individuais (HUTZ; NUNES, 2001).

O neuroticismo se caracteriza por um nível determinado e crônico de falta de ajustamento e de instabilidade emocional, por vulnerabilidades, baixa autoestima, hostilidades e impulsividade. Em níveis muito altos, ele se caracteriza pela excessiva ansiedade e por um conjunto de sintomas como: ideias dissociadas dos fatos, propensão ao sofrimento emocional, intolerância às frustrações, afetos negativos e respostas inadequadas às circunstâncias e a estratégias de adaptação (HUTZ; NUNES, 2001).

Relata-se que “indivíduos com altos níveis de neuroticismo apresentam [...] maior frequência sintomas de depressão e ansiedade [...] (e) dificuldades em analisar riscos potenciais em longo prazo”, o que “pode aumentar comportamentos de risco ligados ao suicídio”. O neuroticismo, “dentro do modelo dos Cinco Grandes Fatores, refere-se ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional” (TINOCO et al., 2011, p. 9).

Em linhas diversas de pesquisa, o neuroticismo tem sido relacionado a outros traços da personalidade, incluídos ou não no modelo CGF, de maneira direta ou cruzada, bem como a situações mais específicas para investigações variadas. Por exemplo: neuroticismo e conscienciosidade foram associados a indicadores de saúde física (limitações funcionais, dores e outros), comprovando-se uma relação de mais neuroticismo e menos conscienciosidade com níveis mais baixos de saúde física. Porém, o controle desses traços não moderou a mudança nos níveis de saúde. Em

conjunto, aqueles resultados são apenas evidências pouco fundamentadas da interação de fatores de personalidade com a saúde física. Por isso, são necessários estudos adicionais para testá-los e verificar a possibilidade de sua aplicação (HENNING et al., 2021).

O neuroticismo foi correlacionado ao perfeccionismo e à conscienciosidade como mediadores da personalidade em pesquisas sobre o *Burnout* em médicos e enfermeiros. O estudo, de cunho prospectivo, apontou “uma associação fraca, mas estatisticamente significativa, entre níveis mais elevados de neuroticismo e sintomas subsequentes de *Burnout* entre esses profissionais” (THE NATIONAL ACADEMIES, 2019, p. 105).

Do ponto de vista da saúde física, o neuroticismo – e a extroversão, em menos consistência – tem recebido atenção de pesquisadores como preditor de transtornos alimentares, com base em achados que relacionaram a baixa sociabilidade à bulimia nervosa. Buscou-se verificar a relação entre o maior grau de neuroticismo e a alimentação, comparativamente à mesma relação entre o nível mais baixo. Foi previsto que problemas alimentares patológicos estão associados exclusivamente ao alto nível de neuroticismo e, conseqüentemente, ao baixo nível de extroversão (MILLER et al., 2006).

De certa forma, os exemplos citados confirmam a insuficiência de informações relativas à interação entre fatores de personalidade e questões de saúde, referida por Henning et al. (2021). Entretanto, seus resultados, oriundos de evidências, mantêm como indicativo a necessidade de continuação das pesquisas nesse sentido. Inclusive, este trabalho se insere nesse contexto.

No geral, o argumento norteador dessas pesquisas é a noção de que os indivíduos codificam mentalmente, conforme suas expectativas e crenças, “suas reações afetivas e fisiológicas aos eventos”. Com isso, seus planos regulam suas tendências impulsivas, suas frustrações e medos. Essas codificações, chamadas de unidades cognitivas-afetivas, vão servir de “mediadoras para explicar a relação entre personalidade e comportamento” (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 489). Essa noção se aplica especificamente ao neuroticismo por sua predisposição à negatividade.

No área do trabalho, traços de personalidade/recursos pessoais influenciam a percepção das características do ambiente, porque moldam a forma como o trabalhador o entende e reage a ele. “A autoavaliação central do trabalhador – autoestima, autoeficácia generalizada, *locus* de controle e baixo neuroticismo em conjunto – vai determinar o modo como ele percebe sua relação com o trabalho”. Esse resultado vai impactar seu desempenho laboral e sua satisfação. Já os “recursos do trabalho medeiam a relação entre os recursos pessoais (autoeficácia, otimismo e autoestima baseada na organização) e o engajamento no trabalho” (forma física, emocional e cognitiva de desempenhar as atividades). Os recursos pessoais funcionam como uma “terceira variável” (prevista no modelo JD-R), porque podem explicar a relação entre bem-estar do trabalhador e características do trabalho (SCHAUFELI; TARIS, 2014, p. 50).

No ambiente laboral, o neuroticismo tem relação com o esgotamento do trabalho, porque desencadeia ansiedade, insegurança, depressão, medo e estados nervosos e “esses marcadores [...] se alinham com os componentes do Burnout” entre outros, por exemplo. Por isso, não é surpresa o fato de ser esse o traço da personalidade do CGF que tem recebido mais atenção dos estudiosos daquele assunto. Em alto nível, ele leva o trabalhador à concentração nos aspectos negativos das situações e à maior probabilidade de, posteriormente, ele elaborar só codificações negativas de determinada situação (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 489).

Especificamente, a depressão vem sendo estudada em relação a variáveis, como ansiedade e estresse laboral, pela relação importante dos problemas de saúde e de trabalho com a vida do trabalhador. Por sua vez, estudos de revisão apontam que fatores genéticos podem ter influência sobre a vulnerabilidade ao estresse. Entre as ligações que associam o estresse à depressão, encontra-se a ativação dos neurotransmissores serotonina e GABA que também têm influências sobre o desenvolvimento da ansiedade e colaboram com vários sintomas (BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

A propensão ao pessimismo e a instabilidade emocional dos trabalhadores com alto nível de neuroticismo dificultam o uso adequado de estratégias cotidianas para lidar com as distintas demandas no ambiente de trabalho. Assim, eles se tornam bem

suscetíveis ao sentimento de ineficácia e ao esgotamento. Além disso, “a natureza instável e dinâmica do cotidiano da maioria das organizações e empresas atuais aumenta as chances de conflitos no ambiente de trabalho” (COSTA, 2018, p. 32).

O neuroticismo em alto grau, no contato direto com o cotidiano de demandas laborais e pela situação de vulnerabilidade que acarreta, é fato desencadeante de estresse, e esse pode, “em consequência, culminar no desenvolvimento da síndrome” de *Burnout* (CAMPOS et al., 2015, p. 765).

Nesse contexto, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem uma categoria profissional que se caracteriza, na essência, pelos cuidados e pelas grandes cargas de trabalho, por seu contato direto com pacientes e familiares. Entre os fatores distintos que podem comprometer a saúde do trabalhador, o ambiente de trabalho é referido como causador de conflitos, sempre que o indivíduo se dá conta da grande lacuna entre os compromissos da profissão e seu sistema de vida (CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

3.3 ESTRESSE LABORAL

A relação entre o estresse laboral e as condições do estresse em geral é semelhante à da qualidade de vida do trabalhador e a da qualidade de vida em geral, ou seja, eles não podem ser vistos separadamente. O estresse representa alterações do estado fisiológico, e entender melhor suas características exige, de início, compreender como se dá essa alteração a partir de uma noção anterior a ela.

Fisiologistas do final do século XIX, início do século XX, descreveram a homeostase dos seres vivos como “a tendência de busca do estado de equilíbrio fisiológico do organismo, e a resposta de luta-ou-fuga [...] é a preparação do organismo para lutar ou fugir quando confrontado com uma situação de ameaça.” Essa resposta é demonstrada por meio de manifestações fisiológicas, como dilatação das pupilas, aceleração do ritmo respiratório e dos batimentos cardíacos, aumento da atividade glandular suprarrenal e “liberação de adrenalina”. Logo, o estresse seria “um distúrbio da homeostase do organismo” que se encontrava submetido a condições adversas. O

organismo, posto em alerta, mobiliza os recursos de que dispõe para reagir e enfrentar as ameaças ou para mobilizar com rapidez energias para a fuga.

Esse era um mecanismo natural, cuja função era agir para a sobrevivência. Posteriormente, o estresse foi associado a pacientes com distintas doenças, mas com vários sintomas comuns, como inapetência, fadiga, desânimo e hipertensão arterial, demonstrando um grande desgaste orgânico, ou seja, também “um esforço de adaptação empreendido pelo organismo para lidar com situações que afetam seu equilíbrio interno”(JUNQUEIRA, 2015, p. 2). “A reação ao estresse é uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas” (BVS, 2012, p. 1).

Ressalta-se, porém, que essa reação de adaptação não é associada somente a situações negativas, mas também a situações positivas, agradáveis. A questão tem relação com a necessidade de adaptação a mudanças, independentemente de sua qualidade (MALLAGRIS; FIORITO, 2006). Estudos desenvolvidos com animais demonstraram que as reações fisiológicas deles a estímulos intensos e variados foram as mesmas, ou seja, independentemente dos tipos ou da qualidade de estímulo, sua persistência vai causar as mesmas reações fisiológicas. A conclusão foi a de que se tratava de uma Síndrome de Adaptação Geral (SAG), “em que o organismo respondia com um conjunto de defesas contra os estímulos nocivos, constituindo-se o estresse em uma reação de alarme ao organismo” (JUNQUEIRA, 2015, p.3).

Outro ponto a se ressaltar é que, de modo geral, não são os eventos em si os desencadeadores do estresse, mas sim a interpretação que se faz deles. E a interpretação, por sua vez, depende das experiências individuais e dos traços pessoais, de personalidade (MALLAGRIS; FIORITO, 2006). Na vida pessoal, social, entre os eventos capazes de gerar estresse – chamados de estressores e definidos “qualquer agente capaz de proporcionar uma instabilidade na homeostase do indivíduo, sendo esta instabilidade positiva ou negativa, dependendo da avaliação do mesmo” (OLIVEIRA et al., 2015, p. 44) –, podem ser citados entre os mais comuns: casamento, mudança de emprego, dívidas financeiras, discussões familiares, férias, atividades escolares, perdas pessoais e outras dificuldades (JUNQUEIRA, 2012).

O estresse, como mecanismo de defesa, entre outros, promove dois tipos de alteração: primeiro, a baixa do sistema imunológico e, depois, a defesa do sistema, que

é o SAG (OLIVEIRA et al., 2015). A adaptação ao estresse se dá com a “acomodação posterior com relaxamento dessas alterações pela agressão continuada”, que ocorre nos quadros crônicos (ANDRADE, 2017, p. 528).

Nesse sentido, é importante tentar entender o contexto laboral do trabalhador e identificar os agentes estressores aí, como forma de determinar as respectivas susceptibilidades a eles. Cada trabalhador responde diferente a um mesmo estressor, conforme sua tolerância a ele. “Somente a associação e a manutenção de estressores serão capazes de conduzir o indivíduo ao estresse” (TAKAHASHI et al., 2014, p. 6).

A evolução do estresse ocorre em três etapas: alarme, resistência e exaustão. A primeira, alarme, acontece quando se dá o contato com os agentes agressores (BVS, 2012) e há elevação dos glicocorticoides, das catecolaminas (epinefrina e norepinefrina) e ativação do sistema nervoso simpático (ANDRADE, 2017). O principal efeito do estresse é sobre o hipotálamo-hipófise-adrenal, sistema de glândulas, que causa distúrbios nos níveis de cortisol e dos hormônios regulados por esse sistema, as catecolaminas (JAKOVLEJVIC et al., 2021). Surgem os sintomas: boca seca, mãos e /ou pés frios, suor, dores no estômago, tensão muscular nos ombros (por ex.), sensação de aperto na mandíbula, diarreia rápida (BVS, 2012) e “deslocamento da corrente sanguínea para os músculos esqueléticos”, sendo necessária a uma adaptação a esses estímulos para o organismo retornar a seu equilíbrio. Não havendo, o curso do estresse progride. Essa fase é chamada de “estresse positivo”, porque a produção da adrenalina termina por causar mais disposição e criatividade (OLIVEIRA et al., 2015).

Na segunda fase, resistência, o organismo tanto pode tentar se adaptar à situação como tentar eliminar o problema decorrente dela; o corpo tenta retornar ao equilíbrio. Os sintomas dessa fase são: mal-estar geral, formigamento em mãos e/ou pés, lapsos de memória, sensação constante de desgaste, alteração do apetite, surgimento de problemas na pele, hipertensão arterial, prolongada gastrite, tontura, excessiva sensibilidade e emotividade, excessiva irritabilidade e obsessão contra o agente estressor (BVS, 2012). Porém, há diferenças na forma como essas reações surgem, porque novos eventos podem se somar e o estresse vai continuar. É a fase de

maior vulnerabilidade”, na qual o sujeito se torna mais suscetível a afecções virais e bacterianas (OLIVEIRA et al., 2015).

Na terceira etapa, exaustão, aparecem comprometimentos físicos sob forma de doença, como prolongamento de sintomas da fase anterior, úlceras, impossibilidade de exercer atividades, apatia e outros (BVS, 2012). “Já foram esgotadas todas as tentativas de criação de mecanismos para enfrentar situações estressoras, ou seja, o organismo já foi levado ao seu esgotamento”. Inicia-se uma queda da imunidade psicológica e corporal, tornando o organismo mais vulnerável às doenças. Essa baixa é chamada de “distresse” ou cognição negativa vivenciada como estressora, acompanhada, conseqüentemente, de reações crônicas (OLIVEIRA et al., 2015).

Relativamente ao estresse laboral ou na situação de trabalho, os efeitos são os mesmos das condições particulares, e a adaptação se refere aos fatores estressores desse ambiente. Se, de um lado, é quase consenso que o estresse no trabalho decorre da interação do trabalhador com as condições laborais, de outro, há divergências quanto à importância das características de personalidade/traços do trabalhador, como causa principal do estresse laboral, em relação às condições de trabalho. Ao mesmo tempo, se essa importância não pode ser ignorada, evidências científicas indicam que determinadas condições laborais são estressantes para a maioria dos trabalhadores (NIOSH, 2021).

Traços como compulsão, culpa e abnegação (refletidas como negligência com o autocuidado) podem contribuir para o sucesso [...]. No entanto, eventualmente, eles se tornam prejudiciais. Alguns tipos de personalidade são fatores de risco para o estresse, como personalidades neuróticas. Indivíduos com este tipo de personalidade são geralmente nervosos, hipersensíveis, tensos, preocupados e têm baixa tolerância à frustração (CHAKR, 2021, p. 349).

No trabalho, o estresse aparece quando as exigências do ambiente são superiores à capacidade do trabalhador de enfrentá-las ou controlá-las. Pesquisas têm sido desenvolvidas visando compreender que condições têm mais impacto sobre o trabalhador e acarretam seu estresse e os conseqüentes transtornos que podem advir dele. “O estresse no trabalho causa o mais amplo efeito negativo na saúde mental do trabalhador. Pode causar desde violência no trabalho até comportamentos de uso de fumo, álcool, drogas, promiscuidade sexual [...]” (AREIAS; COMANDULE, 2006, p. 188).

Mas as exigências laborais não trazem os mesmos efeitos para todos os trabalhadores; elas os afetam de formas distintas e em diversos graus (AREIAS; COMANDULE, 2006), já que depende do modo como são interpretadas, como já dito.

As várias teorias que conceituam o *stress* ocupacional como um processo e enfocam seu caráter relacional concordam em considerar as percepções individuais como mediadoras de suma importância do impacto do ambiente de trabalho sobre as respostas do indivíduo conceituam o *stress* ocupacional como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas (SADIR et al., 2010, p. 74).

Do mesmo modo, nem sempre os mesmos estressores desgastam as mesmas pessoas. “O que determina se o estresse irá ou não se instalar é a conjunção do ambiente com as características do indivíduo.” Por exemplo: pessoas com tendência à depressão têm reações mais intensas aos estressores organizacionais (que aos pessoais), o que acarreta baixo desempenho, absenteísmo e disfunções emocionais (SADIR et al., 2010, p. 4).

Os agentes estressores podem ser dependentes e independentes: quando o evento depende da forma como o trabalhador intervém nas relações interpessoais, o modo como seu comportamento incentiva ou influencia os aspectos não favoráveis da situação; quando o evento é inevitável, e a participação dele em nada altera a situação, respectivamente (OLIVEIRA et al., 2015).

Também podem ser classificados como extrínsecos e intrínsecos: os extrínsecos se referem aos objetivos elevados no trabalho, às horas excessivas de trabalho, à ausência de recursos necessários à realização de um trabalho bom, à não socialização, a boas relações e presença de apoio no trabalho, à discriminação racial ou sexual, ao tempo insuficiente da sono, a um não adequado feedback, à inexistência de reconhecimento e de autonomia profissionais, a conflitos entre os valores pessoais e os organizacionais, ao excesso de burocracia, ao aumento da responsabilidade e a eventos negativos da vida pessoal. Os intrínsecos dizem respeito: à exigência extrema (perfeccionismo), à negação da vulnerabilidade (negando ou com dificuldade de reconhecer o estresse, meticulosidade em excesso, idealismo, grande controle e autocrítica, indeterminação, autoestima e autocinifiança baixas, pessimismo e sentimento de falta de sentido nas atividades realizadas (CHAKR, 2021).

Em linhas amplas, os estressores laborais foram classificadas seis categorias de agentes, as quais contemplam a maioria dos descritos: fatores intrínsecos à atividade realizada, papel do trabalhador na instituição, relacionamento entre as pessoas, realização e carreira, clima e estrutura organizacional e interface organização e casa/família (SADIR et al., 2010).

Dentro dessas categorias, mudanças no trabalho correspondem a alguns dos eventos estressores bastante citados por sua ocorrência comum. Entre elas estão: crescente utilização de tecnologias, subcontratações, deslocalização do processo produtivo, alterações dos padrões laborais, exigência de flexibilidade por parte do trabalhador em vários sentidos, e distribuições diferentes do trabalhador quanto a aspectos de regulação e de trabalhos em equipe (AREIAS; COMANDULE, 2006).

Mas os eventos estressores do trabalho vêm sendo ampliados com resultados de pesquisas, perpassando áreas de interesse como a psicologia, além da administração. Entre outras condições de estresse, citam-se: o design de tarefas, carga pesada de trabalho, poucas pausas para descanso, horas longas e seguidas de trabalho, trabalho em turnos, agitação das tarefas, tarefas pouco significantes para as habilidades dos trabalhadores, estilo de gestão, não participação nas decisões, má qualidade na comunicação organizacional, inexistência de políticas favoráveis ao trabalhador, qualidade das relações interpessoais, falta de apoio entre colegas de trabalho e supervisores, funções de trabalho, expectativas conflitantes ou incertas, alto nível de responsabilidade, preocupação associada à carreira, insegurança, não oportunidade de crescimento/promoção, mudanças organizacionais bruscas sem o preparo do trabalhador, condições físicas perigosas/desagradáveis do ambiente e problemas de ergonomia. “[...] evidências apontam maior ênfase nas condições de trabalho como a principal fonte de estresse no trabalho e o redesenho do trabalho como uma estratégia de prevenção primária” (NIOSH, 2021, 2).

Nesse contexto, tanto algumas profissões como algumas situações de trabalho laborais são tidas como de maior risco para o desencadeamento do estresse físico e mental dos trabalhadores (AREIAS; COMANDULE, 2006). No que tange a médicos e enfermeiros (objeto deste estudo), reconhece-se, de forma crescente, “que o bem-estar clínico, tão essencial para a aliança terapêutica entre médicos, pacientes e famílias,

está diminuindo por causa do estresse ocupacional” (THE NATIONAL ACADEMIES, 2019, p.1).

Em resumo, vê-se que o estresse laboral se situa em um quadro amplo e de indefinições. Para sua avaliação, modelos vêm sendo elaborados, considerando principalmente as questões culturais e da linguagem, tal como o modelo CGF.

Sadir et al. (2010) investigaram variáveis pessoais que interferem nos níveis de estresse com utilização do modelo Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Esse inventário tem por base os três estágios de desenvolvimento do estresse (acima citados), mas quando de sua padronização, foi identificada uma quarta, chamada de “quase-exaustão”(entre a resistência e a exaustão). É quando “as defesas do organismo começam a ceder e ele já não consegue resistir às tensões e restabelecer a homeostase.” Com o enfraquecimento, a pessoa não mais consegue resistir ou se adaptar ao estressor, e as doenças começam a aparecer, ainda que menos graves que na exaustão (ROSSETI et al., 2008, p. 4). O ISSL engloba 53 sintomas divididos em três partes – alerta, resistência e quase-exaustão ou exaustão –, sendo 37 itens de caráter somático e de 19, psicológico (SADIR et al., 2010).

Takahashi et al (2014) investigaram o grau de vulnerabilidade de operadores de telemarketing aos estressores laborais, por meio do modelo Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) de Sisto et al. (2008). Trata-se de uma escala tipo Likert, de três pontos, com pontuação de 0 a 80, que avalia estressores do trabalho por meio de três dimensões: clima e funcionamento, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina (BAPTISTA; CARNEIRO, 2011). A EVENT é composta de 40 itens: 16 se referem à primeira dimensão, 13 à segunda e 11 à terceira. O modelo foi aplicado em seu formato original (TAKAHASHI et al, 2014).

Um comparativo entre os dois modelos citados pode ser visto no quadro 4:

Quadro 4- Comparativo entre modelos de avaliação de estresse

Modelos	Bases	Categorias de análise
ISSL Lipp (2000)	níveis de desenvolvimento do estresse	sintomas somáticos e sintomas psicológicos
EVENT Sisto et al. (2008)	vulnerabilidade ao estresse <i>versus</i> estressores laborais	clima e funcionamento, pressão e infraestrutura e rotina

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base na literatura

Esses modelos, por suas bases e suas categorias de análise, parecem poder funcionar de modo complementar, com o ISSL centrando-se mais em variáveis pessoais, e o EVENT, na “vulnerabilidade” como condição de pré-estresse.

Mesmo considerando o estresse como busca pela sobrevivência, analisou-se que a manutenção de respostas desse tipo por períodos longos pode danificar o organismo (JUNQUEIRA, 2015) e, na continuidade, causar a exaustão, quando não for mais possível alcançar a homeostase (OLIVEIRA, 2015). “O estresse é importante para superar certos desafios, mas prejudicial em excesso.” A exposição prolongada a fatores estressores pode contribuir fortemente para o desenvolvimento do *Burnout* ocupacional (ROBINSON et al., 2021, p. 1).

3.4A SÍNDROME DE BURNOUT

A relação entre estresse e esgotamento laborais se insere em um paradigma considerado complexo, seja por ser considerada uma resposta a desafios diversos no ambiente de trabalho, seja pelo fato de, em alto grau, tender ao desencadeamento da Síndrome de *Burnout* (ROBINSON et al., 2021). É também uma preocupação que vem de longo tempo, haja vista o esgotamento laboral haver sido referido em 1974 (BRIDGEMANN et al., 2017), em pesquisas empíricas específicas independentes realizados por Freudenberger e Maslach, quanto à “ocorrência comum” de sintomas entre trabalhadores de uma mesma equipe (VALLE FILHO; BREGALDA, 2020).

O termo *Burnout* é creditado a Freudenberger (BRIDGEMANN et al., 2017), e enquanto ele identificou sintomas físicos e comportamentais em trabalhadores de uma clínica na qual ele trabalhava – frustração, crescente raiva, suspeitas em relação a colegas quanto a ambições pessoais na carreira, rigidez excessiva e características típicas de depressão (BRAVO et al., 2021) –, Maslach observou distanciamento social e atitudes negativas crônicas entre trabalhadores (CARLOTTO; CÂMARA, 2006). Freudenberger também reconheceu que indivíduos mais susceptíveis ao esgotamento são dedicados e comprometidos e que o *Burnout* não é uma condição aguda, mas sim

resultado da “culminação dos efeitos de responsabilidades profissionais e ambiente de trabalho” (BRIDGEMANN et al., 2017, p.e576).

Desde então, avanços na construção do construto do *Burnout* têm sido observados, concentrando-se principalmente “na percepção de desequilíbrio entre o esforço investido em um trabalho *versus* os resultados obtidos”, na resposta ao estresse laboral e à sobrecarga de atividade, quando as estratégias individuais de enfrentamento das demandas podem falhar. Atualmente, o esgotamento em si é definido como “um estado de exaustão física, mental e emocional”, originado do envolvimento em situações de exigências emocionais no ambiente de trabalho (BRAVO et al., 2021, p. 1).

O *Burnout* é considerado “fruto” do prolongado desajuste em áreas de importância da vida pessoal e profissional: “carga de trabalho, recompensa, controle sobre suas funções, relações interpessoais, justiça e valores pessoais”. Tais áreas são tidas como fundamentais ao dimensionamento do bem-estar e da saúde mental do trabalhador no ambiente laboral. Assim, “quanto maior os desajustes nessas áreas, maiores serão os níveis de burnout” (COSTA, 2018, p. 25).

Na adaptação transcultural para a língua portuguesa, a Síndrome de *Burnout* corresponde a uma estafa ou esgotamento profissional, sendo caracterizada como síndrome porque é causada por respostas a estressores laborais (VALLE FILHO; BREGALDA, 2020). Na perspectiva psicossocial, disseminou-se o entendimento do *Burnout* como “uma reação à tensão emocional crônica causada por se lidar excessivamente com pessoas” (CARLOTTO; CÂMARA, 2006, p. 500). O *Burnout* é considerado uma doença, um problema relacionado à profissão e uma tensa reação interpessoal no ambiente laboral (LIU et al., 2021). De forma mais ampla, é visto como uma reação do estresse, altamente prevalente em relação ao trabalho, reação essa mais vivenciada por determinados profissionais, como assistentes sociais (MARTINE-LOPÉZ et al., 2021). Nessa perspectiva, o *Burnout* é abordado

como manifestação comportamental de estresse ocupacional, estresse traumático secundário (reações observáveis que se desenvolvem ao trabalhar com pessoas que sofreram traumas com sintomas característicos de transtorno de estresse pós-traumático) e trauma vicário (mudanças pessoais de comportamento e/ou emocionais que ocorrem por causa do envolvimento empático com pessoas que sofreram traumas) (MARTINE-LOPÉZ et al., 2021, p. 2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), com vigência prevista a partir de janeiro de 2022, referiu-se ao *Burnout* como “síndrome conceituada como o resultado de estresse crônico desencadeado no ambiente laboral e não manejado com sucesso.” Está no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”, que traz os motivos pelos quais as pessoas buscam os serviços de saúde, mas não os classifica “como doenças ou condições de saúde” (OPAS, 2019, p. 2).

Ficou claro que atividades realizadas em setores considerados graves podem desencadear o *Burnout*, ou seja, o *Burnout* é uma condição específica de ocorrência em local de trabalho (como já dito) (CAMPANINI, 2021). Logo, “não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida” (OPAS, 2019, p. 2).

Fontes de estresse no trabalho ou agentes estressores como causa de *Burnout* vêm sendo citadas na literatura específica (como as causadoras do estresse), categorizadas em: aspectos intrínsecos à atividade, regras das organizações, crescimento na carreira, estrutura organizacional e relações no trabalho, fatores que agem sobre os aspectos individuais (extraorganizacionais) e podem causar doenças. Se esses fatores são reconhecidos, por um lado, por outro, não é certo se todos agem de forma comum sobre todos os trabalhadores nem qual deles tem maior peso quando recorrente (ROBINSON et al. 2021). Além da carga física decorrente do aumento de trabalho, também são muito citados: horário de trabalho estendido, redução do período de sono e hábitos irregulares de alimentação, todos provocando efeitos psicológicos sobre o trabalhador (MATSUO et al, 2021). Os aspectos mais relevantes associados ao trabalho envolvem: necessidade contínua de atualização de conhecimentos e de outros aspectos, não controle sobre as próprias atividades, escassez de recursos tecnológicos, sentimentos de injustiça, condições econômicas insatisfatórias e falhas na estruturação de grupos de trabalho, além dos demais referidos (RIONDA et al., 2021).

Como se observa, as condições e características do estresse e do *Burnout* são praticamente as mesmas. Porém, não obstante essa semelhança, há diferenças quando se vai gerenciar uma situação e outra, e distingui-las pelos sinais é fundamental (CHAKR, 2021):

Características de estresse: isolamento, retração/introversão, ruminação, procrastinação, raiva, choro fácil, autodepreciação, cautela

excessiva, falta de entusiasmo, relutância em pedir ajuda, inflexibilidade, dificuldade em aceitar pausas para descanso, dificuldade de concentração, irritabilidade.

Características de *burnout*: exaustão emocional excessiva, cinismo, perda de empatia, distanciamento (tratamento frio de pessoas como objetos), indiferença e apatia para com o trabalho, sentimentos de fracasso e incompetência (mesmo que não sejam reais), não se sentindo realizada no trabalho (CHAKR, 2021, p. 350).

As conexões entre as características de um e de outro são muitas. Porém, a diferença “mais aparente” (não necessariamente a real) é que o estresse no *Burnout* é crônico, além de ser experimentado no ambiente laboral (GALLEGO; RIOS, 1991).

Por essa diferenciação, observa-se que nem todas as características do estresse necessariamente se referem ao *Burnout*, podendo sim, na continuidade desse e frente às mesmas condições laborais, chegar-se ao *Burnout*, passando para a exaustão.

Os sintomas mais associados ao *Burnout* classificam-se em três categorias: 1) psicossomáticos – frequentes dores de cabeça, fadiga crônica, problemas de sono, distúrbios gastrointestinais, gastrites, dores musculares, problemas de tensão arterial e outros; 2) comportamentais – faltas ao trabalho, comportamentos violento e de alto risco, abuso de drogas e outros; 3) emocionais – irritabilidade, incapacidade de concentração, distanciamento afetivo, baixa autoestima, vontade de abandonar o trabalho; 4) defensivos – ironia, negação das emoções, racionalização e atenção seletiva (GALLEGO; RIOS, 1991).

Fundamentalmente, o acometimento do *Burnout* é considerado pela presença de dimensões, cujo desenvolvimento se dá a partir do nível de estresse.

3.4.1 Dimensões

A Síndrome de *Burnout* se desenvolve em três dimensões: sentimento de exaustão emocional; despersonalização ou cinismo; diminuição do sentimento de realização ou desrealização (BRIDGEMANN et al., 2017; CAMPANINI, 2021; JAKOVLEJVIC et al., 2021; BRAVO et al., 2021; MARTÍNEZ-LOPEZ et al., 2021; LIU et al., 2021, e outros). No *Maslach Burnout Inventory Manual*, essas dimensões foram pontuadas da seguinte forma: exaustão emocional – diz respeito ao estresse como resposta a um contexto exigente de trabalho; é caracterizada pelo sentimento de esgotamento emocional; cinismo – é uma “resposta de enfrentamento à exaustão”,

representada por atitudes indiferentes e pelo distanciamento do trabalho; falta de eficácia profissional - refere-se à falta de habilidades ou de recursos pessoais para realizar as atividades de forma adequada (LIU et al., 2021, p. 2).

Na prática, essas dimensões podem ser observadas nas seguintes atitudes: exaustão emocional – falta de entusiasmo e de energia, sensação de esgotamento de meio de solução, sentimento de frustração, forte tensão e falta de condições de atendimento a pessoas nas atividades; despersonalização – falta sensibilidade emocional por meio de trato de colegas ou clientes de forma desumanizada; diminuição da realização pessoal – autoavaliação negativa do trabalho, insatisfação profissional, redução do sentimento de competência e da capacidade de interação (CAROTTO; PALAZZO, 2001).

Essas três dimensões são inter-relacionadas, mas são independentes (CARLOTTO; CÂMARA, 2006) e se desenvolvem em *continuum*, iniciando sempre com a exaustão, geralmente com a seguinte dinâmica:

Indivíduos com cansaço emocional cansaço sentem-se apáticos e indiferentes em relação ao seu trabalho e não conseguem mais se envolver nas situações que surgem durante sua jornada. Quando a exaustão emocional se torna mais severa, ocorre a despersonalização ou cinismo, com o indivíduo adotando atitudes negativas em relação às atividades e ao ambiente de trabalho.[...] A despersonalização pode não ser prejudicial, mas quando se for precedida da exaustão emocional, a satisfação profissional continua a se deteriorar. A realização pessoal reduzida refere-se a sentimentos de incompetência e diminui a produtividade no trabalho mesmo em face da possibilidade de conquista. Independentemente do que se faça, não é o suficiente e que sempre há mais trabalho a ser feito (BRIDGEMANN et al., 2017, p. e577).

A exaustão é a dimensão mais disseminada e a mais examinada da Síndrome. Porém, embora sua noção englobe a tensão do esgotamento, há falhas na observação de aspectos críticos dos relacionamentos dos trabalhadores no ambiente laboral. “A exaustão não é algo é simplesmente experimentado. Em vez disso, ela solicita ações que autodistanciam alguém emocional e cognitivamente de suas atividades laborais, talvez como forma de lidar com as demandas que sobrecarrega.” Já a despersonalização ou cinismo diz respeito à “tentativa de colocar distância entre si mesmo e vários aspectos do trabalho”. Trata-se de uma imediata reação ao esgotamento, e uma forte passagem da exaustão ao cinismo tem sido encontrada de forma consistente em pesquisas envolvendo profissionais em vários ambientes

organizacionais. Por fim, a desrealização ou não realização no trabalho, dimensão da eficácia reduzida, tem um componente mais complexo em relação às duas primeiras dimensões, pois pode tanto ser relacionadas a essas, como pode ser mais independente (MASLACH; LEITER, 2008, p.498).

Em outra perspectiva, estudos mostraram que a exaustão emocional tem significativa importância, por ex., para a tomada de decisão entre continuar ou não o exercício da profissão. Esse dado confirma resultados de que o contexto laboral é “fator determinante no *Burnout*” e é principalmente relacionado a: equipe de trabalho, experiência laboral e organização das atividades (MARTÍNEZ-LOPEZ et al., 2021).

Duas dimensões do *Burnout* – exaustão emocional e despersonalização ou cinismo – são mais de caráter subjetivo, por dependerem de traços de personalidade/ pessoais e de suas estratégias enfrentamento. Já a última – diminuição do sentimento de realização ou desrealização – pode ser objetivada, apesar de também depender de estratégias subjetivas para lidar com as demandas. Por isso, elas podem ser avaliadas por meio de questionários (CAMPANINI, 2021).

Estudiosos consideram que os os escores brutos das dimensões do *Burnout*, propostas pela escala Maslach, são de difícil interpretação. Assim, estudos se utilizam dos critérios propostos por Ramírez et al., de que a síndrome somente se caracteriza se forem observadas as três dimensões em níveis “severamente anormais”. Outro, porém, apoiam-se nos critérios de Grunfeld, para quem “o *Burnout* está presente quando pelo menos um aspecto é gravemente anormal”(GLASBERG et al., 2007, p. 86).

3.4.2 Características pessoais e Síndrome de *Burnout*

Apesar de a atual literatura centrar-se mais nos agentes estressores laborais como preditores dessa síndrome, também características sociodemográficas e traços de personalidade ou pessoais – esses, relativamente estáveis no tempo e ao longo de situações – vêm sendo investigados quanto aos papéis no desenvolvendo do *Burnout*, se se considerar a variação entre indivíduos e sua submissão às regras do trabalho.

Sobre os demográficos, dados como sexo, idade e outros foram relacionados à maior ou à menor presença nas dimensões do *Burnout* (MASLACH et al., 2001). Sobre os segundos, em um levantamento, foram encontrados mais de 100 estudos sobre o *Burnout*, incluindo traços distintos de personalidade como: *locus* do controle, resistência, comportamento muito rígido, estímulo para realizações e nível de autoestima. “A personalidade pode influenciar o esgotamento por meio do impacto entre a natureza percebida e a natureza real do ambiente de trabalho”. A personalidade tende a predispor o trabalhador a perceber seu ambiente laboral de forma favorável ou não, independentemente da natureza objetiva da atividade. Além disso, traços da personalidade podem tornar um trabalhador mais capaz de lidar com desafios e demandas do trabalho do que outro (BAKKER et al., 2014, p.393).

Ainda sobre os primeiros, geralmente a adequação profissional “é definida em termos de tarefas específicas e não da situação ou contexto organizacional.” O trabalho também é geralmente caracterizado por suas tarefas específicas, sem considerar questões maiores das condições e do contexto organizacional. O desafio é identificar incompatibilidades entre eles e a carga de trabalho – um dos domínios do ambiente laboral –, que envolve não só a quantidade em si, mas a inadequação frente a requisitos pessoais (MASLACH et al., 2001, p.399), por exemplo. Estudos identificaram presença estatisticamente significativa de *Burnout* entre mulheres e as dimensões exaustão e despersonalização, e menor, em relação à realização profissional (BRAVO et al., 2021).

E sobre os segundos, além do domínio carga de trabalho, outros cinco desafiam a identificação de incompatibilidades: controle, recompensa, comunidade, justiça e valores (todos já referidos). O desafio é tanto “estender o paradigma da pessoa do trabalho para uma conceituação mais ampla e complexa do pessoa situada no contexto de trabalho”, como identificar o “grau de correspondência ou incompatibilidade entre a pessoa e os seis domínios de seu ambiente de trabalho. Quanto maior a lacuna ou incompatibilidade entre a pessoa e o trabalho, maior a probabilidade de esgotamento” (MASLACH et al., 2001, p. 413).

Especialmente sobre a personalidade, descobriu-se que quatro dos CGF – estabilidade emocional ou extroversão, abertura a experiências, afabilidade e

conscienciosidade ou realização pessoal – encontram-se relacionados de modo forte, consistente e negativo a cada uma das três dimensões do *Burnout*. Só a abertura a experiências é que foi associada de forma positiva à realização pessoal. “A estabilidade emocional foi o traço mais importante preditor da exaustão e da despersonalização, enquanto a extroversão foi o mais importante preditor de realização pessoal”. Também foram identificadas, em grau mais baixo, evidências de relação entre alguns traços de personalidade e esgotamento: autoeficácia, autoestima, *locus* de controle, otimismo, proatividade e resistência. “Cada um teve uma relação significativa com o *Burnout*”, indicando que diferenças mais maleáveis também podem desempenhar papel de fator no desencadeamento do *Burnout* (BAKKER et al. 2014, p. 393).

Outros estudos sobre os CGF demonstraram como cada um de seus fatores pode ser teórica e significativamente associado a dimensões do *Burnout*:

1) Extroversão: Indivíduos extrovertidos tendem a vivenciar mais emoções positivas, como otimismo, entusiasmo e alegria, em comparação com os introvertidos. Tais emoções proporcionam esperança relativa ao trabalho e, conseqüentemente, produz baixos níveis de exaustão emocional. Desenvolvem mais o sentimento de realização pessoal, e a despersonalização parece improvável, já que o prazer das relações pessoais se opõem ao distanciamento. A hipótese é a de que “a extroversão está negativamente relacionada à exaustão emocional e à despersonalização e positivamente à realização pessoal” (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 489). A extroversão ainda se caracteriza pela energia e pelo otimismo, e os extrovertidos apresentam, de forma significativa, pontuação menor que os introvertidos em todas as dimensões de *Burnout*. A hipótese é a de que a extroversão é negativamente relacionada com o *Burnout* (YOU et al.2015);

2) Abertura a experiências: indivíduos com alto nível de abertura a experiências diversas podem ser intelectualmente mais curiosos sobre seus ambientes. Isso contribui para que desejos sobre situações futuras de trabalho que contenham incerteza ou ambigüidade não suscitem mal-estar. A abertura a experiências tende a reduzir sentimentos de medo, de frustração ou ansiedade quanto ao desempenho no trabalho. A hipótese é a de que “a abertura está negativamente relacionada à exaustão emocional e à despersonalização, e positivamente relacionado à realização pessoal”

(SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 490). A abertura a novas experiências ainda desenvolve atitudes positivas, associadas à aprendizagem e à criticidade, para gerenciamento de questões estressoras do trabalho. Desse modo, tendem a sentir menos emoção frente às situações, reduzindo a possibilidade de exaustão e de realização pessoal. A hipótese é a de que essa abertura é negativamente relacionada à exaustão emocional e à redução da realização pessoal (YOU et al. 2015);

3) Afabilidade: Indivíduos afetuosos são agradáveis, bem-humorados e dão apoio. Desse modo, sua cognição sobre o próprio desempenho e futuro no trabalho não considera aspectos psicológicos negativos, como frustração nem exaustão. Levam em conta as emoções que lhes nutrem e possibilitam lidar com as incertezas. Têm sempre uma visão positiva do trabalho e buscam compreender as situações negativas do ambiente laboral. O sucesso nas relações interpessoais tende a promover um menor grau de despersonalização. A hipótese é a de que “a amabilidade está negativamente relacionada à exaustão emocional e à despersonalização, e positivamente relacionado à realização pessoal” (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 490). A afabilidade ainda se caracteriza pelo altruísmo e pela cooperação. Indivíduos com grande nível de aceitação pode ter mais capacidade de construir redes de apoio social para enfrentar cargas excessivas e conflitos interpessoais. A hipótese é a de que a afabilidade está negativamente relacionada ao *Burnout* (YOU et al.,2015);

4) Conscienciosidade ou realização pessoal: Indivíduos conscienciosos tendem à menor propensão à exaustão emocional, devido a sua ética e perseverança no trabalho. Essas características fazem com que eles reduzam o peso advindo das atividades laborais e reduzam também a possibilidade de experimentar ansiedade e nervosismo, aspectos da exaustão emocional. Por sua eficiência e trabalho, geralmente alcançam seus objetivos. A tendência forte à consciência ética e ao trabalho orientado provavelmente os impede do distanciamento do trabalho, mantendo seu foco. Sua orientação para a autorrealização ainda auxilia a redução de sentimentos de menor realização pessoal, uma vez que não se percebe como trabalhador improdutivo. A hipótese é a de que a conscienciosidade “está negativamente relacionada à exaustão emocional e à despersonalização e positivamente relacionada à realização pessoal” (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 490). A conscienciosidade ainda contempla a

competência pessoal, a autodisciplina, a obediência e a busca de suporte para solucionar os problemas, o que contribui para reduzir sentimentos de esgotamento. Esses traços afastam os indivíduos do esgotamento profissional. A hipótese é a de que a conscienciosidade está negativamente relacionada ao *Burnout* (YOU et al.2015);

5) Neuroticismo/instabilidade emocional: Indivíduos com alto grau de neuroticismo geralmente são inseguros, ansiosos, nervosos, deprimidos e medrosos. E esses aspectos do neuroticismo se alinham muito bem com os fatores externos do *Burnout*, sendo por isso que esse traço vem recebendo maior atenção entre os estudiosos do tema (como já dito). Esses indivíduos tendem a ficar ansiosos tanto no trabalho como afastado dele. Por isso, não é estranho eles apresentarem um alto nível de exaustão emocional, inclusive por sua negação dos sentimentos e por sua concentração em aspectos negativos das situações. No trabalho, esses aspectos podem ser expressados pela despersonalização, já que eles geralmente ignoram fatores positivos, em favor dos pontos frustrantes e das qualidades monótonas de suas atividades. A hipótese é a de que “o neuroticismo está positivamente relacionado à exaustão emocional e à despersonalização, e negativamente relacionado à realização pessoal (SWIDER; ZIMERMANN, 2010, p. 489). O neuroticismo se apresenta como “um dos mais consistentes preditores do *Burnout*”, com sua forte ansiedade, emocionalidade, preocupação, mau humor e até depressão, aspectos do esgotamento. A hipótese é a de que o neuroticismo está positivamente relacionado ao *Burnout* (YOU et al.,2015).

Ainda que os traços de personalidade/recursos pessoais não possam ter grande significância como preditores do *Burnout*, segundo a literatura consultada, neste trabalho, considera-se que eles são importantes como suporte à capacidade de enfrentamento. “Recursos pessoais são os aspectos do ‘eu’ geralmente aliados à resiliência e referem-se ao sentido individual de sua habilidade para controlar e impactar o sucesso do meio ambiente”. Eles podem afetar negativamente o estresse e auxiliar a opção das estratégias de enfrentamento. Considera-se que constituem um “capital psicológico”, porque são funcionais para, profissionalmente, proteger contra ameaças e auxiliar a redução dos custos psicológicos advindos das atividades laborais (YOU et al., 2015, p.140).

Explica-se brevemente essa forma de funcionalidade dos recursos pessoais como apoio à resiliência (que não é foco deste estudo) apenas para se compreender melhor seu papel. “A resiliência é descrita como a capacidade de enfrentar problemas e se adaptar a condições adversas”. Estudos revelaram que resiliência psicológica pode ter um papel mediador entre os resultados de saúde mental e todas as dimensões de *Burnout* (STOCHETTI et al., 2021, p. 2).

Características pessoais podem, de futuro, chegar a uma epidemiologia mais pormenorizada e consistente nesse sentido.

3.4.3 Epidemiologia do *Burnout* em geral e em atividades de saúde

Dados da OMS indicaram, em 2009, que 40% da população mundial de trabalhadores sofre de transtornos mentais, com prevalência de *Burnout* entre eles. Na Europa, a prevalência fica entre 2,4% e 30%. Em países de língua espanhola, Espanha, Argentina e Uruguai apresentam a mais alta prevalência, entre 7,9% e 14,9%, enquanto que em outros da América Latina, a prevalência é de 2,5% a 5,9% (BRAVO et al., 2021).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (2008) indicam que o índice de doenças relacionadas ao trabalho vem aumentando paulatinamente: 8,8%, em 2003; 10,5%, em 2004; 12,3%, em 2005. Desse total, o estado de São Paulo detinha a quarta maior taxa do país: 13,25%, em 2003; 15,86%, em 2004; 15,93%, em 2005 (COSTA et al., 2012).

Em princípio, essa síndrome foi associada exclusivamente a determinadas atividades. Mas a continuidade dos estudos demonstrou “que todo profissional, qualquer que seja sua ocupação, está sujeito ao desânimo e à perda do entusiasmo pelas atividades laborais” (GALLEGO; RIOS, 1991, p. 258). Isso porque, como já referido, as razões não seriam exclusivas de determinada atividade ou empresa, mas sim decorrentes da forma de relação entre a estrutura pessoal do trabalhador e as condições das atividades laborais. Também, posteriormente, a síndrome foi relacionada com dados pessoais, sociodemográficos e de personalidade.

Apenas para ilustrar epidemiologicamente o *Burnout* e ampliar a visão dos dados relacionados a ele, são citados brevemente resultados de levantamentos da literatura específica: o nível de esgotamento emocional é consistentemente mais alto em trabalhadores mais jovens que nos mais velhos. “A diferença de idade observada pode ser explicada pelo fato de que os jovens funcionários são menos experientes e treinados e sem as habilidades interpessoais necessárias para lidar com o estresse no trabalho. Por isso, “a idade pode ser um moderador potencial que afeta a relação entre fatores individuais e *Burnout*” (YOU et al., 2015, p.141). Funcionários mais velhos têm mais experiência profissional e, conseqüentemente, mais condição de lidar com o estresse, por serem mais estáveis, equilibrados e maduros na perspectiva de trabalho e da vida e, geralmente, têm situação financeira melhor. Esse conjunto de aspectos aumenta sua força e a autoidentidade, usando eficazmente estratégias na lida com o estresse; raramente experimentam esgotamento (BOSTJANCIC et al., 2015).

Em perspectivas mais detalhadas, uma pesquisa realizada em Bogotá, em 2021, investigou-se a prevalência de *Burnout* em trabalhadores de ambos os sexos de três empresas de distintos segmentos de mercado. Do ponto de vista das características sociodemográficas, o resultado total das empresas apontou: mulheres com pontuações mais altas para exaustão emocional e cinismo (5,41%) que os homens; participantes de condição socioeconômica baixa com pontuação mais baixa (2,59%) para eficácia profissional e mais alta para a despersonalização (2,31%) do que os de classe média e pontuação; não houve diferença significativa entre os níveis hierárquicos quanto à exaustão, mas houve quanto à despersonalização (3,39%) e à realização profissional (3,90%); participantes em nível de gerência apresentaram menor indicador de despersonalização e maior de realização do que trabalhadores de nível operacional (BRAVO et al, 2021).

Um perfil social geral demonstrou que indivíduos do sexo feminino, casadas e com jornadas de trabalho entre 20h e 30h semanais são mais suscetíveis a essa síndrome. Esse grupo apresentou as três dimensões do *Burnout*, com prevalência mais expressiva da despersonalização e da baixa realização profissional (CARLOTTO, 2011).

No Brasil, entre as profissões que vêm revelando altos índices de prevalência do *Burnout*, encontram-se as da área do ensino escolar e as da saúde.

Estudos sobre o assunto iniciaram com profissionais de serviços humanos, isto é, pessoas que pela natureza do seu trabalho têm que manter contato direto com as pessoas. É o caso dos trabalhadores da saúde, da educação, da área da saúde mental ou da esfera social. [...]investigadores apontam que é a relação intensa com os outros que de forma poderosa contribui para o aparecimento desta síndrome, embora de forma mais completa possamos compreender o *burnout* como produto de uma interação negativa entre o local de trabalho, a equipe ou funcionários e os "clientes" (GALLEGO; RIOS, 1991, p. 258).

Os tipos de personalidade dos profissionais que lidam com serviços humanos “foram considerados marcadamente diferentes em relação a assuntos de outras ocupações [...]”. Afirma-se que, na prestação de serviços educacionais e de saúde, a personalidade do tipo emocional domina mais, comparativamente à personalidade do tipo racional, numa proporção de cerca de 80% para 20%, respectivamente. Personalidades mais emocionais seriam mais sensíveis a assuntos que envolvem o tratamento humano, bem como necessidade de carinho, de entusiasmo e de atividades mais corporativistas. O tipo mais racional, por seu turno, tendem a se voltar para assuntos com poder análise e para a objetividade, dentro de uma visão lógica (GALLEGO; RIOS, 1991, p. 261).

De certa forma, esse entendimento confirma a citada visão do *Burnout* como um tipo de estresse diretamente relacionado às condições de trabalho e à cronicidade das pressões, mas inova ao acrescentar sua associação “ao intenso envolvimento com pessoas por longos períodos de tempo” (CARLOTTO; PALAZZO, 2006, p. 2).

Apenas para melhor se visualizar a abrangência do *Burnout* – já considerado por alguns estudiosos um problema de saúde pública – nessas áreas de trabalho e se fazer uma diferenciação entre elas em termos de epidemiologia, são citados resultados de pesquisas voltadas para distintos grupos de profissionais. Em um grupo de professores do ensino fundamental em João Pessoa (PB), foram demonstradas as seguintes prevalências: 33,6% apresentaram alto nível de exaustão emocional, 8,3%, índices altos de despersonalização, e 56,6%, alto grau de sentimento de baixa realização (BATISTA et al, 2010). Em um grupo de psicólogos do Rio Grande do Sul, 7,5% foram identificados com o *Burnout* e 9,8% com a síndrome em estado mais grave, com risco

maior de afastamento e de incapacitação para o trabalho (RODRÍGUEZ; CARLOTTO, 2014).

No que tange à área de saúde (foco deste trabalho), os profissionais são expostos diuturnamente à pressão das expectativas dos pacientes e de seus familiares, principalmente em experiências com pacientes de resultados infelizes. Envolvem-se com ajustes decorrentes da escassez de equipamentos, com a proteção individual e com a “alocação de recursos emocionais e éticos” das decisões. Também pode haver tanto rotatividade da alocação quanto insuficiência de instalações (MATSUO et al., 2021).

Além disso, por conta da própria atividade, confrontam-se com muita frequência com situações de vida ou de morte, o que torna seu exercício desgastante tanto do ponto de vista físico como psicológico. Esse quadro concorre para o maior estresse emocional e desencadeia sintomas como cansaço, baixa autoestima e isolamento profissional, entre os principais problemas. Muitas vezes, a progressão desse quadro chega à despersonalização (GAGO-VALIENTE et al., 2021). O esgotamento na profissão de médico é definido como “síndrome da fadiga emocional” e acarreta ineficiência no exercício das atividades. Essa síndrome é precursora de vários transtornos mentais. “O *Burnout* pode reduzir a qualidade de vida com maior risco de depressão” para essa classe profissional (LIASI et al., 2021, p. 2).

Burnout afeta o bem-estar pessoal e a qualidade de vida do profissional de saúde. Está associado a aumento do risco de ideação suicida, ao afastamento do trabalho e ao absenteísmo. *Burnout* também prejudica a qualidade do atendimento ao paciente. É associado a uma pior qualidade dos cuidados prestados e ao aumento de erros médicos, inclusive, chegando a ações judiciais. O bem-estar relacionado ao trabalho prediz o bem-estar geral a longo prazo termo (EELLEN e al., 2014, p. 1, 2).

Os sintomas que podem mais interferir negativamente na qualidade de vida dos profissionais de saúde são: irritabilidade, ansiedade, alterações de humor, sensação de fracasso, insônia, depressão e dependência de drogas (GLASBERG et al., 2007).

Em uma revisão da literatura sobre médicos em hospital, Moreira et al. (2018) concluíram que, como etiológicamente o desenvolvimento do *Burnout* é multifatorial, os fatores podem ser classificados como facilitadores e desencadeadores. Cada especialidade se expõe a distintos fatores que podem tanto facilitar como desencadear

o *Burnout*. “Os facilitadores são situações relativas à pessoa que podem agir como preditores ou inibidores da atividade do stress sobre ela”. Desencadeadores são os fatores extenuantes e contínuos do ambiente laboral. Com base nisso, identificaram as maiores e as menores frequências do *Burnout* que se destacaram na pesquisa: médicos de UTI demonstraram a maior frequência da síndrome; idade avançada e tempo de trabalho em UTI são desencadeadores da doença; a exaustão emocional, relativa a conflitos profissionais e éticos, acarreta stress; conflitos pessoais, no trabalho ou com familiares do doente, são fatores de estresse. Médicos de família e médicos de emergência apresentaram a segunda e a terceira maior frequência do *Burnout*, observando-se a relação dessa frequência com o uso do álcool, do tabaco e medicamentos psicotrópicos, “entendidos como manifestações de baixa autoestima”. De modo geral, “os fatores identificados como desencadeadores de stress contínuo foram”: comunicação institucional e organização burocrática inadequadas; falta de apoio de superiores; insatisfação com o salário e com a carreira, sendo o salário relacionado com a alta despersonalização.

Pesquisas geralmente enfatizam o trabalho de enfermeiros em hospitais em sua relação com o *Burnout*. Porém, os profissionais de enfermagem da atenção primária enfrentam também desafios e estressores laborais que podem desencadear a Síndrome de *Burnout*. É que os fatores de risco dessa profissão são associados a sua exposição a realidades dolorosas, muitas vezes em comunidades com recursos escassos. O contato direto com o sofrimento cotidiano das pessoas, associado às características pessoais, pode causar o estresse e culminar no desenvolvimento da síndrome. Pesquisas mostraram que trabalhadores nos setores de internação hospitalar tinham mais pontuações em despersonalização. Em outros estudos, os resultados apontaram que trabalhadores de centro de terapia intensiva tinham maiores chances de ser acometidos pelo *Burnout*. Relativamente à carga horária, um estudo demonstrou que “quanto maior era o tempo de trabalho, maior era o risco de ocorrência da síndrome”. Mas outra pesquisa contrariou esse dado, demonstrando que a maior carga horária tem menor relação com a exaustão emocional e maior relação com a realização profissional (CAMPOS et al., 2015, p.765).

Em termos de prevalência, um estudo de revisão apontou que, em Portugal, em cada quatro enfermeiros, um era acometido de *Burnout*. Outro demonstrou que no estresse ocupacional em enfermeiros e médicos, o nível de exaustão emocional foi maior em mulheres, em enfermeiros mais novos e com menos experiência profissional, em solteiros, em profissionais com situação mais instável e nos que trabalham em turnos; os homens em geral evidenciaram maior despersonalização. Em um hospital do sul do Brasil, 35,7% foram identificados com *Burnout*. Em um hospital do Chile, foram 22,72% profissionais com *Burnout*. Num hospital canadense, 34,1% dos profissionais tinham sintomas da síndrome, e em um espanhol, 13,9% dos profissionais estavam acometidos do *Burnout*. Outros dados desses estudos demonstraram que solteiros, separados, viúvos e sem filhos apresentaram maior nível de exaustão emocional, porque não tinham, diretamente, responsabilidade familiar se encontrarem, assim, mais disponíveis para o trabalho e, automaticamente, mais sujeitos ao estresse e, em consequência ao *Burnout* (DIAS et al. 2010).

Em parte, também nesse sentido, estudos apontaram que ter filhos diminui o risco de desenvolvimento do *Burnout*, tanto nas profissões de saúde como não. Porém, a idade dos filhos pode ter impacto sobre esses dados, da mesma forma que a dinâmica do lar e o desemprego do parceiro podem acarretar peso maior nas responsabilidades (THE NATIONAL ACADEMIES, 2019).

Dados de 182 estudos publicadas de 1991 a 2018, incluindo um total de mais de 109 mil indivíduos de 45 países apontaram taxas de prevalência de *Burnout* de 25% a 60% em médicos de várias especialidades. Nos Estados Unidos, a prevalência de esgotamento ao longo do tempo em grande amostra de médicos foi de 45,8%, em 2011; de 54,4%, em 2014, e de 43,9%, em 2017. A taxa de prevalência geral foi estimada em 67%. Especificamente, a de exaustão profissional ficou em 72%, a de despersonalização em 68,1% e a de baixa realização em 63,2% (HAGIHARA; MURATA, 2021). “Conflitos trabalho-casa são comumente vivenciados por médicos [...]” (THE NATIONAL ACADEMIES, 2019, p.105). O estado de *Burnout* de médicos é

claramente um problema generalizado na área da saúde em muitos países. Fatores de trabalho, características pessoais e todos os fatores ambientais mostram a associação desses com o esgotamento médico. Os fatores de trabalho incluem carga de trabalho excessiva, ameaça de negligência, longas horas de trabalho, frequentes plantões à noite ou em

fins de semana, continuidade de trabalho em casa, controle de saúde por vias eletrônicas, registros e entrada computadorizada de pedidos médicos, baixo controle sobre o ambiente de trabalho e falta de suporte de pares ou do supervisor também estão relacionados a *Burnout* em médicos (HAGIHARA; MURATA, 2021, p.612, 613) .

Em termos globais, entre 30% e 50% dos médicos têm sintomas de *Burnout*. Uma comparação entre dados empíricos mais atuais desses profissionais e dados da literatura aponta que a prevalência dessa síndrome é maior entre os médicos jovens, principalmente os que fazem procedimentos de risco, e também entre técnicos de enfermagem, que têm funções bastante variadas no cotidiano. A prevalência entre médicos chamou a atenção pelos impactos negativos junto ao paciente e à equipe médica. Médicos com *Burnout* em alto grau falham mais (JAKOVLEJVIC et al., 2021).

Ainda dentro dessa população, também globalmente, 30% a 50% dos médicos clínicos apresentam sintomas de esgotamento, da mesma forma que cerca de 40% dos médicos de atenção primária e mais de 50% de especialistas em unidades de terapia intensiva (UTI). Embora a prevalência da síndrome não seja completamente clara nem precisa, o horário estendido de trabalho demonstrou um risco ampliado em 3% a cada hora/semana adicional de trabalho. Trabalho noturno e ligações em fins de semana acrescentam de 3% a 9% a cada noite ou fim de semana. Esses fatores aumentam a lacuna que se estabelece entre trabalho e família em 200% a 250% e ampliam as chances de desencadeamento do *Burnout*. A prevalência dessa síndrome também sofre os efeitos da idade do profissional, da situação e condição familiar e dos fatores laborais (já citados amplamente). Inclusive, esse conjunto de fatores são considerados aceleradores do desencadeamento da doença (JAKOVLEJVIC et al., 2021).

Eelen et al. (2014) se referiram a um estudo randomizado com 1000 médicos oncologistas, cujo resultado apontou que 56% tinham sintomas de *Burnout*. Em outro relato sobre essa especialização médica, considerando risco a prevalência de uma pontuação alta em, pelo menos, uma de suas dimensões, esse risco foi identificado em 40% dos médicos e 31% dos enfermeiros. Outra investigação citada demonstrou a prevalência de *Burnout* em 44% de oncologistas, caracterizados como de “nível gravemente anormal de qualquer exaustão ou despersonalização”.

Jornadas laborais excessivas e prolongadas, labor noturno e trabalho adicional no ambiente familiar, notadamente em indivíduos femininos, e o sofrimento decorrente

da necessidade de êxito profissional na prática médica são variáveis que podem sugerir a prevalência desse agravo na profissão médica exercida por mulheres. Mas pesquisas indicaram, no público feminino, escores baixos em relação a emoções positivas como: sentimentos de autorrealização e de utilidade para o trabalho, se comparados com os profissionais homens. Mas carecem de estudos longitudinais (CALUMBI et al., 2010).

Uma pesquisa longitudinal, realizada com uma amostra de médicos de atenção primária que trabalhavam em um sistema integrado, concluiu que a dissonância entre os valores pessoais, a carga laboral e o controle da atividade foram os agentes desencadeadores do esgotamento (THE ACADEMIES PRESS, 2019).

Pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos compararam os contextos geográficos nos quais médicos realizam suas atividades profissionais, considerando limitações dos respectivos ambientes. Os resultados não encontraram diferenças significativas entre os que trabalham na área rural e na área urbana (HANSEN et al., 2021).

No que tange à enfermagem, a *Agency for Healthcare Research and Quality* estimou que o *Burnout* pode acometer entre 10% e 70% de enfermeiros e entre 30% e 50% de médicos e médicos assistentes. O baixo nível do bem-estar e os níveis de moderado a alto de *Burnout* são relacionados aos baixos graus de segurança do paciente e ao aumento de falhas médicas. Dados de uma recente pesquisa com médicos jovens residentes, realizada na Irlanda, demonstraram que 64% desses residentes experimentavam sintomas do *Burnout* e informaram suas falhas médicas, comparados aos 22% sem sintomas de *Burnout* (BRIDGEMAN et al., 2017).

Um número crescente de estudos enfatiza a importância de explorar os diferentes fatores relacionados ao trabalho associados aos níveis de *Burnout* entre os residentes, especialmente porque tal conhecimento informaria os esforços preventivos. Entre os relacionados ao trabalho fatores associados ao esgotamento, excesso de trabalho e poucas horas de sono, juntamente com falta de comunicação, relacionamentos ruins entre os pares e organização ineficiente e aspectos de supervisão foram identificados como os mais significativos. [...] descobriu-se que o esgotamento realmente precipita mais erros e reduz a qualidade do atendimento médico serviços. [...] Da mesma forma, estudos anteriores mostraram que os residentes com o maior nível de estresse no trabalho tendem a ser mais autocríticos e, portanto, mais inclinado a relatar erros cometidos (RIONDA et al., 2021, p. 2).

Em profissionais da enfermagem, sobre os quais foram encontrados mais de

50% dos estudos dessa síndrome no Brasil, a exaustão emocional e a baixa realização pessoal estavam severamente vinculadas à necessidade histórica de eles desempenharem com zelo e sacrifício o seu ofício, tendo suas energias drenadas até a exaustão em consequência do excesso de demandas de ordem moral e profissional. Reforça-se a necessidade de delineamento longitudinal de pesquisas para permitir proposição de inferências generalizadas ao longo do tempo sobre essa patologia (CARLOTTO, 2011).

Em uma revisão integrativa sobre a Síndrome de *Burnout* em equipes de enfermagem de unidades de terapia intensiva neonatal, pesquisas compreendidas no período de 2008 a 2017 apontaram “a prevalência da Síndrome de *Burnout* na equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal”, principalmente entre os prestadores de cuidados respiratórios. O escore foi médio na dimensão exaustão emocional, fraco escore na despersonalização e forte na baixa realização profissional. Demonstraram que essa prevalência “é maior entre trabalhadores do turno do dia e com cinco anos ou mais de experiência na área”. Nos últimos dez anos, as publicações sobre o tema nessa área foram escassas; apenas quatro foram localizadas, três relativas aos Estados Unidos e uma, ao Iran, de 2014 a 2017 (RUSSO, 2020, p.43).

Eelen et al. (2014) investigaram um grupo de profissionais da oncologia de ambos os sexos, de idade entre 20 e 60 anos, sendo 77 médicos, 88 psicólogos, 72 assistentes sociais, 36 enfermeiras especialistas, 266 enfermeiras e 11 de outras especialidades oncológicas. Os resultados mostraram: que 38,9% dos médicos (incluindo os radioterapeutas), 13,8% dos psicólogos, 20,9% dos assistentes sociais, 22,2% dos enfermeiros especialistas e 20,8% dos demais enfermeiros se encontravam em nível crítico de exaustão; que 27,6% dos médicos, 11,6% dos psicólogos, 16,4% dos assistentes sociais, 8,3% dos enfermeiros especialistas e 21,5% de enfermeiros outros demonstraram “alto nível de despersonalização”; que 6,7% dos médicos, 9,6% dos psicólogos, 14,9% dos assistentes sociais, 5,7% dos enfermeiros especialistas e 17,6% dos enfermeiros se referiram à derealização pessoal em nível problemático. Testes comparativos dos resultados apontaram que os médicos tiveram pontuações médias mais altas em exaustão emocional e em despersonalização, em relação aos

demais. Enfermeiros têm pontuações médias maiores em despersonalização, em relação aos enfermeiros especialistas e aos psicólogos.

Quanto à avaliação, a Síndrome de *Burnout* pode ser investigada por meio de modelos diversos. Um estudo realizado na Malásia examinou a prevalência de estresse e do *Burnout* em estudantes de medicina, com utilização do modelo *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (ARIF et al., 2021). De domínio público, o CBI consiste em três escalas que mensuram o desgaste pessoal, o desgaste associado ao trabalho e o desgaste relacionado ao cliente/paciente (KRISTENSEN et al., 2005), composto por 19 itens. Os achados apontaram a prevalência geral de 56,1%, 35,0% e 26,2% de *Burnout* entre os alunos de medicina, distribuídos nos três *campi* da pesquisa. Na classificação por ano de curso e trabalho clínico, a prevalência foi de 66,0% os do terceiro ano; 46% os do quinto ano; 64% e 43% os do trabalho clínico, quanto ao esgotamento pessoal e ao profissional, respectivamente (ARIF et al., 2021).

No Brasil, foi feita uma investigação sobre a prevalência do *Burnout* em enfermeiras de UTI das cinco regiões do país, com utilização do modelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (SIMONI, 2018). O MBI não leva em conta elementos antecedentes e consequentes do *Burnout*, centrando-se na exaustão emocional, na despersonalização ou cinismo e na não realização profissional (MASLACH; LEITER, 2008). Em 22 questões, os resultados registraram a prevalência de *Burnout* em 45,3% do total pesquisado. Desse total, a exaustão foi a dimensão que mais se sobressaiu, 38%. Depois, identificou-se a despersonalização ou cinismo em 7,3% e diminuição da realização em 13,9% (SIMONI, 2018).

Também outra investigação, realizada com enfermeiros e auxiliares de enfermagem de uma Rede de Atenção Básica à Saúde da Cidade de Bayeux, na Paraíba, identificou o *Burnout* no grupo pesquisado por meio do modelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (RAMOS et al., 2019). O MBI, de consistente estrutura fatorial, avalia as dimensões, exaustão emocional, despersonalização/cinismo e não realização profissional (MASLACH; LEITER, 2008). As 22 questões avaliadas apontaram o seguinte: 50%, baixo grau de exaustão emocional; 51,9%, baixo grau de despersonalização, e 55,8%, baixo nível de realização profissional. Desses todos,

13,5% tiveram identificadas ao menos duas dimensões alteradas, demonstrando características associadas ao *Burnout* (RAMOS et al., 2019).

Em outro estudo, foi levantada a presença de dimensões do *Burnout* em profissionais da estratégia de saúde no Piauí, de níveis superior (médicos, dentistas e enfermeiros) e técnicos de enfermagem, de saúde bucal e auxiliar de enfermagem. Os dados foram coletados por meio do modelo *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (TOMAZ, 2019). O OLBI avalia duas dimensões, exaustão e desengajamento, de forma clara e simples (DEMEROUTI; BAKKER, 2008). Os 16 itens avaliados indicaram que a prevalência do *Burnout* na amostra foi de 38,3%, sendo 21,3% com esgotamento emocional, e 9,9% com distanciamento do trabalho (TOMAZ, 2019).

As premissas dos modelos citados podem ser comparadas no quadro 5:

Quadro 5 - Comparação entre os modelos de avaliação do *Burnout*

Modelos	Bases	Categorias de análise
CBI (Khristensen et al., 2005)	fadiga e exaustão	esgotamento nos domínios: pessoal, trabalho e desgaste associado ao paciente
MBI (Maslach; Leiter, 2008)	resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho	exaustão emocional, despersonalização e não realização.
OLBI (Demerouti; Bakker,2008)	<i>Burnout</i> tem relação com o equilíbrio trabalho-família e saúde mental.	exaustão e desengajamento

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Esses foram os modelos mais citados na literatura consultada para este estudo, sendo o MBI o mais utilizado entre eles. Segundo Bravo et al. (2021), revisões sistemáticas identificaram mais de 25 modelos de mensuração do *Burnout*. Mas o MBI, em todas as suas versões, vem sendo o mais usado de forma ampla.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Relativamente aos objetivos, o estudo é exploratório porque busca investigar a relação entre qualidade de vida no trabalho, características pessoais – dados sociodemográficos e traços de personalidade – e vulnerabilidade ao estresse e o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em área pouco explorada, o ambiente hospitalar militar. Também a associação das características pessoais ao *Burnout* não é só pouco explorada, como os resultados são considerados só evidências para novas pesquisas. Estudos são exploratórios quando se voltam para temas em áreas pouco investigadas, “quando não há informação e se deseja conhecer o fenômeno”, as informações são poucas ou não existem (RICHARDSON et al., 2012, p. 66).

Quanto aos procedimentos, o estudo é correlacional porque busca identificar relações entre variáveis dos fenômenos estudados, condições pessoais/externas e Síndrome de *Burnout*. Como o nome indica, “a investigação correlacional preocupa-se em determinar as relações que existem entre as variáveis”, ajudando a “compreender certos eventos relacionados, condições e comportamentos” (BENTO, 2009, p.17,19). Também é uma pesquisa de campo, porque os dados foram coletados no ambiente no qual o fenômeno ocorre.

O estudo tem uma abordagem quantitativa, porque se baseou em variáveis cujos componentes foram avaliados por meio de escalas quantitativas, com resultados numéricos que correspondem à avaliação dos pesquisados sobre determinado aspecto. A abordagem quantitativa facilita a análise dos resultados obtidos, porque elimina “intervenções criativas” do pesquisador, dotando-os de grande utilidade para a realidade (TRIVIÑOS, 2009). Como a avaliação proposta se volta para aspectos de qualidade (fatores pessoais/externos e de personalidade) que podem se conectar a outros igualmente qualitativos por seus conteúdos (dimensões da Síndrome de *Burnout*), a abordagem é também qualitativa. Neste estudo, essa abordagem vai ser

configurada por meio de três categorias que delimitam a qualidade do fenômeno, entre as citadas por Triviños (2009): atividades/ações em situações muito prolongadas (como as da área médica); adaptação dos sujeitos a determinada situação e envolvimento nela (atividades e ambiente onde elas são desenvolvidas); relações oriundas do intercâmbio entre pessoas e situação (pessoas/pessoas, pessoas/atividade e pessoas/ambiente laboral). A abordagem qualitativa “justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno [...]” (RICHARDSON et al., 2012, p. 70). Aliás, segundo esses autores, não há oposição entre as abordagens quantitativa e qualitativa, uma vez que aquilo que se quantifica é a qualidade. Nesta pesquisa, como os resultados vão ser avaliados estatisticamente e é por meio desses resultados que se vai alcançar o objetivo pretendido, a abordagem é classificada como mais quantitativa, ante “[...] a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências” (RICHARDSON et al., 2012, p.79).

4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis se referem a informações de naturezas distintas sobre pessoas ou objetos focos de pesquisa. Variável “é o conjunto de resultados possíveis de um fenômeno, quando são feitas sucessivas medidas. São as características que podem ser observadas (ou medidas) em cada elemento da população” (SOUZA et al., 2012, p. 17). É uma “característica de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população. Como o nome diz, seus valores variam de elemento para elemento. As variáveis podem ter valores numéricos ou não numéricos”. Seus valores variam de indivíduo para indivíduo e podem ser expressos por valor numérico ou não (SÍLVIA, 2012, p. 2).

Esta pesquisa foi operacionalizada por meio de variáveis quantitativas independentes e de uma variável dependente. Variáveis quantitativas se referem às informações passíveis de mensuração, de contagem entre limites (SOUZA et al., 2012). “Variáveis independentes são as variáveis explicativas”, as que atuam sobre as

dependentes que, por sua vez, sofrem os efeitos daquelas; são as que originam algo (TRIVIÑOS, 2009, p. 108).

Neste trabalho, as variáveis são:

a) Independentes:

- Características sociodemográficas: aspectos que podem ter associação com incompatibilidades referentes a domínios do trabalho, como sexo, tempo de exercício da profissão, condição social e idade;
- Qualidade de vida no trabalho: aspectos representativos do ambiente laboral e intercâmbio desses com a atividade do sujeito em si;
- Traços de personalidade/pessoais: características capazes de influenciar positiva ou negativamente o padrão de comportamento no trabalho;
- Vulnerabilidade ao estresse: capacidade pessoal de ter ou de demonstrar ou não condição de enfrentamento de eventos estressores inerentes às atividades em si e ao ambiente laboral.

b) Dependente: Síndrome de *Burnout*, decorrente do desequilíbrio entre condições pessoais de resposta a demandas do ambiente laboral.

A opção por essas variáveis independentes para investigar o *Burnout* se justifica porque a relação entre qualidade de vida no trabalho e essa síndrome tem entre suas bases o desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho. “O trabalho é um agente de transformação da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano”, permitindo ao sujeito entender sua condição de existência e materializando-a no ambiente em que vive. Impactos negativos na qualidade de vida podem promover o estresse ocupacional e esse pode levar à Síndrome de *Burnout* (AREIA; COMANDULE, 2006, p.185). Swider e Zimmerman (2010) identificaram relações quantitativas entre traços de personalidade (modelo CGF) e as dimensões da Síndrome de *Burnout*.

4.3 AMBIENTE DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB), localizado na Área Militar do Aeroporto Internacional de Brasília, Lago Sul, Brasília (DF).

Esse hospital é oriundo da primeira Unidade de Saúde do Comando da Aeronáutica em Brasília, a Esquadrilha de Saúde, um posto médico instalado em 1º de janeiro de 1958, nas instalações da antiga Base Aérea de Brasília.

Aí funcionou o 1.º Escalão Funcional de Atendimento de Saúde, no período compreendido entre janeiro de 58 a agosto de 68, atuando no recolhimento do doente ou ferido, na prestação de primeiros socorros, na triagem e evacuação médica. Com a instalação da Base Aérea para as atuais instalações, em 26 de agosto de 1968, foi instituído o 2º Escalão Funcional de Atendimento de Saúde, "O Barracão", assim conhecido por suas características arquitetônicas com instalações em madeira. Aí eram realizados tratamentos ambulatorial e hospitalar de emergência e de urgência.

Posteriormente, com o crescimento da Guarnição de Aeronáutica de Brasília, a demanda do Esquadrão de Saúde aumentou, surgindo a ideia de criação de um Hospital de Área em Brasília. A necessidade crescente de atendimento e de melhores condições técnicas culminaram com a construção de outras instalações, inauguradas em 20 de maio de 1973.

Ao longo de dez anos, o serviço prestado, o interesse e a qualificação profissional de seu corpo clínico suscitaram a expectativa de um hospital maior, o que foi reforçado pelo fato de o Esquadrão de Saúde realizar um trabalho que gerava dados estatísticos compatíveis com os de um Hospital de Área. Entre 1983 e 1984, teve origem o Núcleo do Hospital de Força Aérea de Brasília, e em 27 de setembro de 1984, por meio da Portaria nº 1341/GM-3, DOU n.º 190, de 01 de outubro de 1984, autorizou-se a criação do Hospital de Aeronáutica de Brasília, nível de 3.º escalão funcional, cujo ponto de partida a ativação do Núcleo do Hospital de Aeronáutica de Brasília (NuHABR). Em seguida, obras de ampliação da área física foram necessárias, criando-se então o Núcleo do Hospital de Força Aérea de Brasília (NuHFAB), por meio da Portaria nº 470/GM-3 de 19 de maio de 1987, extinguindo-se o NuHABR. Essa data é comemorativa do aniversário do HFAB.

Com a presença Alto Comando da Aeronáutica e dos Comandos Gerais em Brasília, verificou-se a necessidade de se criar um hospital de 4.º escalão funcional que pudesse atender seu público usuário de forma plena e eficaz. Assim, após sucessivas pesquisas e estudos, deu-se a decisão em 30 de março de 1992, com a proposta de se

manter o Núcleo e de se incrementarem alguns serviços, como: a ativação da maternidade, a criação de sobreaviso, um Centro de Terapia Intensiva, melhorias no laboratório, sem produzir mudanças significativas na Tabela de Dotação de Pessoal (TDP).

Depois, com o aumento da demanda de usuários dos serviços hospitalares, foram geradas expectativas quanto à necessidade de serviços mais diversificados. Então, com um efetivo significativamente maior que o vigente em 1992, com a prestação de assistência de saúde nos campos da medicina preventiva, curativa e de reabilitação e com as inspeções de saúde realizadas em todos os aeronavegantes civis e militares sediados no VI COMAR, o NuHFAB demonstrou possuir os atributos inerentes a um Hospital de Força Aérea. Em 2005, o Comandante da Aeronáutica resolveu manter o criado Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB), agora um hospital de 4º escalão.

Relativamente a sua estrutura física, o HFAB conta com seis leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 18 leitos de enfermaria, uma triagem COVID, Unidade de Geriatria, Unidade de Pronto Atendimento e Centro Cirúrgico para pequenas e médias cirurgias, além de diversos ambulatorios de especialidades médicas e de atividades complementares (psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapia, assistentes sociais, fonoaudiólogos).

Seu quadro profissional é composto de profissionais de nível superior, alguns com pós-graduação. O HFAB atende uma média diária de 120 idosos para diversas atividades e, desde a pandemia, uma média diária de 40 pessoas para triagem.

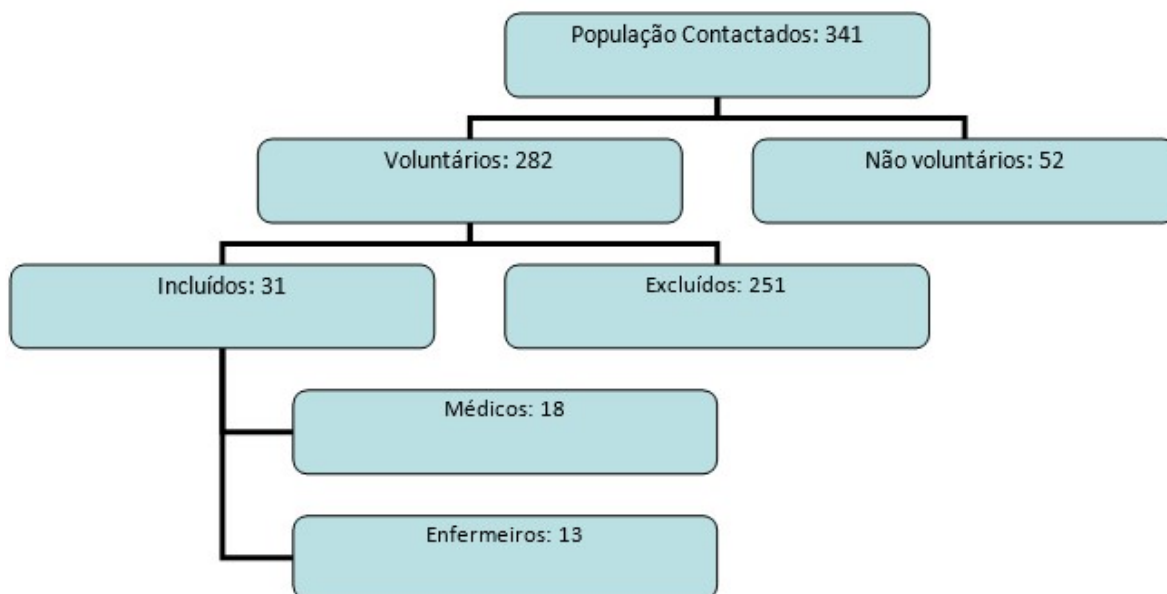
4.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA DA PESQUISA

O quadro funcional do HFAB conta com 341 profissionais de nível superior na área de atendimento médico, sendo 77 médicos, 68 enfermeiros, militares, de ambos os sexos. O restante é distribuído entre as demais atividades complementares.

A amostra do estudo foi composta por 31 médicos e enfermeiros de ambos os sexos, correspondendo a 21,3% do total desses profissionais (figura 1). É classificada como amostra de conveniência, tendo em vista os critérios terem sido o acesso ao

profissional e sua concordância em participar da pesquisa. Amostra de conveniência ou amostragem por acessibilidade é aquela em que se escolhe uma amostra que se encontra mais prontamente disponível, de certa forma não aleatória (KHAN, 2021).

Figura 1: Diagrama da amostra pesquisada



Fonte: Elaborada pela pesquisadora

4.4.1 Critérios de inclusão

Médicos e enfermeiros integrantes do quadro efetivo do Hospital das Forças Armadas de Brasília, em pleno desempenho de suas ocupações.

4.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa foi operacionalizada por meio do preenchimento de ficha de informação e da aplicação de escalas específicas e de questionários, quais sejam:

– Ficha de informações sociodemográficas: elaborada pela pesquisadora, envolvendo dados pessoais, sociais, de formação e profissionais, distribuídos entre marcações alternativas e objetivas de, no máximo, duas palavras, com tempo de aplicação previsto para cinco minutos;

– *Quality of Working Life Questionnaire* Questionário (QWLQ)-bref (Qualidade de Vida no Trabalho) ou versão abreviada, composta de 20 questões abrangendo aspectos diversos da qualidade de vida no trabalho, cuja mensuração foi distribuída nos moldes da escala Likert, com as seguintes opções de intensidade: “muito baixa” (1), “baixa” (2), “média” (3), “boa”(4) e “muito boa” (5). O conteúdo do QWLQ-bref, abreviado do modelo QWLQ-78, foi composto e validado por Cheremeta et al. (2011), que se basearam nos mesmos critérios utilizados por Reis Júnior (2008) para a validação do QWLQ-78, quais sejam: respostas esclarecedoras da qualidade de vida no trabalho dos respondentes; análise do sentido das definições de cada indicador; linguagem simples e objetiva para evitar ambiguidades; questões curtas e compatíveis com a escala avaliada; só um problema por questão; não referência explícita a tempo ou a outra comparação; aplicação para indivíduos de distintos graus de instrução; formulação como questionamento, não como afirmativa. Foram selecionadas questões correspondentes ao primeiro quartil de cada área do QWLQ-78 e relacionadas ao escore global da qualidade de vida no trabalho. Fez-se a correlação entre as questões e o escore global da qualidade de vida no trabalho, calculado com base na média dos quatro domínios constantes do questionário. Visando assegurar ao QWLQ-bref a mesma validade do QWLQ-78, foi feita uma comparação entre os dois instrumentos. A validação foi feita pelo doutor pesquisador de qualidade de vida no trabalho, vinculado a programas de Pós-Graduação *Stricto Senso* e atuante nessa linha, Reis Júnior. A consistência interna do QWLQ-bref ficou em torno de 0,9035 do coeficiente alfa de Cronbach. O tempo de aplicação não foi estimado, salientando-se apenas o instrumento “apresenta um tempo de aplicação encurtado” e “demandou menos tempo para aplicação” que o original (CHEREMETA et al., 2011, p. 12, 13).

Castro Mendes e Toledo (2018, p. 22) investigaram a percepção da qualidade de vida e sua relação com o *Burnout* com a aplicação do QWLQ – bref. Apesar de os resultados apontarem escores médios e altos de *Burnout*, concluíram que, na amostra

pesquisada, “o instrumento (QWLQ-bref) avaliando somente a qualidade de vida no trabalho remeteria a uma conclusão equivocada mascarando uma situação de sofrimento no trabalho”. É que esses resultados foram satisfatórios, e os de avaliação do *Burnout* mostraram um número significativo de indivíduos com a síndrome.

– Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), que avalia, de forma rápida, características de ajustamento e de instabilidade emocional. É um instrumento de autorrelato, elaborado com base no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que concebe a personalidade humana dividida cinco grandes dimensões: neuroticismo, extroversão, socialização, realização e abertura à experiência. O fator neuroticismo é composto por subfatores que agrupam sintomas e predisposições à impulsividade, à hostilidade, depressão, ansiedade, vulnerabilidade entre outros. Da EFN, constam quatro facetas: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. A EFN é composta de 82 itens, dispostos em escala tipo Likert ancoradas, nas extremidades: “o participante concorda plenamente que o enunciado o descreve bem” (7) e “o participante discorda completamente de que o enunciado o caracteriza” (1). A validação dessa escala foi feita em seis locais de aplicação no Brasil, e os resultados não apontaram diferenças estatisticamente significativas. A análise dos resultados indicou os quatros fatores que a compõem: desajustamento psicossocial, vulnerabilidade, ansiedade e depressão. Na aplicação do teste, foram observadas as orientações dos autores quanto ao espaço físico. O tempo máximo de aplicação não deveria ultrapassar 30 minutos (HUTZ; NUNES, 2001).

Silva e Sehnem (2018) avaliaram a saúde mental de policiais militares de Campos Novos (SC), relativamente à depressão, ansiedade, desajustamento psicossocial, vulnerabilidade, estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Além de questionários outros específicos, utilizaram a EFN para investigar o neuroticismo e os demais sintomas. Os resultados permitiram um resultado confiável.

– Escala de vulnerabilidade ao estresse no Trabalho (EVENT), para avaliar “quanto as circunstâncias do cotidiano do trabalho influenciam a conduta da pessoa, a ponto de caracterizar certa fragilidade” (SISTO et al., 2012, p. 10). Escala composta por 40 itens relacionados a situações geradoras do estresse – exemplos: acúmulo de

funções, acúmulo de trabalho, ambiente físico inadequado, dobrar jornadas, expectativa excessiva da chefia e outros –, devendo o sujeito pontuar itens que causam incômodo em uma escala tipo Likert, com as opções de intensidade: “nunca” (0), “às vezes” (1), “frequentemente” (2). A EVENT é pontuada pela soma dos itens assinalados pelos sujeitos, sendo 0 (zero) a pontuação mínima, e 80, a máxima. A escala é composta de questões relativas a fatores como: 1) clima e funcionamento organizacional (16 itens), referentes ao ambiente de trabalho e a aspectos da função como, salário inadequado, plano de cargos e salários, plano de carreira e relacionamentocom a chefia; 2) pressão no trabalho (13 itens), associados a fazer o trabalho do outro, a novas obrigações, à falta de solidariedade e outros; 3) infraestrutura e rotina (11 itens), correspondentes a salários atrasados, a licenças de saúde recorrentes de colegas, jornadas duplas de trabalho, mudança de chefias, doenças ocupacionais, problemas com equipamentos e material precário. A escala pode ser aplicada individual ou coletivamente, em grupos de 60 pessoas no máximo. O tempo de aplicação previsto é 20 minutos, aconselhável em uma única sessão. Estudos de precisão para os fatores foram realizados baseados no Alfa de Cronbach, com o Fator 1= 0,88, Fator 2=0,85 e Fator 3=0,77. Esse instrumento foi validado por meio de dois estudos de evidência: um que analisou se “os itens tinham funcionamento que diferenciava indevidamente pessoas” de sexos diferentes; outro que analisou componentes principais, para identificar variáveis subjacentes ou latentes (SISTO et al., 2012).

Gomes (2018) avaliou o nível de estresse de membros do Ministério Público de Santa Catarina por meio da escala de EVENT e concluiu que, entre os fatores de resultados mais expressivos, “pressão no trabalho” e “infraestrutura e rotina” tiveram bastante influência, indicando um alto nível de vulnerabilidade dos participantes da pesquisa. Por alguns relatos, foi possível inferir casos de depressão, mas essa variável não foi aferida.

– *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) ou Escala de Caracterização da *Burnout*, versão voltada para trabalhadores da área social, para identificar sentimentos associados ao desempenho no trabalho. As questões foram avaliadas conforme a frequência, distribuída segundo parâmetros da escala tipo

Likert em: “nunca” (1), “raramente” (2), “alguma vez (3), “frequentemente” (4) e “sempre” (5). Essa versão foi validada no Brasil, entre outros, por Trigo (2010, p.58), em uma pesquisa realizada com 521 auxiliares de enfermagem de várias unidades médicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IHC-FMUSP). O resultado oferece “suporte para a estrutura latente do construto tridimensional da MBI-HSS, sendo o modelo de três fatores o mais adequado para a amostra”. Estimou-se um tempo de 15 minutos para sua aplicação.

França e Ferrari (2012) investigaram a incidência da Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem de dois hospitais regionais do Mato Grosso, um particular e outro público. Foi utilizado o MBI para a coleta de dados, envolvendo três níveis da atividade de enfermagem: enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Os resultados apontaram que 9,58% dos pesquisados tinham a Síndrome de *Burnout*, sendo 53,84% enfermeiros e 46,16% auxiliares e técnicos de enfermagem.

4.6 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados se deu no período entre janeiro e março de 2019, no horário de serviço, na sala da Psicologia do HFAB, com 10 cadeiras. A amostra foi organizada em grupos de 5 pessoas.

Anteriormente à coleta, foi exigida uma autorização do Comandante da Organização Militar onde a pesquisa foi realizada.

Foram assegurados aos integrantes da amostra, anteriormente contatados, a liberdade de participação, sua integridade e a preservação dos dados que possam identificá-lo, reservando-lhes, especialmente, privacidade, sigilo e confidencialidade das informações coletadas, conforme Res. 466/12.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi entregue a cada um uma carta explicando o objetivo estritamente acadêmico do estudo e solicitando a participação para preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As escalas de pesquisa foram distribuídas pela pesquisadora e preenchidos

pelos próprios participantes, de forma individual.

Inicialmente, os pesquisados responderam a um questionário com perguntas de abordagem demográfica e laboral, organizado pela autora (apêndice 1). Na sequência, foram preenchidos: 1 - *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS); 2- Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ) versão abreviada; 3 - Escala de vulnerabilidade ao estresse no Trabalho (EVENT); 4 - Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN). O tempo médio total de aplicação dos instrumentos foi de 40 minutos.

4.7 TRATAMENTO DOS DADOS

Foi realizada uma estatística descritiva das variáveis quantitativas (médias e desvios padrão) e das variáveis categóricas (frequência absoluta e relativa). Para verificar a associação entre as variáveis de classificação da Síndrome de *Burnout* com as de qualidade de vida, de ajustamento emocional-neuroticismo e de estresse laboral, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado e caso a frequência observada fosse menor que 5, o teste exato de Fisher seria utilizado.

Vale ressaltar que o teste do Qui-Quadrado trata-se de um teste de associação que não permite obter informação quanto à força ou sentido dessa inter-relação (FIELD, 2009; ALTAM; KRZYWINSKI, 2016).

O nível de significância adotado foi $p \leq 0.05$ e todas as análises foram computadas utilizando do Pacote Estatístico para Ciências Sociais SPSS versão 22.0. para *Windows* e os gráficos foram produzidos utilizando dos programas JAMOVI®1.6.23 e Excel.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa vão ser apresentados em duas partes: na primeira, os dados demográficos, que vão configurar o perfil dos respondentes; na segunda, os resultados por variável investigada, relacionada à Síndrome de *Burnout*.

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

O perfil demográfico dos médicos e dos enfermeiros do HFAB que compuseram a amostra de pesquisa tem a seguinte configuração:

Tabela 1- Perfil demográfico da amostra: médicos e enfermeiros

Variáveis		Categorias					
		Médicos (n=18)		Enfermeiros (n=13)		Total (n =31)	
		f	fr(%)	f	fr(%)	f	fr(%)
Estado civil	Casado	10	55,6	8	61,5	18	58,1
	Solteiro	8	44,4	5	38,5	13	41,9
Filhos	Sim	9	50,0	8	61,5	17	54,8
	Não	9	50,0	5	38,5	14	45,2
Faixa etária	25 a 29 anos	1	5,6	2	15,4	3	9,7
	≥ 30 anos	17	94,4	11	84,6	28	90,3
Sexo	Homens	11	61,1	10	76,9	21	67,7
	Mulheres	7	38,9	3	23,1	10	32,3
Área de trabalho	UTI	9	50,0	10	76,9	19	61,3
	Ambulatório	9	50,0	3	23,1	12	38,7
Carga Horária	≤ 30 horas	4	22,2	0	0,0	4	12,9
	> 30 horas	14	77,8	13	100,0	27	87,1
Grau de formação	Superior	18	100,0	13	100,0	31	100,0
	Especialista	15	83,3	6	46,2	21	67,7

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Sobre as categorias profissionais foco do estudo, de início, o quantitativo menor de enfermeiros do que de médicos não foi intencional, apenas correspondeu, em relação aos contatados, aos que concordaram em responder os questionários.

Sobre o estudo abranger médicos e enfermeiros ao mesmo tempo, o fato não traz implicações de ordem investigativa, uma vez que se trata de profissões correlatas e, no caso, são exercidas em hospital, mais precisamente na mesma unidade hospitalar, ou seja, ambas atendem aos mesmos normativos institucionais. Aliás, desse ponto de vista, um mesmo parâmetro normativo no ambiente laboral pode até favorecer a melhor identificação de sua influência sobre as características pessoais (sociodemográficas e de personalidade). Além disso, atividades realizadas no mesmo ambiente podem ter, eventualmente, as mesmas limitações ou não.

5.2 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROPOSTAS E O BURNOUT

Cada variável foi investigada em sua relação com o *Burnout*. Em sua estatística descritiva, os resultados são apresentados nas frequências absoluta e relativa, apenas para se visualizar melhor a contagem em si e sua representação em termos de amostra populacional.

4.7.1 Dados sociodemográficos

Na tabela 2, a descrição das medidas que associam os itens a seus resultados, como probabilidades de ocorrência de resultados:

Tabela 2- Variável sociodemográfica e *Burnout*

Variáveis		Classificação <u>Burnout</u>				P	Odds Ratio	I.C. (95%)
		Alto		Moderado				
		n	fr(%)	n	fr(%)			
Estado Civil	Solteiro	1	7,7	12	92,3	0,3	4,6	0,4 - 45,4
	Casado	5	27,8	13	72,2			
Filhos	Não	3	20,0	12	80,0	1,0	1,0	0,3
	Sim	3	18,8	13	81,3			
Faixa Etária	25 a 29 anos	1	50,0	1	50,0	0,3	4,8	0,3
	≥ 30 anos	5	17,2	24	82,8			
Sexo	Homens	1	11,1	8	88,9	0,6	0,4	0,3
	Mulheres	5	22,7	17	77,3			
Formação	Médico	3	16,7	15	83,3	0,6	1,5	0,3
	Enfermeiro	3	23,1	10	76,9			
Setor trabalho	UTI	3	21,4	11	78,6	0,7	0,7	0,3
	Ambulatório	3	17,6	14	82,4			
Carga Horária	> 30 horas	2	20,0	8	80,0	1	0,9	0,1 – 6,2
	≤ 30 horas	2	20,0	8	80,0			
Grau Pós-Graduação	Superior	18	100,0	13	100,0	-	-	-
	Especialista	15	83,3	6	46,2			

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Pelos dados dessa tabela, no item estado civil, não houve associação significativa entre ele e a classificação do nível de *Burnout*, $\chi^2(1) = 1,9$, ($p = 0,3$). No entanto, pode-se observar a prevalência para o nível moderado do *Burnout* entre os respondentes solteiros, 92,3%, quando comparados com os casados, 72,2%. Então, a condição de solteiro aumenta em 4,6 vezes a chance de esses respondentes desenvolverem a forma moderada do *Burnout*.

Segundo Campos et al. (2015), estudos sobre o *Burnout* envolvendo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem relataram que a condição de solteiro é “determinante” para o desencadeamento do *Burnout*. No mesmo sentido, Dias et al. (2010) se referiram a estudos indicativos de que enfermeiros solteiros apresentam maior grau de exaustão emocional. Isso, pelo fato de eles estarem mais disponíveis para o trabalho e de ser mais fácil vivenciarem o estresse e, depois, chegarem ao *Burnout*.

No item filhos, não houve relação significativa entre ter ou não filhos e as formas do *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,008$ ($p = 1$). Porém, ressalta-se a prevalência para a forma moderada de *Burnout* entre os respondentes com filhos. Então, respondentes com filhos têm 1,0 vez mais chance de desenvolver o *Burnout* (IC: 0,1– 6,4).

Esses dados concordam com os encontrados por Campos et al. (2015), indicando que profissionais de enfermagem com filhos tinham aumentadas as possibilidades de exaustão emocional e de despersonalização. Sobre outro estudo, contrariamente relataram a maior susceptibilidade de adoecimento em profissionais sem filhos. Nessa direção, Dias et al (2010) apresentaram resultados apontando que profissionais da área de saúde e sem filhos podem desenvolver maior grau de exaustão emocional e são propícios ao estresse laboral. *The National Academies* (2019) também concordou que filhos podem diminuir o risco do *Burnout* em qualquer profissão, mas ressaltou que isso pode variar a depender da idade da criança.

Sobre o item faixa etária, os dados também demonstraram não haver uma significativa associação dele com a classificação do *Burnout*, $\chi^2(1) = 1,2$ ($p = 0,3$). Mas observa-se que respondentes acima de 30 anos têm 82,8% de prevalência de ser acometido pela forma moderada da doença, em comparação com os de 25 a 29 anos (50%). Em outras palavras, por esse resultado, respondentes acima de 30 anos têm 4,8 vezes mais chance de desenvolver o *Burnout* em nível moderado, comparados com os de 25 a 29 anos (IC: 0,2- 9,2).

À primeira vista, diferente do resultado deste estudo, mais idade – a média foi de 42 anos – pode ser indicativo de maior amadurecimento em relação à forma de se conduzir no trabalho e de gerenciar problemas, porque a idade é associada à experiência. Gallego e Rios (1991) concordaram que o tempo de vida e de realização de tarefas termina por reduzir vulnerabilidades e aumentar a segurança, enquanto Bostjancic et al. (2015) afirmaram que pessoas mais velhas geralmente são mais estáveis quanto às expectativas da atividade, têm melhores condições particulares de vida, e esse conjunto favorece as estratégias de enfrentamento. Já resultados apresentados por Campos et al. (2015) vão em duas direções: profissionais mais velhos têm mais probabilidades de adoecimento, e profissionais mais novos têm risco maior de desenvolver o *Burnout*. Para You et al. (2015), a idade (maior) pode ser um potencial moderador “que afeta a relação entre fatores individuais e *Burnout*” – essa síndrome tem sido observada de forma consistente entre mais jovens – e, em outro ângulo, o gerenciamento de problemas laborais (fruto da idade) pode decorrer da abertura a novas experiências, especialmente de aprendizagem e de criatividade.

O item sexo não foi associado significativamente à classificação do *Burnout*, $\chi^2(1)=0,5$ ($p=0,6$). Porém, observa-se que a prevalência para a classificação de *Burnout* moderado foi mais em homens, 88,9%, quando comparado com mulheres, 77,3%. Dessa forma, as mulheres têm 0,4 vezes menos (IC : 0,0 – 4,2) chance de desenvolver *Burnout* em nível moderado.

Esse resultado corrobora os achados relativos a médicos e enfermeiros referidos por Dias et al. (2010), evidenciando que homens são mais sujeitos à despersonalização. Já Gallego e Rios (1991), em estudos gerais sobre o *Burnout*, trouxeram opiniões distintas sobre o sexo em relação a essa síndrome: as mulheres lidam ligeiramente melhor com o excesso de estresse que os homens, por seu envolvimento emocional, e mulheres vão engrossar as fileiras dos profissionais acometidos pelo *Burnout*, devido ao enfrentamento em sua superabundância de trabalho, atividades laborais externas e tarefas domésticas.

Embora possam parecer perspectivas contrárias, na verdade não o são, já que, respectivamente, uma se volta para as características pessoais, elemento interno, e a outra, para o acúmulo de trabalho, elemento externo. Tanto que, enquanto Calumbi et al. (2010) relataram baixos escores relativos a dimensões do *Burnout* em mulheres, quando comparadas a homens, Bravo et al. (2021) confirmaram a prevalência do *Burnout* em mulheres profissionais de segmentos distintos, não da área de saúde.

No item formação acadêmica, não se identificou significativa relação entre médicos e enfermeiros e o nível de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,1$ ($p = 0,6$). Mesmo sem significância estatística, a categoria médico demonstrou prevalência de 83,3% para o nível moderado de *Burnout*, quando comparada à de enfermeiros, 76,9%. Então, por esses dados, os médicos têm 1,5 vezes mais chance de desenvolver o *Burnout* (IC: 0,2 – 8,9) em nível moderado, quando comparados aos enfermeiros.

Segundo *The National Academies* (2019), o esgotamento da categoria médica é problema em muitos países, correlacionado não só aos fatores do ambiente e da profissão, como às características pessoais e ao tipo de medicina (familiar, de emergência, interna geral neurologia e outras). Aí se destacam os que se encontram “na linha de frente do acesso ao sistema de prestação de cuidados de saúde”, em contatos diretos com o paciente. Jakovljevic et al. (2021), Bridgeman et al. (2017) e

Hagihara e Murata (2021) confirmaram essa conclusão, os dois primeiros, com uma média de prevalência do *Burnout* em 40% dos médicos, e os outros, com a prevalência geral de 67%, essa em 45 países.

Outros resultados citados por *The National Academies* (2019) apontaram que entre 35% e 54% de médicos e enfermeiros nos Estados Unidos apresentam sintomas substanciais da Síndrome de *Burnout*. Já enfermeiros que atuam em hospitais desenvolvem taxas mais altas de esgotamento. Carvalho e Magalhães (2011) referiram que os profissionais da enfermagem, enfermeiros propriamente, auxiliares e técnicos, têm mais probabilidade de desenvolver o *Burnout* pelo fato de passarem mais tempo junto aos pacientes e terem mais contato com seus familiares.

Sobre o setor de trabalho, UTI e ambulatório, não houve associação significativa entre esse item e as formas da Síndrome de *Burnout*. Não obstante, os respondentes que trabalham no ambulatório demonstraram prevalência para a forma moderada de *Burnout* (82,4%), quando comparados com os que trabalham na UTI (78,6%). Significa que os atuantes em UTI têm 0,7 menos de chance de desenvolver a forma moderada do *Burnout* (IC:0,1 – 4,6).

Esse resultado contraria o referido por Campos et al. (2015), segundo o qual a maior possibilidade de acometimento do *Burnout* entre profissionais de saúde está com enfermeiros atuantes em Centros de Terapia Intensiva; por Jakovljevic et al. (2021), que citaram o esgotamento em 50% de especialistas em UTI, e por Russo (2020), que relatou a prevalência de *Burnout* entre enfermeiros de UTI neonatal.

Mesmo sem significância estatística, logo de início esse resultado chama atenção ao denotar menos chance de *Burnout* em respondentes que atuam em UTI. É que pela própria natureza intensiva dessa unidade, o trabalho já implica pressão e mais tensão para os profissionais, principalmente quanto a decisões a serem tomadas. Rodrigues (2011) esclareceu que, para eles, importa primeiro o realizar, depois o pensar; Carlotto e Pelazzo (2006) lembraram que eles têm de adequar seu desempenho às condições de trabalho e à pressão inerente, e Matsuo et al. (2021) afirmaram que eles ainda têm de lidar com a ansiedade dos familiares por resultados, com as questões éticas e a demanda de mais recursos emocionais.

No item carga horária, também não se constatou associação significativa entre

o resultado e as formas de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,004$ ($p = 1,0$). Viu-se uma prevalência para a forma moderada entre os que trabalham acima de 30 horas. Ou seja: esses têm 1,0 vez mais chance de desenvolver a Síndrome de *Burnout* no nível moderado, quando comparado com os que trabalham até 30 horas (IC: 0,1-7,0).

Esse dado corrobora os achados citados por Campos et al. (2015) no sentido de que quanto maior é a carga de trabalho de enfermeiros, maior é o risco de desenvolvimento da síndrome. Também os dados de Kovaleski e Bressan (2012), estendidos a profissionais da saúde em geral, concluindo que a sobrecarga laboral está entre os fatores predisponentes ao *Burnout*.

Médicos e enfermeiros trabalham em regimes determinados de hora em hospitais, regimes menores que o de outros profissionais, dado o caráter da atividade. Logo, o que exceder o quantitativo determinado pode representar sobrecarga das atividades e, concomitantemente, sobrecarga da pressão e da tensão, promovendo algum nível de desequilíbrio entre esforço e trabalho.

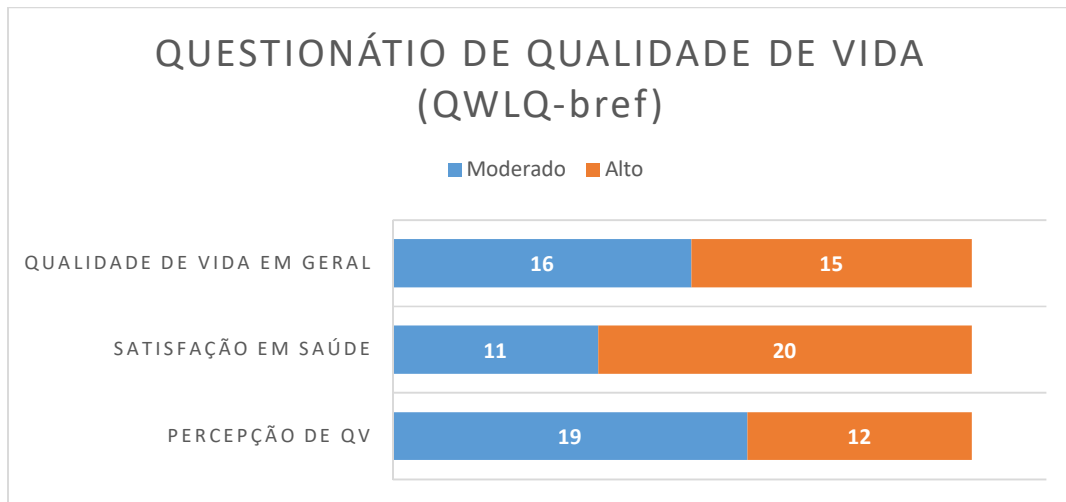
No sentido geral, Bravo et al. (2010) explicaram que esse desequilíbrio é constantemente referido na resposta ao estresse laboral, na falha das estratégias de enfrentamento e no construto do *Burnout*. Demerouti et al. (2001) concordaram que aspectos do trabalho (como o excesso de horas trabalhadas) podem causar custos físicos e psicológicos, por requererem mais esforço. Demerouti et al. (2001) e Schaufeli e Taris (2014) concordaram que a sobrecarga de trabalho é um agente estressor, e contrariamente, Bakker et al. (2014) citaram que a sobrecarga de trabalho não acarreta níveis altos de *Burnout* se os trabalhadores contarem com apoio, tiverem autonomia e bom relacionamento com superiores hierárquicos.

O item grau de formação não apresentou resultados.

4.7.2 Qualidade de vida no trabalho

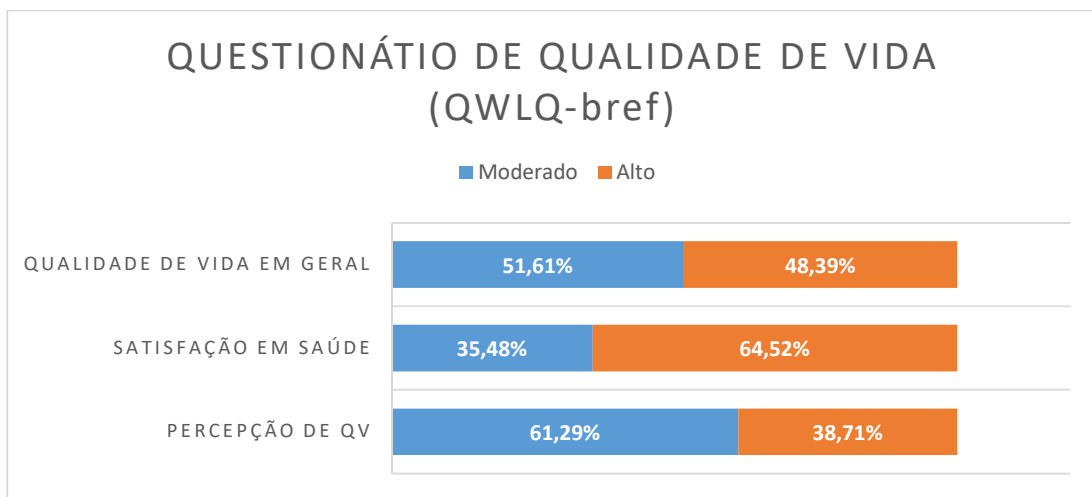
Nos gráficos 1 e 2, encontram-se os dados grupais relativos à variável qualidade de vida no trabalho.

Gráfico 1- Qualidade de vida no trabalho da amostra – frequência absoluta



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Gráfico 2- Qualidade de vida no trabalho da amostra – frequência relativa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Pelos dados dos gráficos 1 e 2, a qualidade de vida geral foi de 51,6% de frequência moderada, sendo 61,29% nível regular de percepção de qualidade de vida, 64,52% nível ruim de satisfação em saúde.

Os resultados dos itens qualidade de vida no trabalho e a percepção dessa qualidade (gráfico 2) indicam uma certa coerência, até porque ambos se referem ao mesmo conteúdo. A diferença é que enquanto o primeiro se refere diretamente ao elemento esclarecedor, obtendo-se respostas mais objetivas – a exemplo da questão 6: “Você se sente realizado com o trabalho que faz”, e da 16: “Você se

sente satisfeito com variedade de tarefas que realiza?” –, o segundo acrescenta um elemento esclarecedor por meio outra proposta, que é a de avaliar (que implica perceber) – a exemplo da questão 1: “Como você avalia sua liberdade de criar coisas novas no trabalho?”, e da questão 18: “Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?” Esse enfoque corresponde ao que Cheremeta et al. (2011) explicaram quando da validação do instrumento QWLQ-bref, respectivamente: respostas esclarecedoras e análise do sentido dos indicadores. Esses enfoques se aproximam da definição de qualidade de vida do WHOQOL (2012), como a percepção dos indivíduos sobre sua vida do ponto de vista cultural e do ponto de vista das preocupações e das expectativas em relação a ela.

Quanto aos dados em conjunto, o da saúde, maior resultado negativo, pode refletir o peso dessas expectativas e preocupações, denotando, conforme o WHOQOL (2012), que a qualidade de vida implica tanto estilo de vida e bem-estar geral e específico, como saúde. Essa não é desvencilhada daqueles.

Na tabela 3, a descrição das medidas que associam os itens a seus resultados, como probabilidades de ocorrência de resultados:

Tabela 3 - Percepção da qualidade de vida da amostra pesquisada

Variáveis		Classificação Burnout				p	Odds Ratio	I.C. (95%)
		Alto		Moderado				
		n	fr(%)	n	fr(%)			
Percepção de Qualidade de Vida	Ruim	3	25,0	9	75,0	0,6	0,5	0,0 - 3,3
	Regular	3	15,8	16	84,2			
Satisfação em Saúde	Ruim	3	16,7	15	83,3	0,6	1,5	0,2 - 0,8
	Regular	3	23,1	10	76,9			
Qualidade de Vida Total	Ruim	4	33,3	8	66,7	0,1	0,2	0,0 - 1,5
	Regular	2	10,5	17	89,5			

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Pelos dados da tabela acima, não houve associação entre a percepção da qualidade de vida no trabalho com as formas de apresentação do *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,4$ ($p = 0,6$). Vale ressaltar que mesmo não havendo associação significativa, observa-se que respondentes com uma percepção regular da qualidade de vida apresentam uma prevalência de 84,2% para a forma moderada de *Burnout*, quando comparados com

os que percebem como alta a qualidade de vida, 75%. Ou seja: pessoas com a qualidade de vida regular têm 0,5 menos chance de pertencer à categoria de *Burnout* moderada (IC: 0,0 - 3,3).

De um ponto de vista, segundo Teixeira et al. (2009), a qualidade de vida no trabalho na maioria das vezes é avaliada com base na relação que o trabalhador desenvolve com sua atividade, com sua produção. De outro, conforme Ferreira (2011), ocorre de acordo com as representações gerais que o trabalhador gera da empresa ou das representações especiais que ele constrói. Mas Teixeira et al. (2009) explicaram que ela envolve elementos da vida em geral, como relacionamentos, satisfação, evolução e outros. Assim, infere-se que o que ele desenvolve desses aspectos dentro e fora do trabalho pode até se confundir em uma avaliação. Talvez por isso Liliy et al. (2015) tenham afirmado que ainda não há consenso quanto àquilo que constitui realmente a qualidade de vida no trabalho, como ela é desenvolvida e, em consequência, como é percebida.

No item satisfação em saúde, também não foi identificada relação entre ele e a Síndrome de *Burnout*, $\chi^2(1) 0,1$ ($p = 0,6$). Mesmo não sendo significativa a associação, respondentes com nível ruim de satisfação em saúde demonstram prevalência de 83,3% para desenvolver a forma moderada do *Burnout*. Isso quando comparados aos respondentes com nível regular (76,9%). Em outras palavras, aqueles com nível de satisfação de saúde ruim têm 1,5 vezes mais chance de se enquadrar na categoria moderada de *Burnout* (IC: 0,2 - 8,9).

A OMS definiu a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Por essa definição, o nível ruim da qualidade de vida dos respondentes pode não estar necessariamente associado a enfermidades – já que eles estão em atividade –, mas a aspectos físicos (como cansaço), sociais (relacionamentos) e mentais (como ansiedade). Baptista e Carneiro (2011) associam a ansiedade a problemas de saúde, o que pode ser confirmado adiante, nos resultados das outras variáveis. De qualquer modo, Pizzoli (2005) afirmou que os profissionais da enfermagem, pela atividade, se submetem a situações com vários aspectos negativos, e isso não deixa de impactar mais ou menos sua estrutura geral.

Igualmente não houve associação significativa entre qualidade de vida total e dimensões do *Burnout*, $\chi^2(1) = 2.4$ ($p = 0,1$). No entanto, é possível verificar a prevalência de 89,5% da classificação regular de *Burnout* contra 66,7% do nível ruim. Ou seja: respondentes classificados com qualidade de vida ruim têm 0,2 vezes menos chance de desenvolver o *Burnout* de forma moderada, quando comparados com os respondentes com nível regular (IC: 0,0 – 1,5).

O que chama a atenção nesse resultado, independente de sua representação quantitativa, é o registro qualitativo: respondentes com o nível mais ruim de satisfação de saúde têm menos chance de desenvolver *Burnout* que os de nível moderado. A natural tendência é associar um dado negativo a um desfecho ruim.

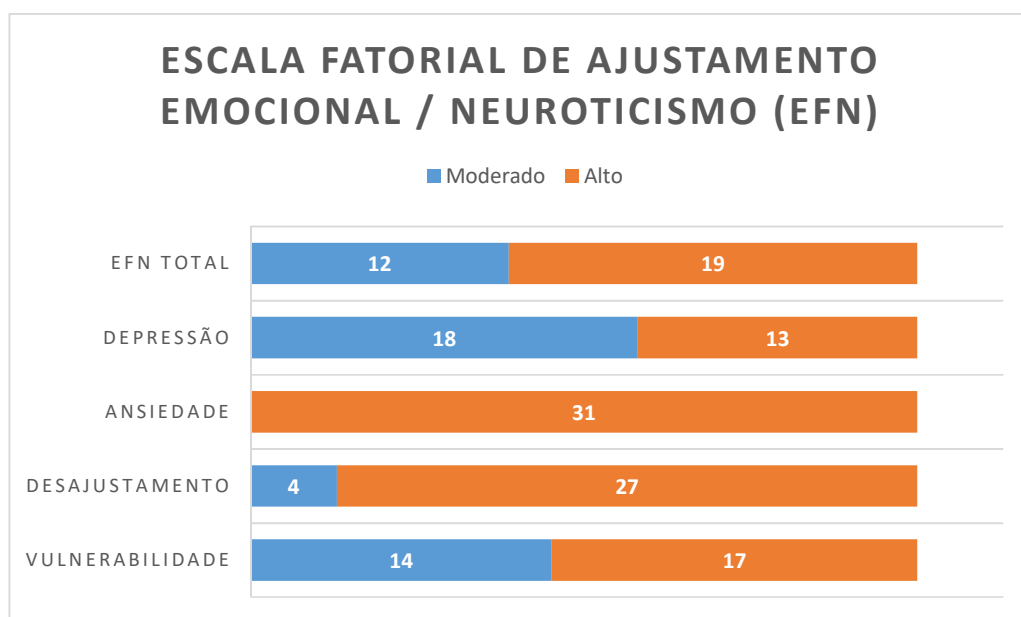
No caso, como de acordo com a OMS (2012), a qualidade de vida no trabalho também tem muito da visão do trabalhador, ou seja, de como ele se percebe no ambiente laboral. Talvez nessa visão pessoal se possa identificar a classificação dos fatores de *Burnout* a que se referiram Moreira et al. (2018). Enquanto os facilitadores se referem às pessoas, aos traços pessoais que podem intervir como inibidores ou preditores do estresse, os desencadeadores são os que extenuam, principalmente em situações de continuidade. Também You et al. (2015) afirmaram que mesmo não tendo ainda grande relevância na literatura com o preditores ou não do *Burnout*, os recursos pessoais auxiliam bastante (negativa ou positivamente) o desenvolvimento da resiliência e as estratégias de enfrentamento, a habilidade individual para controlar o que surge no ambiente laboral. Por isso, são até chamados de capital psicológico”.

Dessa forma, essa mínima diferença no resultado pode então ser justificada pelos valores citados no *Vade Mecum* Militar do Exército (2002), absorvidos e vivenciados pelos militares, principalmente quanto ao amor à profissão e ao espírito de corpo. Aliás, esses valores, na vivência diária, se confundem com os deveres e com a ética, ressaltando-se aí a lealdade, o patriotismo e a honra pessoa, respectivamente. Segundo Marras (2012), os profissionais terminam por assimilar as formas desejáveis de comportamento, e o ingresso na carreira militar já é indicativo de afinidade com os padrões. Esse conjunto pode minimizar os efeitos negativos de outras variáveis.

4.7.3 Traços de personalidade/neuroticismo

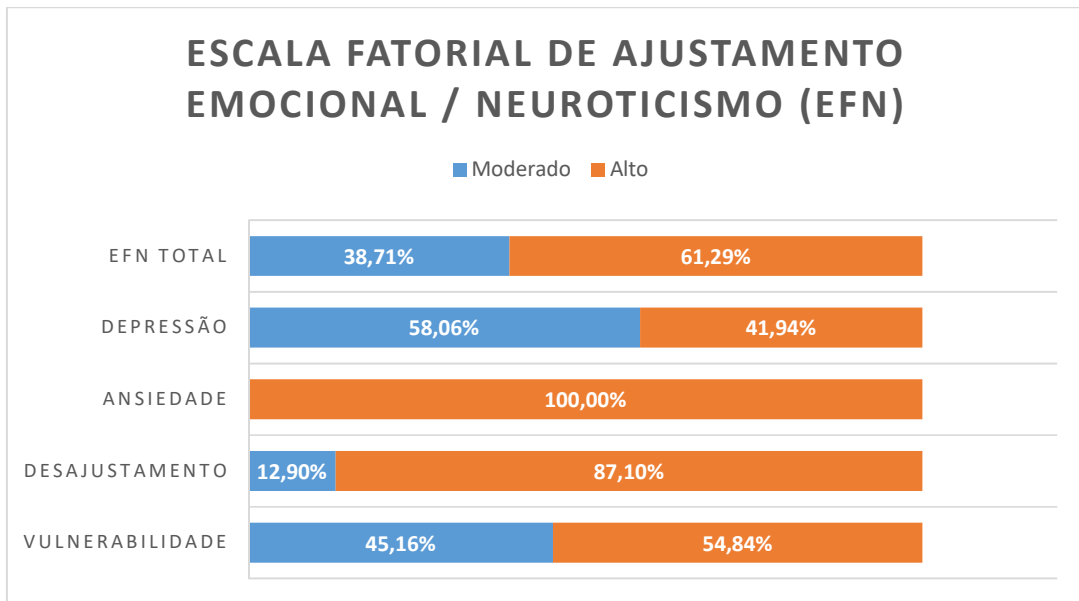
Os dados do gráfico 3 e 4 demonstram que o ajustamento emocional e neuroticismo total foi de classificação alta, em 61,3 %, sendo 54,8% nível alto de vulnerabilidade, 87,1% nível alto de desajustamento emocional, 100% nível alto de ansiedade e 41,9% nível alto de depressão.

Gráfico 3 - Classificação da amostra quanto a traços de personalidade/neuroticismo – frequência absoluta



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Gráfico 4- Classificação da amostra quanto a traços de personalidade/neuroticismo – frequência relativa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Esses itens referidos foram citados por Hutz e Nunes (2011) e caracterizam o neuroticismo quando alcançarem determinado nível de cronicidade. Suas formas de expressão não só causam sofrimento como inadequações comportamentais em situações do ambiente laboral e fora dele.

Nesses resultados, chamam mais atenção o alto nível de desajustamento emocional e o nível total de ansiedade. Tinoco et al. (2011) apontaram o desajustamento emocional em nível crônico como sinônimo do neuroticismo, enquanto Swider e Zimmermann (2010) explicaram que a ansiedade é causada pelo esgotamento.

Por sua vez, You et al. (2015) afirmaram que ela é o traço forte do neuroticismo (confirmado no resultado acima), e Tinoco et al. (2011) disseram que, como sintoma de maior frequência, no conjunto, leva a comportamentos de risco, junto com a depressão. Se para Swider e Zimmermann (2010), a abertura a experiências e a conscienciosidade/realização pessoal podem reduzir a ansiedade, o resultado 100% de ansiedade sugere a total ausência desses fatores no total de respondentes.

Na tabela abaixo, a descrição das medidas que associam os itens a seus resultados, como probabilidades de ocorrência de resultados:

Tabela 4 - Vulnerabilidade e *Burnout* na amostra pesquisada

Variáveis	Classificação Burnout							
	Moderado				Alto			
		n	fr(%)	n	fr(%)	p	Odds Ratio	I.C. (95%)
Vulnerabilidade	Moderado	3	21,4	11	78,6	1,0		0,2 - 7,5
	Alto	3	17,6	14	82,4			
Desajustamento	Moderado	1	25,0	3	75,0	0,094	1,5	0,1 - 17,2
	Alto	5	18,5	22	81,5			
Ansiedade	Alto	6	19,4	25	80,6	-	-	-*
Depressão	Moderado	4	22,2	14	77,8	1,0	0,2	0,2 - 10,2
	Alto	3	21,4	11	78,6			
EFN TOTAL	Moderado	3	25,0	9	75,0	0,6	1,7	0,2 - 10,7
	Alto	3	15,8	16	84,2			

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

* Não foi possível a análise, pois todos se encontravam na classificação “alto” quanto à ansiedade.

No item vulnerabilidade, vê-se que não houve associação significativa entre ele e os níveis de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,070$ ($p = 1,0$). Mesmo sem significância, aqueles com alta classificação de vulnerabilidade têm prevalência (82,4%) para desenvolver a forma moderada da *Burnout*, em relação aos de classificação moderada.

Segundo Campos et al. (2015), a vulnerabilidade é causada pelo neuroticismo em alto grau. Oliveira et al (2015) afirmaram que na fase de resistência ao estresse é que geralmente se observa o maior grau de vulnerabilidade, e Takahashi et al. (2014) explicaram que avaliar a vulnerabilidade exige conhecer o contexto ao qual se é mais suscetível e os respectivos agentes estressores, como sobrecarga, relação com chefia e outros. Já Chakr (2021) citou a negação da vulnerabilidade como agente estressor intrínseco, pela dificuldade de reconhecimento de pontos negativos da situação. Os resultados deste estudo parecem não indicar negação, ou se sim, foi em menor grau.

No item desajustamento não houve associação significativa com as formas de apresentação do Burnout, $\chi^2(1)=0,094$ ($p= 1,0$). Mas observa-se que aqueles com alto nível de desajustamento demonstram prevalência de 81,5% para desenvolver a forma moderada de *Burnout*. A classificação alta de desajustamento indica 1,4 mais probabilidade de desenvolver a forma moderada de *Burnout* (IC: 0,1 – 17,2).

Costa (2018) explicou que o *Burnout* é originário do prolongado desajustamento em importantes áreas da vida profissional e da social do indivíduo: sobrecarga laboral,

nível de recompensa, falta de controle das funções, falta de justiça, relações insatisfatórias e não correspondência entre condições laborais e valores pessoais. Para Maslach et al. (2001), o desafio é tentar verificar o nível de correspondência entre a pessoa e essas áreas do trabalho. Costa (2018) completou que quanto maior for a lacuna da não correspondência, maior será a possibilidade de esgotamento.

A avaliação do item ansiedade não trouxe inferência estatística, pois todos estavam no nível máximo de classificação, 100%.

Sobre o item depressão, constata-se que não houve associação significativa entre os níveis de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,2$ ($p = 1,00$). Mesmo não havendo significância, observa-se uma prevalência de 84,6% em respondentes. Significa que esses respondentes têm 1,5 mais chance de desenvolver a forma moderada da doença, quando comparados com os de classificação moderada (IC: 0,2 – 10,2).

A associação da depressão (subfator do neuroticismo com 84,6% de prevalência) aos outros subfatores (ansiedade, 100%; desajustamento, 81,5% e vulnerabilidade, 82,4%) sugere o conjunto de sintomas que vão interferir no comportamento do trabalhador. Hutz e Nunes (2001) descreveram os indicativos desses subfatores: depressão - desesperança, melancolia, ideação suicida e sintomas similares; ansiedade - pânico, fobias; desajustamento - sintomas de personalidade borderline e antissocialidade; vulnerabilidade- sintomas de personalidade dependente e de esquiva. Por sua vez, Baptista e Carneiro (2012) explicaram que estudos dão conta de que fatores genéticos podem influenciar subfatores, como a vulnerabilidade e a depressão, e ainda relataram uma interligação entre eles: relação direta entre estresse e depressão pelos neurotransmissores serotonina e GABA, que ainda influenciam a ansiedade. Já Liasi et al. (2021), relativamente aos médicos, afirmaram que o esgotamento, decorrente do neuroticismo, causa ineficiência profissional.

Na análise da EFN total, nota-se que não houve associação significativa entre classificação dos itens investigados e formas de apresentação de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,4$ ($p = 0,6$). No entanto, mesmo não havendo significância nessa, há respondentes com a classificação alta, prevalência de 84,2% sobre os de prevalência moderada, 75%. Ou seja: respondentes com alta classificação total têm 1,77 vezes mais chance de desenvolver a forma moderada do *Burnout* (IC: 0,2 – 10,7), quando

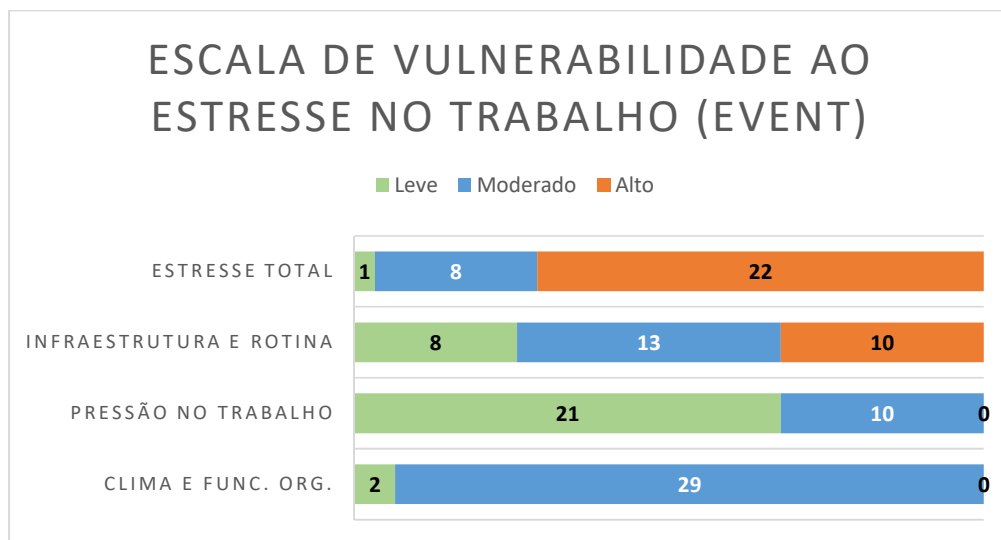
comparados aos de classificação moderada.

Considerando a consistência da representação dos subfatores do neuroticismo, independentemente de uma relação significativa entre ele e o *Burnout*, pode-se dizer que os respectivos sintomas, se ainda mais agravados, podem chegar a comprometer os respondentes envolvidos nas prevalências.

A relação do neuroticismo com dimensões do *Burnout*, conforme Swider e Zimermann (2010), e sua colocação entre os predisponentes mais fortes dessa síndrome, segundo You et al. (2015), são quase conclusões. Se não se encontrou consenso nesse sentido por um lado, por outro, não se identificaram ideias contrárias.

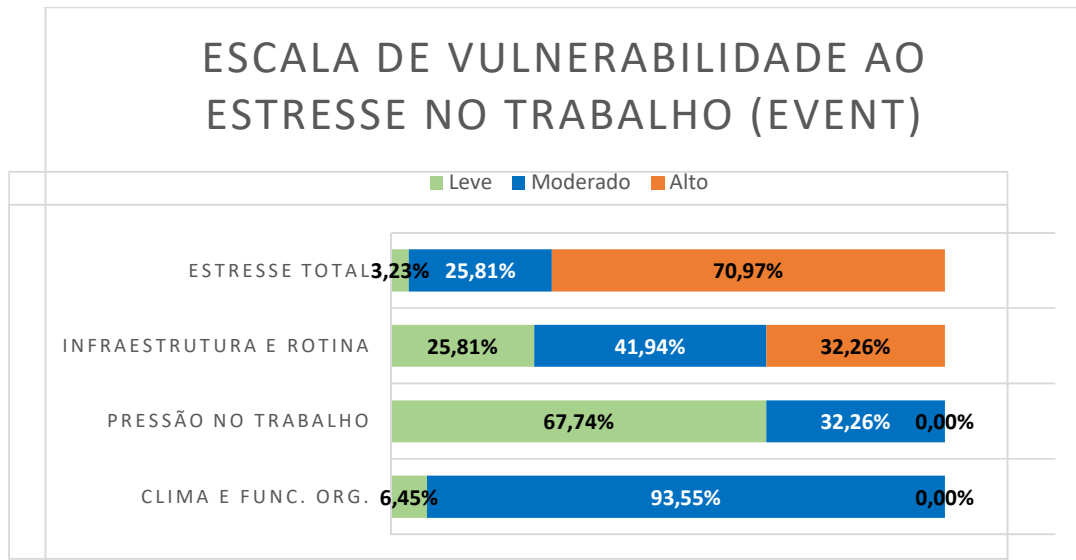
4.7.4 Vulnerabilidade ao estresse

Gráfico 5 - Classificação da amostra quanto à vulnerabilidade ao estresse no trabalho – frequência absoluta



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Gráfico 6 - Classificação da amostra quanto à vulnerabilidade ao estresse no trabalho – frequência relativa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os dados dos gráficos acima demonstram que 70,97% dos respondentes apresentam nível alto de classificação de estresse total. Desses, 93,5% o atribuíram aos aspectos clima e funcionamento organizacional em nível moderado; 32,26%, à pressão no trabalho, e 41,9%, à infraestrutura e à rotina, ambos em nível moderado.

Os aspectos clima e funcionamento organizacional em certa medida centralizaram as queixas, lembrando que, pelo que Sisto et al. (2012) esclareceram, eles incluem desde questões relativas às funções de médico e enfermeiro, como plano de carreira, salários inadequados, funções e relacionamentos hierárquicos, até o ambiente de trabalho em si. Sendo militares, os salários devem obedecer a determinações do governo, e as funções e os planos de carreira devem também acompanhar os critérios de ordem interna militar, desde os citados no *Vade Mecum* do Exército (2002). Relacionamentos hierárquicos tanto quanto o ambiente laboral, o HFAB, resultam da junção entre o que inerente às profissões de médico e de enfermeiros exercidas em hospital e as condições de hospital militar, baseado em parâmetros de valores, deveres e ética.

A menor prevalência da pressão no trabalho, que pode se referir tanto à atividade em si como aos parâmetros militares, parece indicar que não responde pelo alto nível de ansiedade de todos os respondentes. Esse pode estar mais relacionado a

outras questões, como o funcionamento e o clima organizacionais de nível bastante expressivo, e bem menos ao trato com enfermos e à vivência de militar.

Na tabela 5, a descrição das medidas que associam os itens a seus resultados, como probabilidades de ocorrência de resultados:

Tabela 5 - Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e classificação de *Burnout* na amostra de médicos e de enfermeiros

<u>Variáveis</u>		<u>Classificação Burnout</u>		<u>P</u>	<u>Odds Ratio</u>	<u>I.C. (95%)</u>	
		<u>Alto</u>	<u>Moderado</u>				
		<u>n</u>	<u>fr(%)</u>				
<u>Infraestrutura e Rotina</u>	<u>Leve</u>	4	21,400	4	50,000	0,010	---
	<u>Moderado</u>	2	21,400	11	84,615		
	<u>Alto</u>	0	0,000	10	100,000		
<u>Clima e Func. Org.</u>	<u>Leve</u>	3	37,500	5	62,500	0,161	4,000
	<u>Moderado</u>	3	13,043	20	86,957		
<u>Pressão no Trabalho</u>	<u>Leve</u>	4	19,048	17	80,952	0,100	0,941
	<u>Moderado</u>	2	20,000	8	80,000		
<u>Estresse Total</u>	<u>Moderado</u>	3	33,333	6	66,667	0,320	3,167
	<u>Alto</u>	3	13,636	19	86,364		

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Na tabela 5, percebe-se uma associação significativa entre os itens infraestrutura e rotina e a classificação de *Burnout*, $\chi^2 (1) = 6,67$ ($p = 0,01$).

Na EVENT, as questões relacionadas à infraestrutura e rotina englobam desde elementos estruturais propriamente ditos (precariedade de instalações e de equipamentos), jornadas de trabalho (tempo dobrado, mudança de horário), aspectos supervenientes (licenças saúde recorrentes de colegas), mudança de chefia, relação entre pares (como falta de colaboração de colegas), aspectos financeiros (salários atrasados e status financeiro) e expectativas funcionais (ascensão profissional).

É um quadro vasto de observação que decorre de vários e distintos fatores e aos quais podem ser associadas, de modo geral, tanto questões de controle (elementos estruturais), como formas de organização (aspectos financeiros e expectativas funcionais) e políticas de gerenciamento (aspectos supervenientes e relação entre pares).

Moreira et al. (2018) identificaram alguns fatores organizacionais que desencadeiam o estresse contínuo: comunicação institucional insuficiente, organização burocrática inadequadas, falta de apoio dos superiores, insatisfação com os salários e

insatisfação com a carreira. Conforme Seligman-Silva et al (2010), características laborais, incluindo vários fatores e situações, podem ter influência sobre a saúde mental do trabalhador, por não se levar em conta os limites psíquicos e físicos do trabalhador. Há uma certa imposição de cumprimentos de metas em detrimento das subjetividades. Conforme Silva e Sehnem (2018), se rotinas de trabalho em si podem determinar o aparecimento de fatores de risco à saúde do trabalhador, em rotinas marcadas por problemas estruturais, pessoais, associadas a políticas de gerenciamento e a outros, principalmente no trabalho hospitalar, mais ainda nas funções de médico e de enfermeiros, é de se esperar que o risco à saúde seja multiplicado. Isso justifica, então, a relação significativa entre os achados dos itens infraestrutura e rotina e a classificação do *Burnout*.

No item clima e funcionamento organizacional, não houve associação significativa entre ele e os níveis de *Burnout*, $\chi^2(1) = 2,27$ ($p = 0,161$). Ainda assim, é possível observar que respondentes com classificação moderada têm prevalência de 86,95% para a forma leve de *Burnout*. Ou seja: a classificação moderada tem prevalência bem maior, 4 vezes mais que as pessoas que têm classificação leve.

Na EVENT, as questões relacionadas ao clima e ao funcionamento organizacional englobam desde elementos do ambiente físico (inadequações), aspectos de relacionamento (dificuldades com chefias, expectativas excessivas de chefias, falta de diálogo com a chefia, tom autoritário de superiores), expectativas quanto à carreira (não oportunidade de crescimento, falta de plano de cargos e salários), ausência de *feedback* profissional, inadequação salarial e ausência de reconhecimento funcional.

Alguns aspectos do clima e funcionamento organizacional e aspectos da infraestrutura e rotina têm conteúdo semelhante, no tocante às áreas observadas (expectativas profissionais, elementos estruturais e relacionamentos). Logo, infere-se que se os dados do item infraestrutura e rotina demonstraram uma associação significativa entre ele e o *Burnout*, os dados de conteúdo comum podem ter relação com a prevalência de 86,95% de clima e funcionamento, mesmo sem significância.

Sobre estressores laborais, Sadir et al. (2010) descreveram que clima e funcionamento organizacional podem se referir mais ao relacionamento com pessoas

e aspectos implícitos na atividade desempenhada. Ambas as referências confirmam os resultados encontrados na amostra pesquisada. Por sua vez, Takahashi et al. (2014), em uma pesquisa com trabalhadores de atividade com atendimento ao público, constataram que os homens obtiveram maiores médias nos estressores clima e funcionamento organizacional que as mulheres.

Pelos dados dessa tabela 5, não houve associação significativa da pressão no trabalho com o nível de *Burnout*, $\chi^2(1) = 0,004$ ($p = 1,000$). Pessoas com classificação moderada têm 0,9 menos chance de desenvolver a forma moderada de *Burnout* (IC: 0,14 – 6,25).

Na EVENT, o item pressão avalia questões como: acúmulo de funções, trabalhos que não pertencem à função própria, realizar trabalho do outro, prazos para realização de trabalhos, ritmo acelerado, mais obrigações e outras.

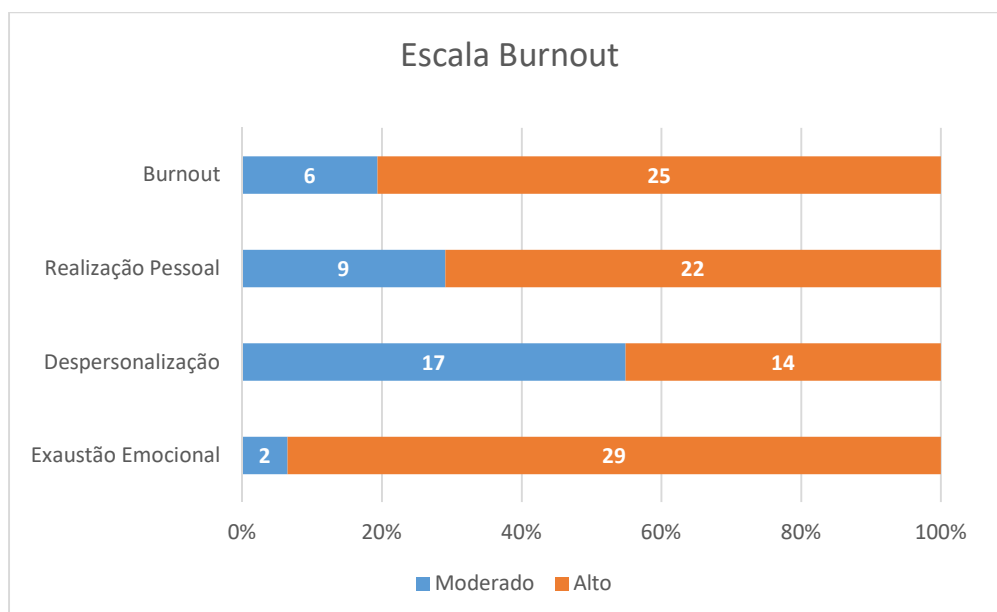
Takahashi et al. (2014) se referiram à pressão mais como exigência psíquica, relacionada ao tempo, ao cumprimento de metas e outros. Mas citando dados obtidos de pesquisa em atividade relacionada com atendimento ao público, relataram diferenças significativas de pressão no trabalho associada ao tempo de experiência e ao sexo, mais em homens que em mulheres. Carlotto e Palazzo (2006) associaram a pressão crônica nas condições ao *Burnout*.

Referente ao estresse total, não houve associação significativa entre esse resultado e classificação de *Burnout*, $\chi^2(1) = 1,58$ ($p = 0,320$). Respondentes com alto nível de estresse têm prevalência de 86,4%, ou seja, têm 3,1 vezes mais chance de desenvolver a forma moderada do *Burnout*(IC: 0,5 – 20,0).

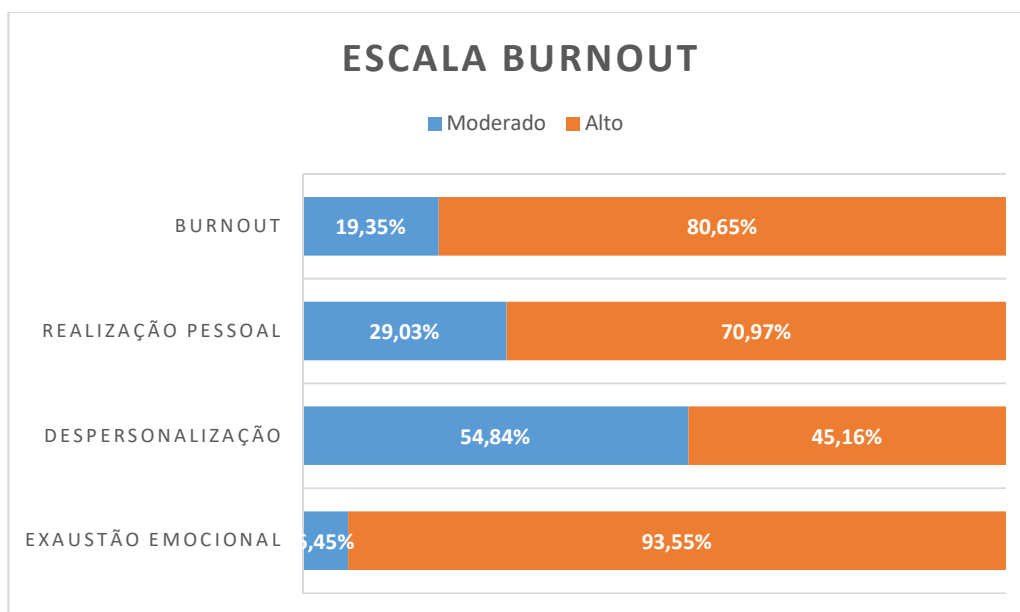
No contexto desses agentes estressores, Mallagris e Fiorito (2006) destacam que os eventos em si não desencadeiam o estresse, mas sim, a interpretação deles, a qual tem relação direta com traços de personalidade e com experiências individuais.

4.7.5 A Síndrome de Bounout

Gráfico 7–Prevalência de *Burnout* na amostra de médicos e enfermeiros - frequência absoluta



Fonte: Elaborado pela pesquisadora
Gráfico 8 – Prevalência de *Burnout* na amostra de médicos e enfermeiros - frequência relativa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Nos gráficos 7 e 8, o *Burnout* de nível classificado como alto foi identificado em 80,6% do total da amostra, sendo que 93,5% apresentou alto nível de exaustão emocional, 54,8% nível moderado de despersonalização e 71%, nível alto de realização pessoal.

Resultados semelhantes aos desta pesquisa, de menor prevalência na

dimensão despersonalização entre as três do *Burnout*, foram encontrados em uma amostra de enfermeiros por Simoni (2018) e em uma amostra de enfermeiros de UTI neonatal, por Russo (2020). Já Ramos et al. (2019) identificaram despersonalização em nível médio (entre as dimensões do *Burnout*) em enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Eelen et al. (2014) identificaram um alto grau de despersonalização entre profissionais da área de oncologia; 27,6% dos médicos, 8,3% dos enfermeiros especialistas e 21,5% de enfermeiros.

Na prática, conforme Carotto e Palazzo (2001), a despersonalização é expressada por meio de falta de sensibilidade emocional e trato desumanizado com colegas ou clientes. Já Bridgeman et al. (2017) afirmam que, em alguns casos, a despersonalização pode prejudicial, a não ser se for precedida da exaustão emocional, outra dimensão do *Burnout*. Mas não é o caso deste trabalho.

Sobre a exaustão emocional, segundo Maslach e Leiter (2008), ela é a dimensão mais encontrada, o que corresponde aos números deste estudo, 93% de prevalência. Já Bravo et al. (2021) identificaram uma relação significativa entre exaustão emocional e despersonalização e o *Burnout* em mulheres, e relação menor com a dimensão desrealização profissional. Por sua vez, Campanini (2021) ressaltou que a exaustão emocional e a despersonalização têm natureza mais subjetiva, por dependerem de estratégias de enfrentamento e de traços da personalidade. Já a desrealização profissional pode ser objetivada, possivelmente pelos comportamentos que implica.

Os resultados de Bravo et al. (2021) referentes à despersonalização e à desrealização profissional, ainda que se refiram aos dois sexos, não correspondem aos achados deste estudo.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo confirmam dados encontrados na literatura, quanto a médicos e enfermeiros serem muito propensos ao desenvolvimento do *Burnout*, principalmente pela associação entre agentes estressores inerentes à profissão – convívio com a doença e expectativas de recuperação da saúde –, agentes esses que são agravados quando as atividades são exercidas em hospitais – no caso deste estudo, em UTI e emergências – e agentes estressores do ambiente laboral.

Relativamente aos objetivos do trabalho, os achados relativos aos integrantes, obtidos por meio de instrumentos específicos, evidenciaram características pessoais, sociodemográficas e de qualidade de vida no trabalho que, por si só, poderiam ser fatores senão de desencadeamento do *Burnout* (questão ainda não consensual na literatura), mas de contribuição para o desenvolvimento dessa síndrome. Isso porque características sociodemográficas e pessoais, por exemplo, podem ser vistas como possíveis fatores de mudança do status da qualidade de vida em si. Sobre a qualidade de vida no trabalho, os dados apontaram aspectos organizacionais com efeitos negativos sobre os sujeitos pesquisados e causadores de estresse. Porém, a maioria deles não é específica do ambiente militar, mas sim se referem a ambientes organizacionais em geral, reconhecidamente causadores de estresse que envolvem os sujeitos.

Sobre a relação de traços da personalidade de médicos e de enfermeiros respondentes e sua relação com o *Burnout*, os dados que mais chamaram a atenção foi o desajustamento emocional e o nível de ansiedade que, se tornados crônicos, são vistos como neuroticismo. Esse é um dos importantes fatores de estresse que, por sua vez, conforme seu grau, pode desencadear o *Burnout*, porque tem relação com outras características das dimensões da síndrome.

Quanto ao estresse e sua relação com o *Burnout*, ficou caracterizado o alto nível desse estado entre os integrantes da pesquisa. As justificativas citadas pelos participantes se por um lado apontaram decorrências do ambiente médico em si e do hospitalar em particular, por outro, se referiram a causas encontradas na iniciativa privada também, como questões promocionais e salariais. A diferença é que militares,

mesmo médicos e enfermeiros, se enquadram no regime governamental dos servidores nesses aspectos.

Por fim, no que tange à correlação estatística entre qualidade de vida no trabalho, características pessoais, estresse laboral e dimensões da Síndrome de *Burnout*, uma parcela significativa de profissionais médicos e enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e de emergência do Hospital da Força Aérea de Brasília (HFAB) está acometida de sintomas que podem levar à Síndrome de *Burnout* e um maior percentual desses profissionais pode estar caminhando para o desenvolvimento da síndrome. Isso porque já apresentam, isoladamente, alto nível de exaustão emocional ou de despersonalização ou de baixa realização pessoal. A isso, somem-se as características pessoais e os traços de personalidade não especificamente como preditores da síndrome, mas como fatores que podem contribuir para seu desenvolvimento ou, ao contrário, para o enfrentamento das demandas estressoras.

Assim, os dados deste estudo permitem afirmar que a presença de algumas dimensões da Síndrome de *Burnout* de médicos e enfermeiros do Hospital das Forças Armadas de Brasília, em maior ou menor grau, pode ser associada à qualidade de vida no trabalho em ambiente militar, a características pessoais – dados sociodemográficos e traços de personalidade – e à vulnerabilidade ao estresse laboral, respondendo dessa forma ao problema de pesquisa levantado. Observou-se que os participantes deste estudo percebem que estão estressados e apresentam não somente sintomas de estresse atual, como também uma parcela significativa de ansiedade. E considerando os esforços de adaptação às mudanças presentes no contexto individual, muitos demonstram fortes chances de adoecimento.

Ao longo do estudo, ficou claro que, apesar de a Síndrome de *Burnout* estar se tornando uma questão de saúde pública e de haver muitas pesquisas sobre ela, ainda não há consenso quanto à totalidade dos fatores que contribuem para seu desencadeamento. Apenas há quase um consenso sobre os fatores estressores laborais como causadores, tanto que a síndrome é relacionada ao trabalho. Mas assim mesmo, já se defende que os eventos, em si, não causam o estresse – que, tornado crônico, leva ao *Burnout* –, mas sim a interpretação deles é que leva.

Entendimentos como esse ampliam o leque de possibilidades de investigação da

síndrome relacionada a variáveis de cunho pessoal e, principalmente, reforçam a proposta deste estudo que incluiu características sociodemográficas e traços de personalidade como variáveis de investigação do *Burnout*.

Conhecer as variáveis que podem estar mediando o processo de desenvolvimento da síndrome é fundamental para traçar um perfil do profissional de maior vulnerabilidade e também de estratégias de prevenção. Este estudo aponta um perfil constituído por profissionais militares médicos e enfermeiros do Hospital de Força Aérea de Brasília que atuam nos serviços de urgência e emergência, com maior escolaridade, apresentam sintomas e percepção de estresse, que não possuem estilo de vida saudável e apresentam transtornos mentais comuns, incluindo sintomas de ansiedade e depressão.

Os achados da pesquisa confirmaram a hipótese independente de que a prevalência de características da Síndrome de *Burnout* entre médicos e enfermeiros de Hospital das Forças Armadas de Brasília tem relação com as variáveis selecionadas.

Diante disso, considera-se que o trabalho alcançou o objetivo proposto.

Os dados revelam a necessidade de monitorar o comportamento dos profissionais, de acordo com as manifestações que são características de cada dimensão da síndrome, a fim de prevenir o desencadeamento do *Burnout*. Dessa forma, sugere-se a realização de estudos de delineamento longitudinal como estratégia de monitorar o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* e propor estratégias de intervenção principalmente à nível individual, como medida de intervenção à saúde dos profissionais de saúde, visando a transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida no contexto laboral e pessoal.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A delimitação temporal da pesquisa bibliográfica aos últimos dez anos sofreu grandes limitações em relação a alguns subtemas e também, de certa forma, à Síndrome de *Burnout*, sobre a qual há uma profusão de publicações.

Relativamente aos primeiros, na busca de teorizações sobre qualidade de vida do trabalhador, dados sociodemográficos e traços de personalidade, a dificuldade foi encontrar fontes primárias naquele lapso temporal. Trabalhos mais atuais se reportavam a fontes cujo teor interessava a este estudo, mas eram de décadas passadas. Quanto ao segundo, que revelou o mesmo problema, foram encontrados muitos artigos de 2021, mas a quase totalidade se referia ao *Burnout* no contexto da pandemia pelo Covid-19. Produções de 2020 praticamente não foram localizadas, possivelmente pelo impacto da pandemia.

Com isso, estabeleceu-se um impasse metodológico: consultar fontes mais atuais (dentro do lapso temporal) como orientado, porém secundárias, referenciando as primárias de interesse do estudo por meio de *apud*, ou elater aquele lapso e consultar fontes primárias? Como o acesso às fontes primárias é amplo e dada a importância dessa consulta do ponto de vista da metodologia, optou-se pela segunda alternativa, porém limitando rigorosamente os casos ao estritamente necessário de extrapolação do lapso temporal ao mínimo possível. Apenas três autores são anteriores aos anos 2000, e a maioria situou-se no lapso 2010 a 2021.

De qualquer forma, não se perdeu de vista a orientação temporal no que foi possível.

REFERÊNCIAS

ALTMAN, Naomi; KRZYWINSKI, Martin. Association, correlation and causation. *Nature Methods*, v.12, n.10, 2015.

AREIAS, Maria Elenice Quelho; COMANDULE, Alexandre Quelho. Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de Burnout. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G.; VILARTA, R. (org.) **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES, 2006. Disponível em: <https://www.fef.unicamp.br/pdf>. Acesso em: 25 set 2021.

ARIF, Nik Muhammad; ROSLAN, Nurhanis Syazni; ISMAIL, Shaiful Bahari; NAYAK, Ramyashilpa D.; JAMIAN, Muhamad Ridzuan; MOHAMED, Alya Syahmina; ROSHIDI, Mohamad Ali; EDWARD, Teh Chen; KAMAL, Muhammad Aiman; AMIN, Muhammad Mujaahid Mohd; SHAARI, Shukri; BASRI, Muhammad Fikri Shaharudin. Prevalence and associated factors of psychological distress and burnout among medical students: findings from two campuses. *Int. J. Environ. Res. Saúde Pública*, n.18, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerp>. Acesso em: 29 set 2021.

BABAMIRI, M, Alipour N, Heidarimoghadam R. Research on reducing burnout in health care workers in critical situations such as the COVID-19 outbreak. **Work**. 2020;66(2):379–380

BARELLO S, Graffigna G. Caring for Health Professionals in the COVID-19 Pandemic Emergency: Toward an “Epidemic of Empathy” in Healthcare. *Front Psychol*. 2020;11:1431.. Caring for Health Professionals in the COVID-19 Pandemic Emergency: Toward an “Epidemic of Empathy” in Healthcare. **Front Psychol**. 2020;11:1431.

BAKKER, Arnold B.; BOYD, Carolyn M.; DOLLARD, Maureen; GILLESPIE, Nicole; WINEFIELD, Anthony H., STOUGH, Con. The role of personality in the job demands-resources model. **A study of australian academic staff**. 2010. Disponível em: www.researchgate.net. Acesso em: 2 out 2021.

BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia; SANZ-VERGEL, Ana Isabel. Burnout and work engagement: the JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2014. Disponível em: [www.research gate.com](http://www.researchgate.com). Acesso em: 3 out 2021.

BAPTISTA, Makilim Nunes; CARNEIRO, Adriana Munhoz. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia*, v. 28, n. 3, p. 345-352, 2011. Disponível em: www.scielo.br. Acesso: 17 out 2021.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto; AUGUSTO, Lia Giraldo da S. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev. Bras. Epidemiol*, v.13, n. 3, 2010. Disponível em: [www.scielo. br](http://www.scielo.br). Acesso em: 2 out 2021.

BENTO. **Estudos correlacionais**. 2009. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/ppt/EstudosCorrelacionais.pdf>. Acesso em: 25 set 2021.

BOSTJANCIC, E.; KOCJAN, G. Z.; STARE, J. Role of socio-demographic characteristics and working conditions in experiencing burnout. *Suvremena Psihologija*, v.18, n.1, p. 43-60, 2015. Disponível em: www.researchgate.net. Acesso em 15 out 2021.

BRAVO, Diana M.; SUÁREZ-FALCÓN, Juan C.; BIANCHI, Javier M.; SEGURAVARGAS, Miguel A.; RUIZ, Francisco J. Psychometric properties and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory–general survey in Colombia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, n. 18, 2021. Disponível em: [https://www.mdpi.com/ journal/ijerph](https://www.mdpi.com/journal/ijerph). Acesso em: 5 out 2021.

BRIDGEMAN, Patrick J.; BRIDGEMAN, Mary Barna; BARONE, Joseph. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health-Syst Pharm*, n. 74, 2017.

CAMARGO, Sávio Ferreira; ALMINO, Romanniny Hévillyn S.C.; DIÓGENES, Monique Pimentel; OLIVEIRA NETO, João Pedrosa de; SILVA, Ingrid Dantas S.; MEDEIROS, Leandro Cabral; DANTAS, Kaio Graco R.; CAMARGO, Juliana Dantas de A. S. Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um

hospital. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 26, n.4, 2021. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 22 set 2021.

CAMPOS, Isabella Cristina M.; ANGÉLICO, Antonio Paulo; OLIVEIRA, Marcos S. de; OLIVEIRA, Daniela Carine R. Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados à síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. *Psychology/ Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 28, n. 4, p. 764-771, 2015. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 3 out 2021.

CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.27, n.4, p. 40-410, 2011. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 10 out 2021.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, v. 11, n. 2, p. 167-173, 2006.

CARLOTTO; Mary Sandra; PALAZZO, Lílian dos S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.5, 2006. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 12 out 2021.

CARVALHO, Clecilene Gomes; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Síndrome de burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n.1, p.200-210, 2011. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/86/pdf>. Acesso em: 18 out 2021.

CARVALHO, Lucas de F.; PIANOWSKI, Giselle; REIS, Ana Maria; SILVA, Rosiane Gonçalves C. Personalidade: o panorama nacional sob o foco das definições internacionais. 2017. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 out 2021.

CASTRO MENDES, Eliane Terezinha de; TOLEDO, Maria Helena C. Percepção de qualidade de vida no trabalho e sua relação com o Burnout: um estudo com a equipe de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista Ensaios Pioneiros**, v. 2 n. 2, 2018.

CHAKR, Valentina Coutinho B. Gava. Stress management in medicine. Rev Assoc Med Bras, v. 7, n.3, p.349-352, 2021.

COSTA JR. Paul T.; MCCRAE, Robert. The five-factor model and the NEO inventories. 2012. Chapter 16. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285860801>Acesso em: 20 out 2021.

COSTA, Ludmila da Silva T.; GIL-MONTEB, Pedro Rafael; POSSOBONA, Rosana de Fátima; AMBROSANO, Glauca Maria Bovi. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 26, n. 4, p.636-642, 2012. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 5 out 2021.

COSTA, Vitor Hugo Loureiro B. Relações entre Burnout, traços de personalidade e variáveis sociodemográficas em trabalhadores brasileiros. 2018. **Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=34143>.Acesso em: 21 set 2021.

CUPERMAN, R.; ICKES, W. Big Five predictors of behavior and perceptions in initial dyadic interactions: personality similarity helps extraverts and introverts, but hurts "disagreeables". Journal of Personality and Social Psychology, 97(4), 667-684, 2009. Disponível em: <https://drcb.qwriting.qc.cuny.edu/files/2011/08/cuperman.pdf>. Acesso em: 2 out 2021.

DEMEROUTI, E., BAKKER, A.B. The Oldenburg Burnout Inventory: a good alternative to measure burnout and engagement. In J. R.B. Halbesleben (ed.). Handbook of stress and burnout in health care. New York: Nova Science Pub Inc., 208.

DEMEROUTI, Evangelia; BAKKER, Arnold B.; NACHREINER, Friedhelm; SCHAUFEL, Wilmar B. The job demands-resources model of *Burnout*. Journal of Applied Psychology, v. 86, n.3, p. 499-512, 2001.

DIAS, Cledinaldo A.; SIQUEIRA, Marcus Vinícius S.; MORAIS, Andreia Pereira S.; GOMES, Kever Bruno P. Ideologia gerencialista e adoecimento mental no trabalho: uma análise crítica. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.22, n.2, p. 185-198, 2019.

DIAS, Sofia; QUEIRÓS, Cristina; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portuga. **Aletheia**, n.32, p.4-21, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ups.br> Acesso em: 1 out 2021.

DUARTE I, Teixeira A, Castro L, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **BMC Public Health**. 2020;20(1):1885.

EELLEN, S.; BAUWENS, S.; BAILLON, C.; DISTELMANS, W.; JACOBS, E; VERZELEN, A. The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. **Psycho-Oncology**, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24846818/>

FERREIRA, Mário César. Inventário de avaliação de qualidade de vida no trabalho (Ia_QVT): Instrumento de Diagnóstico e Monitoramento de QVT nas Organizações. G. Ciências Humanas. Psicologia do Trabalho e Organizacional. 61ª Reunião Anual da SBPC. 2009. Disponível em: [ww.sbpnet.org.br/livro/61ra](http://www.sbpnet.org.br/livro/61ra). Acesso em: 3 out 2021.

FERREIRA, Mário César. Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. **Brasília: LPA**, 2011.

FIELD, Andy. Descobrimdo a estatística usando o SPSS. 2 ed. Tradução Lorí Viali. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, F.M. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*, v.25, n.5, 2012. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 11 out 2021.

FRANÇA, Flávia Maria de; FERRARI, Rogério. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*, v. 25, n.5, 2012. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 29 set 2021.

GAGO-VALIENTE, Francisco-Javier; MENDOZA-SIERRA, María-Isabel; MORENO-SÁNCHEZ, Emilia; ARBINAGA, Félix; SEGURA-CAMACHO, Adrián. Emotional exhaustion, depersonalization, and mental health in nurses from huelva: a cross-cutting

study during the SARS-CoV-2 pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, n.18, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerp>. Acesso em: 29 set 2021.

GALLEGO, E. Alvarez; RIOS, L. FERNANDEZ. El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios (1). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, v. XI, n. 39, 1991. Disponível em: <https://www.revistaen.esp> Acesso em: 30 out 2021.

GASPARETTO, Letícia G.; HUTZ, Claudio S. Neuroticismo em pacientes com transtorno da personalidade borderline hospitalizados. *Avaliação Psicológica*, v.16, n.4, p. 444-451, 2017. Disponível em: www.pepsic.bbsalut.org. Acesso em: 2 out 2021.

GLASBERG, João; HORIUTI, Louise; NOVAIS, Marcela Araújo B.; CANAVEZZI, Andressa Zaccaro; MIRANDA, Vanessa Da Costa; CHICOLI, Felipe Abrosio; GONÇALVES, Marina Sahade; BENSI, Carolina Games; DEL GIGLIO, Auro. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras*, v. 53, n.1, p. 85-9, 2007.

GOMES, Renato Kern. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho: estudo de caso com membros do Ministério Público de Santa Catarina. 2018. Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/>Acesso em: 5 nov 2021.

HAGIHARA, Akihito; MURATA, Shunsuke. Burnout among physicians in Poland. **Polish Archives of Internal Medicine**, n. 131, p. 7.8, 2021.

HALL, Calvin S.; ÇINDZEY, Gardner; CAMPBELL, John B. **Teorias da personalidade**. 4 ed. Porto Alegre: Art Med, 2000.

Hall LH, Johnson J, Watt I et al. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. **PLoS One**. 2016; 11:e0159015.

HANSEN, Nathaniel. JENSEN, Kennedy; MACNIVEN, Ian; POLLOK, Nathaniel; D'HONT, Thomsen; CHATWOOD, Susan. Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: a mixedmethods study in Northern Canada. *BMC Health Services Research*, n. 21, 2021. Disponível em: <https://bmchealvservres.biomedcentral.com>. Acesso em: 12.out 2021.

HENNING, G.; BERG, A. I.; CENGIA, A.; HANSSON, I., SPULING, S. M., & WETTSTEIN, M. Do neuroticism and conscientiousness interact with health conditions in predicting 4-year changes in self-rated health among swedish older adults? **Psychology and Aging**, v. 36, n.6, p. 730–743, 2021. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpag0000626>. Acesso em: 14 out 2021.

HUTZ, Claudio S.; NUNES, Carlos Henrique S.S. **Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

JAKOVLJEVIC, Biljana; STOJANOVIC, Katarina; TURNIC, Tamara Nikolic; JAKOVLJEVIC, Vladimir. Burnout of physicians, pharmacists and nurses in the course of the COVID-19 pandemic: a serbian cross-sectional questionnaire study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, n.18, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerp>. Acesso em: 10 out 2021.

JUNQUEIRA, Luís. A importância da detecção do estresse: psicofisiologia e impacto na saúde física e mental das pessoas. **Psychiatry On-line**, v.20, n.12, p.1-3, 2015. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano15/art1215.php>. Acesso em: 15 out 2021.

KHAN Academy. **Revisão dos métodos de amostragem**. Disponível em: <https://pt.khanacademy.org/math/statistics-probability/designing-studies/sampling-methods-stats/a/sampling-methods-review>. Acesso em: 2 out 2021.

KHRISTENSEN, Tage S.; BORRITZ, Marianne; VILLADSEN, Ebbe; CHRISTENSEN, Karl B. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, v.19, n.3, p. 192-207. Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/Acesso> em: 5 out 2021.

KOVALESKI, Douglas F.; BRESSAN, Adriana. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, v.3, n.2, p.107-113, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org>. Acesso em: 5 out 2021.

LYDON, A. Burnout among health professionals and its effect on patient safety. <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/190/burnoutamong-health-professionals-and-itseffect-on-patient-safety>. Disponível em : <https://www.global.ntt/healthandwellbeing>.

LEITER, Michel; MASLACH, Christina. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job Burnout. In: Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies, 2015. Disponível em: www.researchgate.net. Acesso em 15 out 2021.

LENARDT, Maria Helena; CARNEIRO, Nathalia Hammerschmidt K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm*, v. 18, n. 1, p. 13-20, 2013. Disponível em: www.revistas.ufpr.br. Acesso em: 2 out 2021.

LIASI, Ghazal Aghajani; NEJADL, Sanaz Mahdi; SAMI, Nafiseh; KHAKPOUR, Shahrzad; YEKTA1; Batool Ghorbani. The prevalence of educational burnout, depression, anxiety, and stress among medical students of the Islamic Azad University in Tehran, Iran. *BMC Medical Education*, v. 21, n. 471, 2021.

LILY, Safina; JULIA, Kolesnikova; ELENA, Karasik; OKSANA, Yurieva; ANASTASIA, Fakhrutdinova. The higher education impact on the quality of young people working life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n.191, p. 2412-2415, 2015. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em:9 out 2021.

LIMA, Cicylia Silveira; MAIA, Ludmila Grego; PELAZZA, Bruno Bordin; LEITE, Sabrina Toffoli; BORGES, Cristiane José; MENDONÇA, Guilherme Silva; SILVEIRA, Sebastião Elias; SANCHEZ, Hugo Machado; SILVA, Luiz Almeida. Quality of life and the work capacity of professional nursing staff in the hospital environment. **Bioscience Journal**, v. 37, e37054, 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/49982/32681>. Acesso em: 2 out 2021.

LIU, Fei; CHEN, Huaruo; XU, Jie; WEN, Ya; FANG, Tingting. Exploring the relationships between resilience and turnover intention in chinese high school teachers: considering the moderating role of job burnout. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, n. 18, 6418, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>. Acesso em: 12 out 2021.

MALAGRIS, Lúcia Emmanoel N.; FIORITO, Aurineide Canuto C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estud. psicol.**, v.23, n.4, 2006. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 3 out 2021.

MARCITELLI, Carla Regina de Almeida. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.15, n. 4, 2011. Disponível em: www.redalyc.org. Acesso em: 28 set 2021.

MARRAS, Jean Pierre. **Gestão estratégica de pessoas**. Conceitos e tendências. São Paulo: Saraiva Uni, 2012.

MARTÍNEZ-LÓPEZ, José Ángel; LÁZARO-PÉREZ, Cristina; GÓMEZ-GALÁN, José. Predictors of burnout in social workers: the COVID-19 pandemic as a scenario for analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 18, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>. Acesso em: 5 out 2021.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, v.93, n.3, p. 498–512, 2008. Disponível em: www.researchgate.net. Acesso em: 20 out 2021.

MASLACH, Christina; LEITER, Michel. *New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout*. *Medical Teacher*, v.39, n.2, 160-163, 2016. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/>Acesso em: 2 out 2021.

MASLACH, Christine; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job burnout. **Annu. Rev. Psychol**, n. 52, p. 397-422, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/> Acesso em: 3 out 2021.

MATSUO, Takahiro; TAKI, Fumika; KOBAYASHI, Daiki; JINTA, Torahiko; SUZUKI, Chiharu; AYABE, Akiko; SAKAMOTO, Fumie; KITAOKA, Kazuy; UEHARA, Yuki; MORI, Nobuyoshi; FUKUI, Tsuguya. Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. **J Occup Health**, n.63, 2021. Disponível em: <https://wileyonlinelibrary.com/journal/joh2>. Acesso em: 2 out 2021.

MCCRAE, Robert; COSTA JR, Paul. A five-factor theory of personality. In: PERVIN, L.A.; JOHN, O.P. (eds) **Handbook of personality and research**. 2.ed. New York: Guilford, 1999, p.139

MCCRAE, Robert; COSTA JÚNIOR, Paul. Personality trait structure as a human universal. 1997 Disponível em: www.researchgate.net. Acesso em: 29 out 2021

MILLER, Jessie L. SCHMIDT, Louis A.;VAILLANCOURT, Tracy; MCDOUGALL, Patricia; LALIBERTE, Michele. Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, n.7,p. 69-78, 2006. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 2 out 2021.

MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO. Comissão de Cerimonial Militar do Exército. **Vade-mécum de cerimonial militar do Exército**. Valores, deveres e ética militares, 2002. Portaria nº 156, de 23 de abril de 2002. Disponível em: <https://www.eb.mil.br/documents/> Acesso em: 22 set 2021.

MOREIRA, Hyan de Alvarenga; SOUZA, Karen Nattana de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Síndrome de burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Rev Bras Saude Ocup**, n. 43 e3, 2018.

MULLER AE, Hafstad EV, Himmels JPW, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*. 2020;293:113441.

NIOSH._The National Institute for Occupational Safety and Health. Center of Disease Control and Prevention. Stress at work. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/index.htm>. Acesso em: 5 out 2021.

OLIVEIRA, JCB; CARVALHO, LC; FIGUEREDO, PMV. O estresse dos estudantes universitários de enfermagem de uma instituição privada do Rio de Janeiro. *Revista Presença*, v.1, n.2, p. 39-55, 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). **Programme on Mental Health**. Manual. 2012. Disponível em: <https://apps.who.int>. Acesso em: 3 out 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. CID: burnout é um fenômeno ocupacional. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 28 out 2021.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. 20.ed. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, 2012. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 26 set 2021.

PIZZOLI, Lourdes Margareth L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p.1055-62. 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 22 set 2021.

PORTO, Adriana. **Áreas da vida no trabalho como preditoras da Síndrome de Burnout**: tradução, adaptação transcultural e validação do modelo AWS-MBIGS. 2019. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br>. Acesso em: 3 out 2021.

PORTO, Adriana. Áreas da vida no trabalho como preditoras da síndrome de Burnout: tradução, adaptação transcultural e validação do modelo AWS-MBIGS. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/19532>

RAMOS, Carlos Eduardo B. FARIAS, Jamilton Alves; COSTA, Maria Bernadete de S.; FONSECA, Leila de Cássia T. Impactos da síndrome de Burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.23, n.3, p. 285-296, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2>. Acesso em: 20 out 2021.

RAJKUMAR RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. **Asian J Psychiatr.** 2020;52:102066.

REIS JÚNIOR, D.C. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de validação do questionário QWLQ-78. 2008. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Disponível em: <https://www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em: 22 set 2021.

RESTAURI N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. **J Am Coll Radiol.** 2020;17(7):921–926.

RICHARDSON, Roberto J. e col. **Pesquisa social métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RIONDA, Isabel Saavedra; CORTÉS-GARCÍA, Laura; JIMÉNEZ, María de la Villa M. The role of burnout in the association between work-related factors and perceived errors in clinical practice among spanish residents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.18, n.4931, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>. Acesso em: 8 out 2021.

ROBINSON, David Bryan T.; LUTON, Oliver; MELLOR, Katie; JAMES, Osian Penri ; HPPKINS, Luke; POWELL, Arfon GMT; HEMINGTON-GORSE, Sarah; HARRIES, Rhiannon L; EGAN, Richard J.; LEWIS, Wyn G. Trainee perspective of the causes of stress and burnout in surgical training: a qualitative study from Wales. *BMJ Open*, n.11, 2021.

RODRIGUES, Avelino L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRÍGUEZ, Sandra Yvonne Spiendler; CARLOTTO, Mary Sandra. Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* em Psicólogos. *Cienc Trab*, v.16, n.51, v.16, n. 51, 2014. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 2 out 2021.

ROSSETTI, Milena Oliveira; EHLERS, Denise Mazzaferro; GUNTERT, Ingo Bernd; LEME, Irene F. Almeida de S.; RABELO, Ivan Sant' Ana; TOSI, Silésia M.Veneroso D.; PACANARO, Sílvia Verônica; BARRIONUEVO, Veridiana Leiva. O inventário de sintomas de *stress* para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.4, n.2, 2008. Disponível em: www.pepsyc.bbsalud.org.br. Acesso em: 2 out 2021.

RUSSO, Natália Conteçote. Síndrome de burnout na equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.20, n.1, p 40-61, 2020. Disponível em: <http://journalsobep.org.br> Acesso em: 15 out 2021..

SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Márcia Maria Marilda Emmanuel N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, v.20, n. 45, 2010. Disponível em: [_https://www.cdc.gov/](https://www.cdc.gov/). Acesso em: 29 out 2021.

SANTOS, Jaqueline Gomes de Souza. Relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino em Fortaleza – CE. 2012. Disponível em: www.repositorio.ufc.br. Acesso em 3 out 2021.

SCHAUFELI, Wilmar B.; TARIS, Toon W. A critical review of the job demands- resources model: implications for Improving work and health. In: BAUER, G. F.; HÄMMIG, O. (eds). Bridging occupational, organizational and public health. Amsterdam: Springer, 2014.

SCHUSTER, Marcelo da Silva; DIAS, Valéria da Veiga. Oldenburg Burnout Inventory – validação de uma nova de mensurar a Burnout no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.2, 2018, p. 553.562.

SCHUSTER, Marcelo da Silva; DIAS, Valéria da Veiga; GROHMANN, Márcia Zampieri; MARQUETTO, Matheus Frohlich. **Maslach burnout inventory** – general survey (MBI-GS): uma aplicação em instituição de ensino público federal. Anpad IS Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Brasília 3 a 5 novembro de 2013. Disponível em: www.anpad.org.br Acesso em 25 set 2021.

SELPE. Grupe Selpe. Metodologia big five: conheça sua origem e suas 5 dimensões. Disponível em: www.gruposelpe.com.br. Acesso em 2 out 2021.

SILVA, Izabella Brito Silva; NAKANO, Tatiana de C. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. **Avaliação Psicológica**, v.10. n.1, 2011. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em: 3 out 2021.

SILVA, Liliane Neris; SEHNEM Scheila Beatriz. Avaliação da saúde mental de policiais militares. **Pesquisa em Psicologia**. Anais Eletrônicos, 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br>. Acesso em: 26 out 2021.

SIMONI, Eliane Maria. Prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiras de terapia intensiva e fatores associados. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2018. Salvador. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/>. Acesso em: 30 set 2021.

SISTO, Fermino F.; BAPTISTA, Makilim N.; NORONHA, Ana Paula P.; SANTOS, Acácia Aparecida A; dos. **Escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho (EVENT)**. Manual. São Paulo: Vetor, 2012. Coleção EVENT, v. 1

SOUZA, André Marcelo S. de; GESSER, Kiliano; DALPIAZ, Márcia Vilma D. **Estatística**. Conceitos básicos da estatística. 2012. Livro digital. Disponível em: <https://livro digital.uniasselvi.com.br/MAT99estatistica/>. Acesso em: 24 set 2021.

STOCCHETTI, Nino; SEGRE, Giulia; ZANIER, Elisa R.; ZANETTI, Michele; CAMPI, Rita; SCARPELLINI, Francesca; CLAVENNA, Antonio; BONATI, Maurizio. Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, n.18, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/ journal/ijerp>. Acesso em: 29 set 2021.

SWIDER, B. W.; ZIMMERMAN, R. D. Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. **Journal of Vocational Behavior**, v.76, n.3, p. 487-506, 2010. Disponível em: www.elsevier.com. Acesso em: 3 out 2021.

SWIDER, Brian W.; ZIMMERMANN, Ryan D. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. **Journal of Vocational Behavior**, v. 76, n. 3, p. 487-506, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 25 set 2021.

TAKAHASHI, Luis Torahiko; SISTO, Fermino Fernandes; CECILIO-FERNANDES, Dario. Avaliação da vulnerabilidade ao estresse no trabalho de operadores de telemarketing. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 14, n. 3, 2014. Disponível em: www.pepsyc bbsalud.org. Acesso em: 6 out 2021.

TEIXEIRA, Clarissa S.; PEREIRA, Érico F.; ROCHA, Lizandra S. da; SANTOS, Anderlei dos; MERINO, Eugenio A. D. **Qualidade de vida do trabalhador: discussão conceitual**. 2009. Disponível em: <http://www.kennedy.br/> Acesso em: 10 out 2021.

THE NATIONAL ACADEMIES. **Taking action against clinician Burnout a systems approach to professional well-being**. Washington: The National Academies Press, 2019.

TIMOSSI, Luciana S.; FRANCISCO, Antonio C. de; SANTOS JÚNIOR, Guataçara dos; XAVIER, Antonio A.de P. Análise da qualidade de vida no trabalho de colaboradores com diferentes níveis de instrução através de uma análise de correlações. **Production**, v.20, n.3, 2010. Disponível em: <https://www.prod.org.br/article>. Acesso em: 15 maio 2020.

TINOCO, Gesiane Agostinho B.; LOPES, Renata Ferrarez F.; LOPES, Ederaldo José. Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em pacientes ambulatoriais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 7, n. 2, p. 8-16, 2011. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br>. Acesso em: 5 out 2021.

TOMAZ, Henrique Cisne. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da estratégia de saúde da família. Universidade Federal do Piauí, 2019. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/henrique_cisne.pdf. Acesso em: 14 out 2021.

TRIGO, Telma Ramos. Validação fatorial Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI – HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão. 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-26052011-123120/publico>

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VALLE FILHO, Jorge G. Castro do; BREGALDA, Larissa. **Síndrome de Burnout**. Um alerta na área de saúde. Novo Hamburgo: Jorge G. Castro do Valle Filho, 2020.

VIZHEH M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. **The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review**. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2020;19(2):1–12.

YOU, Xuqun; HUANG, Jie; WANG, Yansong; BA, Xuhui. Relationships between individual-level factors and burnout: a meta-analysis of Chinese participants *Personality and Individual Differences*, n. 74, p. 139–145, 2015. Disponível em: www.elsevier.com. Acesso em: 27 set 2021.

ANEXOS

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS MILITARES SOBRE ESTRESSE LABORAL, AJUSTAMENTO EMOCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E AS IMPLICAÇÕES RELACIONADAS A SÍNDROME DE BURNOUT**,

coordenada pela pesquisadora MSc. Juliene Azevedo Oliveira orientada pelo docente Prof. Dr. Ricardo Jacó de Oliveira, que será desenvolvida nas dependências do Hospital de Força Aérea de Brasília. A pesquisa visa analisar a percepção do militar médico e enfermeiro sobre o Hospital de Força Aérea de Brasília no que diz respeito à estresse no trabalho, ajustamento emocional, à qualidade de vida e à verificação da Síndrome de Burnout.

Será aplicado um questionário sociodemográfico em que contém itens sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, formação acadêmica, tempo de serviço, horário de trabalho.

Para mensurar estresse no trabalho será utilizado a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) de autoria de Sisto, Baptista, Noronha e Santos (2007), a EVENT é uma escala composta por 40 itens relacionados a situações geradoras do estresse. O sujeito deve pontuar os itens que causam incômodo a partir de uma escala Likert com opções de intensidade que são de “nunca” (0), “às vezes” (1), “freqüentemente” (2). Exemplos da situação: acúmulo de funções, acúmulo de trabalho, ambiente

físico inadequado, dobrar jornadas, expectativa excessiva da chefia e outros. A pontuação da EVENT se dá pela soma dos itens assinalados pelos sujeitos. A pontuação mínima é 0 e a máxima, 80. A escala foi dividida em fatores, a saber: Fator 1 corresponde ao Clima e Funcionamento Organizacional, composto por 16 itens. O Clima e Funcionamento Organizacional correspondem ao ambiente de trabalho e aspectos da função como, salário inadequado, plano de cargos e salários, plano de carreira e relacionamento com a chefia. O Fator 2 corresponde à Pressão no Trabalho e é composto por 13 itens. A Pressão no trabalho está relacionada ao fazer o trabalho do outro, novas obrigações falta de solidariedade e outros. O Fator 3 corresponde à Infra-estrutura e Rotina composto por 11 itens. A Infra- estrutura e rotina correspondem a salários atrasados, licença de saúde recorrente dos colegas, jornadas duplas de trabalho, mudança de chefias, doenças 65 ocupacionais, problemas com equipamentos e material precário. A escala pode ser aplicada individual ou coletivamente, em grupos de 60 pessoas no máximo. O tempo de aplicação é de 20 minutos, além de ser aconselhável a aplicação em única sessão. Estudos de precisão para os fatores foram realizados baseados no alfa de cronbach, sendo que o Fator 1= 0,88, Fator2= 0,85 e Fator3=0,77.

A Escala de Ajustamento Emocional -neuroticismo (EFN) para verificação de ajustamento emocional é um instrumento de auto-relato que avalia de forma rápida e objetiva características de ajustamento e instabilidade emocional (Hutz & Nunes, 2001). Este teste foi elaborado no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) que concebe a personalidade humana a partir de cinco grandes dimensões: Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Realização e Abertura à Experiência. O fator Neuroticismo é composto por sub-fatores ou facetas que agrupam sintomas e predisposições à impulsividade, hostilidade, depressão, ansiedade, vulnerabilidade entre outros (McCrae & John, 1992). Na EFN, especificamente, foram identificadas quatro facetas: Vulnerabilidade, Desajustamento Psicossocial, Ansiedade e

Depressão (Hutz & Nunes, 2001).É composta de 82 itens dispostos em escalas Likert ancoradas nas extremidades.

A qualidade de vida será avaliada pelo Questionário de qualidade de vida no trabalho – Versão abreviada (QWLQ-bref).O Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho – Versão abreviada (QWLQ-bref). avaliará a qualidade de vida possui vinte perguntas que foram formuladas para uma escala do tipo Likert . Procedimentos.

Todo procedimento durará 2 horas. Os riscos que poderão sofrer as pessoas sujeitas à pesquisa são desconforto emocional ou psíquico ao responderem os questionários, ínfimos, tendo em vista que após a identificação dos prováveis benefícios que podem advir da pesquisa, haverá o comprometimento de se efetuar a devolução dos resultados da pesquisa e de gerar uma ação de Promoção de Saúde no Hospital de Força Aérea de Brasília.

Caso necessário, os militares médicos e enfermeiros terão o suporte de atendimento do Serviço Psicossocial do Hospital de Força Aérea de Brasília. Além disso, os procedimentos de aplicação dos questionários e coleta de dados serão monitorados pelo Serviço Psicossocial do Hospital de Força Aérea de Brasília para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade e à privacidade dos voluntários.

Assegurar-se-ão aos potenciais militares médicos e enfermeiros a adequada e acurada descrição como também a informação dos riscos, dos desconfortos e dos benefícios que podem ser antecipados.

Esclarecemos que no decorrer e após a pesquisa o(a) senhor(a) terá acesso às informações sobre a metodologia da pesquisa e os resultados publicados. Para acesso às informações sobre a pesquisa poderá contatar a

pesquisadora responsável Juliene Azevedo Oliveira, pelo telefone (61) 99235-7353 e e-mail juliene.oliveira@uniceplac.edu.br.

Em qualquer momento que opte por desistir da pesquisa o(a) senhor(a) não sofrerá nenhum dano pela decisão. Os dados coletados na presente pesquisa serão preservados em sigilo. Caso ocorra algum incidente durante a pesquisa o(a) senhor(a) será indenizado(a). Garantimos ressarcimento dos gastos (transporte, alimentação(...)). Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faciplac, UnB e no Hospital de Força Aérea de Brasília.

O projeto de pesquisa supracitado foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa das Centro Universitário do Planalto Central - Uniceplac,(61) 3035-3925 estando em concordância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Nome da pessoa pesquisada: _____ Assinatura: _____

Nome da pesquisadora responsável: Juliene Azevedo Oliveira
Assinatura: _____

Brasília, 10 de Maio de 2019.

Apêndice B - QUESTIONÁRIO: Perfil Sociodemográfico

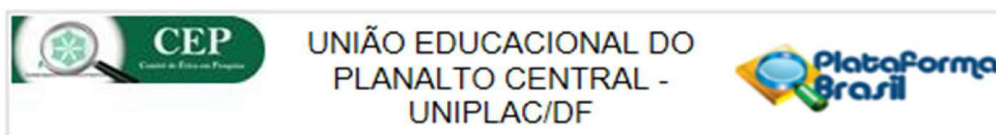
PROJETO

1- “A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS MILITARES SOBRE: BEM-ESTAR, JUSTIÇA SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E VERIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT NO HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE BRASÍLIA”

QUESTIONÁRIO: Perfil Sociodemográfico

1. Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____
2. Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____
3. Sexo: () M () F
4. Estado civil: () solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo () outro
5. Filhos: () não () sim Número: _____
6. Com quem reside atualmente? _____ Renda total aproximada: _____
7. Formação acadêmica: _____ Tempo de formado: ____
Especialidade médica (se for o caso): _____
8. Pós-graduação: () não () sim Nível: _____
9. Tempo total no mercado de trabalho (serviço profissional): ____
10. Tempo de trabalho no HFAB: ____
11. Carga horária semanal no HFAB: ____
12. Trabalha em outro local: () não () sim Local: _____ Carga horária sem.: ____

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 2.363.643

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_989567.pdf	27/10/2017 17:02:14		Aceito
Outros	Sociodemografico.docx	27/10/2017 17:01:26	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Resposta.docx	27/10/2017 16:54:14	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/10/2017 19:50:04	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Escala_Burnout.doc	08/10/2017 19:48:17	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	08/10/2017 19:47:11	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Juliane.pdf	08/10/2017 19:43:29	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ricardo.pdf	08/10/2017 19:42:48	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/10/2017 17:21:29	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo.pdf	04/10/2017 19:00:30	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	requerimento.pdf	04/10/2017 18:59:04	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HFAB_UNB.pdf	03/10/2017 17:25:21	JULIENE AZEVEDO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GAMA, 03 de Novembro de 2017

Assinado por:
VINICIUS CURCINO DE CARVALHO VIEIRA
(Coordenador)

Anexo B - Escala de Caracterização de *Burnout* - ECB

O presente formulário tenciona identificar os sentimentos relacionados ao desempenho de seu labor. Após compreender o inteiro teor das questões, responda apondo um número de 1 a 5 na coluna em branco, indicando a frequência que ocorre o evento perguntado, conforme as seguintes alternativas:

1	2	3	4	5
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMA VEZ	FREQUENTEMENTE	SEMPRE

EE1	Eu me sinto desgastado com o meu trabalho	
EE2	Eu me sinto sugado pelo meu trabalho	
EE3	Meu trabalho me faz sentir como se estivesse no limite das minhas possibilidades	
EE4	Meu trabalho me exige mais do que posso dar	
EE5	Meu trabalho me faz sentir emocionalmente exausto	
EE6	Meu trabalho afeta negativamente minha saúde física	
EE7	Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho	
EE8	Sinto que a carga emocional do meu trabalho é superior àquela que posso suportar	
EE9	Acho que estou trabalhando demais no meu emprego	
EE10	Meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar psicológico	
EE11	Sinto que meu trabalho está me destruindo	
EE12	Eu me sinto saturado com meu trabalho	
DP1	Trato algumas vítimas com frieza	
DP2	Perco a paciência com alguns pacientes	

DP3	Fico de mau humor quando lido com alguns pacientes	
DP4	Enfureço-me com alguns pacientes	
DP5	Trato alguns pacientes com indiferença, quase de forma mecânica	
DP6	Trato alguns pacientes com distanciamento	
DP7	Sinto que alguns pacientes são “meus inimigos”	
DP8	Sinto que desagrado alguns pacientes	
DP9	Trato alguns pacientes com cinismo	
DP10	Evito o lidar com alguns pacientes	
BRP1	Sinto-me emocionalmente vazio com meu trabalho	
BRP2	Eu me sinto desiludido com meu trabalho	
BRP3	Eu me sinto identificado com meu trabalho	
BRP4	Acho que meu trabalho parece sem sentido	
BRP5	Eu me sinto desanimado com meu trabalho	
BRP6	Acho que as coisas que realizo no meu trabalho valem a pena	
BRP7	Eu me sinto frustrado com meu trabalho	
BRP8	Meu trabalho me faz sentir como se estivesse num beco sem saída	
BRP9	Sinto-me desesperado com meu trabalho	
BRP10	Eu me sinto inútil no meu trabalho	
BRP11	Ao acordar de manhã, sinto cansaço só de pensar que tenho mais um dia de trabalho	
BRP12	Eu me sinto cheio de energia para trabalhar	
BRP13	Sinto-me infeliz com meu trabalho	

ANEXO C

Questionário de avaliação da qualidade de vida no trabalho – QWLQ-bref

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha.

Por favor, tenha em mente as **duas últimas semanas** para responder as questões.

Exemplo:

Quanto você se preocupa com dores ou desconfortos no trabalho?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas últimas duas semanas.

Por favor, leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

- | | | | | | |
|---|--|-------|-------|-----|-----------|
| | Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho? | | | | |
| 1 | Muito baixa | Baixa | Média | Boa | Muito boa |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|-------|-------|------|------------|
| | Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar? | | | | |
| 2 | Muito baixa | Baixa | Média | Alta | Muito alta |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|-------|-------|-----|-----------|
| | Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários? | | | | |
| 3 | Muito baixa | Baixa | Média | Boa | Muito boa |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|------|-------|-----|-----------|
| | Em que medida você avalia o seu sono? | | | | |
| 4 | Muito ruim | Ruim | Média | Bom | Muito bom |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|---|-------|-------|------|------------|
| | Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho? | | | | |
| 5 | Muito baixa | Baixa | Média | Alta | Muito alta |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|-------------|-------|-------|---------------|
| | Você se sente realizado com o trabalho que faz? | | | | |
| 6 | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|---|-------|-------|-------|---------------|
| | Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha? | | | | |
| 7 | Muito pouco | Pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|-------------|---------------|----------|--------------|
| | Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho? | | | | |
| 8 | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|---|--|-------|-------|------|------------|
| | Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão? | | | | |
| 9 | Muito baixa | Baixa | Média | Alta | Muito alta |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|-------|-------|------|------------|
| | Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados? | | | | |
| 10 | Muito baixa | Baixa | Média | Alta | Muito alta |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|------|-------|-----|-----------|
| | Em que medida sua família avalia o seu trabalho? | | | | |
| 11 | Muito ruim | Ruim | Médio | Bom | Muito bom |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|--|-------|-------|-------|---------------|
| | Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa? | | | | |
| 12 | Muito pouco | Pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|----|---|-------|-------|----------|---------------|
| | Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho ? | | | | |
| 13 | Nada | Pouco | Médio | Bastante | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|-------|-------|----------|---------------|
| | Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização? | | | | |
| 14 | Nada | Pouco | Médio | Bastante | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|-------------|-------|-------|---------------|
| | Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores? | | | | |
| 15 | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|--|-------|-------|----------|---------------|
| | Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza? | | | | |
| 16 | Nada | Pouco | Médio | Bastante | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|--|-------------|---------------|----------|--------------|
| | Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente? | | | | |
| 17 | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|--|------|-------|-----|-----------|
| | Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho? | | | | |
| 18 | Muito ruim | Ruim | Médio | Bom | Muito bom |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|-------------|---------------|----------|--------------|
| | Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho? | | | | |
| 19 | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-
- | | | | | | |
|----|---|-------|-------|----------|--------------|
| | O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho? | | | | |
| 20 | Nada | Pouco | Médio | Bastante | Extremamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |