



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FLÁVIA MARIA DE FRANÇA

**ESTUDO SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM DOIS HOSPITAIS DE MÉDIO PORTE NO MUNICÍPIO DE
CÁCERES - MT.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde – Área de concentração em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Elioenai Dornelles Alves

Brasília – DF

2010

FLÁVIA MARIA DE FRANÇA

**ESTUDO SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM DOIS HOSPITAIS DE MÉDIO PORTE NO MUNICÍPIO DE
CÁCERES - MT.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde – Área de concentração em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Dissertação apresentada e aprovada no dia ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
Presidente
Universidade de Brasília

Profª Drª Aline Oliveira Silveira
União Social Camiliana - USC
Núcleo de pós-graduação São Camilo

Profa. Dra. Maria Raquel Gomes Maia Pires
UFMG-UNB

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos meus pais José Luis e em especial a minha querida mãe Maria da Penha (in memoriam); por serem responsáveis por eu ter chegado até aqui, exemplo de luta e perseverança diante das dificuldades da vida e pelos sólidos valores que me foram passados.

Ao meu marido Dulcídio, por sua compreensão; pelo apoio em todos os momentos desta importante etapa em minha vida. Por compreender a minha ausência, durante a realização deste trabalho.

Aos meus filhos, Aline, Ana Flávia e Arthur por tudo de mais belo que representam sendo fonte de renovação e continuidade.

Em especial, ao meu orientador, por sua confiança e credibilidade em minha pessoa, durante a trajetória desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

As minhas irmãs, Raquel, Auxiliadora, Betânia e Magda por comigo andar de mãos dadas. Meu carinho. AMO TODAS VOCÊS!!

As minhas queridas amigas: Cassandra Elisa do Nascimento, Sônia Maria Fornaciari, pela acolhida nesta cidade ao longo destes 13 anos.

À minha amiga de trabalho, Margarete de Castro, a companheira; pelos momentos de aprendizagem constante.

A minha amiga Sara Pontes Vitorino, pelo seu apoio nesta jornada.

A todos os professores do mestrado, pois cada um deles contribuiu de alguma forma para o meu conhecimento.

À minha querida Cinei pela sua dedicação nos seus trabalhos domésticos e nos meus momentos difíceis, sempre comigo participando do meu dia a dia.

A minha equipe de trabalho do Hospital Regional em especial a equipe do setor trauma e emergencial.

Aos trabalhadores de enfermagem do ambulatório em especial, aos adoecidos, muitas vezes submetidos a uma experiência amarga da incompreensão e a falta de solidariedade, em relação à limitação apresentada.

À Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, pela Política de Qualificação Profissional, que permitiu desenvolver este estudo;

Ao Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, pela minha liberação para o estudo.

Meus agradecimentos em especial a minha amiga, Antonia Maria Rosa, pois com sua sábia paciência e conhecimento técnico, soube conduzir-me, nos momentos de dificuldades na elaboração deste, pois sem sua grandiosa contribuição jamais tinha concretizado este estudo.

As amigas Diana Carla Ferrari, Bethania Luize de Campos e Daniela Trevisan, pela dedicação e carinho.

***“Experiência não é o que acontece com um homem;
é o que um homem faz com o que lhe acontece”
(Aldous Huxley)***

RESUMO

A Síndrome de *Burnout*, reação à tensão emocional crônica gerada a partir do ambiente de trabalho representa hoje uma preocupação imensa no campo de atuação da saúde, uma vez que esta Síndrome acomete principalmente profissional que lidam diretamente com pessoas. Os profissionais de enfermagem têm merecido maior atenção quanto a esta síndrome, visto sua função profissional e o tipo de organização que estão inseridos, sujeitos a diversos agentes estressores. Este estudo de caráter estudo epidemiológico do tipo transversal descritivo, possibilitou descrever sobre a manifestação da Síndrome de Burnout a partir do estudo realizado com 140 profissionais da área de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho, que atuam no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e no Hospital São Luis em Cáceres – Mato Grosso. Os resultados apontam que a categoria dos técnicos de enfermagem, apresentou níveis mais altos nas três dimensões de Burnout, (48,5%), em Exaustão Emocional (EE), (54,5%) em Despersonalização (DE) e (61,9%) em baixa realização profissional (RP). Na categoria dos enfermeiros (31,8%) apresentaram altos níveis em despersonalização. Dos 140 profissionais obtivemos que 13 (9,58%) estão em estado de Burnout segundo o Inventário Maslach Burnout, sendo que 7 (53,84%) são enfermeiros e 6 (46,16%) são técnico/auxiliares. Neste contexto as conclusões emergentes desse estudo sobre a Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem sugerem: Analisar o índice de absenteísmo e associação entre doença na equipe de enfermagem relacionando com a síndrome de Burnout, avaliar as questões de satisfação em instituições de saúde pública e privada, implantar o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), avaliar as condições da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, e, Criar um canal para vazão das tensões ou para satisfação das necessidades dos trabalhadores numa perspectiva de resgatar as características afetivas contidas no cotidiano de quem cuida.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Equipe de Enfermagem; Unidade de Saúde.

ABSTRACT

The Syndrome of Burnout, reaction to the emotional chronic tension produced from the environment of work represents today an immense preoccupation in the field of acting of the health, as soon as this Syndrome attacks principally professionally what deal straightly with persons. The professionals of nursing have been deserving bigger attention as for this syndrome, when his professional function and the type of organization that are inserted, subject to several agents was seen stressors. I study this study of character epidemiologic of the cross descriptive type, it made possible to describe on the demonstration of the Syndrome of Burnout from the study carried out with 140 professionals of the area of nursing of the different shifts of work, who act in the Regional Hospital of Cáceres Dr. Antonio Fontes and in the Hospital Saint Luis in Cáceres – Mato Grosso. The results point that the category of the technicians of nursing, presented higher levels in three dimensions of Burnout, (48, 5 %) in Emotional Exhaustion (EE), (54, 5 %) in Loss of personality (OF) and (61, 9 %) in low professional realization (RP). In the category of the nurses (31, 8 %) they presented high levels in loss of personality. Of 140 professionals we obtained that 13 (9, 58 %) is in state of Burnout according to the Inventory Maslach Burnout, being that 7 (53, 84 %) is a nurses and 6 (46, 16 %) healthy technician / you help. In this context the emergent conclusions of this study on the Syndrome of Burnout in workers of nursing suggest: To analyse the rate of abstention from voting and association between disease in the team of nursing connecting with the syndrome of Burnout, to value the questions of satisfaction at institutions of public and private health, to introduce the Profile Profissiográfico Previdenciary (PPP), to value the conditions of the quality of life of the professionals of nursing, and, To create a channel for flow of the tensions or for satisfaction of the necessities of the workers in a perspective of rescuing the affectionate characteristics contained in the daily life of whom it takes care.

Key words: Syndrome of Burnout; Team of Nursing; Unity of Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequência das variáveis relacionadas a gênero, faixa etária, situação conjugal, categoria profissional, número de filhos e nível de escolaridade dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes de Cáceres e Hospital São Luiz, Cáceres/MT – 201060
- Tabela 2** – Frequência das variáveis relacionadas à jornada de trabalho, carga horária, vínculo empregatício, duplo vínculo e tempo de trabalho, setor de lotação na unidade, no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes de Cáceres e Hospital São Luiz, Cáceres/MT - 201063
- Tabela 3** – Proporção dos profissionais do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010, em relação às três dimensões da Síndrome de Burnout.67
- Tabela 4** – Distribuição por níveis do Maslach Burnout Inventory (MBI) dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.
.....69
- Tabela 5** – Proporção de profissionais de enfermagem de acordo com as três dimensões para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, em dois Hospitais de médio porte Cáceres - MT 2010.....71
- Tabela 6** – Proporção dos Profissionais de Enfermagem com alto nível de exaustão emocional, alta nível de despersonalização e baixa realização profissional relacionada a categoria e ao gênero, em dois Hospitais de médio porte Cáceres - MT 2010.....73
- Tabela 7.** Distribuição de incidência da Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010 segundo M.B.I.....75
- Tabela 8.** Incidência da Síndrome de Burnout de acordo com aspectos sócio demográficos dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.....78
- Tabela 9.** Incidência de Burnout de acordo com os aspectos laborais dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.....82
- Tabela 10.** Distribuição dos profissionais por setor de atuação em estado de Burnout no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.....86

PRÓLOGO

O tema aqui exposto “Estudo sobre Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem em dois Hospitais de médio porte no município de Cáceres – Mato Grosso é, em parte, fruto de uma antiga inquietação sobre as experiências vividas no exercício da profissão. Vividas e silenciadas; mas vivas no inconsciente dos profissionais de enfermagem. Por outro lado, é fruto do contato com essa nova possibilidade analítica, onde se coloca como resposta em função de relações intensas no trabalho. E, para alcançar este contexto, uma enorme caminhada foi realizada, partindo do início da busca pelo conhecimento científico, sendo descritas aqui a veleidade da relação com o estudo.

Após conclusão do 2º grau, prestei exame vestibular para o curso de Enfermagem, ingressando na Universidade Federal do Estado da Paraíba (UFPB), em janeiro de 1987 obtive o título de Enfermeira com Licenciatura em Enfermagem, habilitando-me em Saúde Pública e especialização em Médico- Cirúrgica.

No ano de 1988, assumi a função de enfermeira do trabalho na cidade de João Pessoa – PB, posteriormente em 1991, uma experiência diferente da realidade ambulatorial deu-se num hospital particular de médio porte no período noturno, este conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), convivendo daí por diante com transtornos desencadeadores pelas ausências dos funcionários sob minha supervisão.

Por tratar-se de setores complexos e com rotinas peculiares, sentia dificuldade em suprir as faltas dos funcionários. Os profissionais dos outros setores, quando remanejados para cobrir as ausências, alegavam desconhecimento das tarefas e rotinas.

Assumi mais um vínculo empregatício após sete anos como enfermeira supervisora numa instituição filantrópica em 1997, no período diurno, da mesma cidade nessa época, como coordenadora da unidade de pediatria, direcionado a assistência aos grandes queimados e politraumatizados. Nesta constatei haver um elevado número de afastamentos por parte dos funcionários devido a licenças médicas.

Posteriormente em 1999 recebi convite, para assumir a supervisão de um Hospital filantrópico na cidade de Cáceres-MT, desenvolvi atividades assistências por dois anos no período noturno, após este período fui convidada para assumir a gerencia do serviço de enfermagem, onde senti a necessidade de habilitação na área de Administração Hospitalar.

Nessa época cursei especialização na área de Administração Hospitalar na Universidade Federal do Estado do Mato Grosso (UFMT), onde a visão de gerenciamento ficou mais aguçada, procurando identificar os motivos reais da problemática que a enfermagem atravessava.

Na ocasião a Instituição passava por uma reestruturação e a direção entendia que havia um número insuficiente de profissionais de enfermagem, assim solicitou redimensionamento dos profissionais de enfermagem, com intuito de suprir a demanda do hospital. Adotei para o dimensionamento do pessoal de enfermagem o método tradicional, proposto pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelecido através da Resolução n.189, de 16 de março de 1996, que o Índice de Segurança Técnica (IST) não deveria ser inferior a 30%.

Nesse momento não havia na instituição qualquer parâmetro que informasse o índice de absenteísmo existente. Os resultados obtidos no estudo evidenciaram que o quadro de pessoal de enfermagem vigente era insuficiente, entretanto, no cotidiano do trabalho havia dificuldade em alocar os funcionários no sentido de garantir a totalidade de atividade desenvolvida. Tais fatos inquietavam-me, gerando algumas suposições entre elas a de que o percentual para cobertura de ausência (30%), segundo a equação adotada, não estaria adequada ao contexto daquele hospital.

Observando que as faltas não eram freqüentes, recorria à administração para autorização de horas extras, porém, nem sempre isso era possível devido à contenção de gastos ou falta de disponibilidade de funcionários para a prorrogação de horários. Quando não conseguia reposição nas condições referidas, o trabalho era realizado com repercussão negativa seja pela equipe de enfermagem, que alegava sobrecarga de trabalho, seja com os pacientes e acompanhantes que relatavam demora no atendimento, assim como na equipe médica que se queixava dos atrasos na realização dos procedimentos de enfermagem.

A partir de 1999, concomitante ao trabalho nesta instituição filantrópica, comecei a atuar em um hospital Estadual que apresentava características diferentes,

era um hospital de referencia a urgências e emergências, a procura pelo hospital foi crescendo e o número de profissionais de enfermagem insuficiente.

Completados cinco anos de inauguração do hospital, os funcionários iniciaram a usufruir direitos, conforme o estatuto do servidor público da Secretaria Estadual de Saúde- MT (SES) as licenças prêmio somavam-se aquelas referentes às férias e licenças especiais, desencadeando algumas vezes situações caóticas na dinâmica do trabalho da unidade, uma vez que essas ausências somavam-se aquelas referentes às férias e licenças especiais de outros servidores. Vale ressaltar que nem sempre as chefias eram avisadas com antecedência sobre essas licenças, tomando conhecimento da sua duração somente após publicação em Diário Oficial.

A solicitação para contratação de novos profissionais foi cedida por meio de abertura de Edital concedido pela SES. Essas convocações eram necessárias a fim de cobrir esses afastamentos por parte dos funcionários e suprir a demanda assistida.

Os problemas relacionados às ausências de funcionários foram vivenciados no dia a dia, embora as faltas estivessem amparadas por atestado médico, não estavam ligadas à doença e sim ao descontentamento do funcionário em relação à escala, a sobrecarga de trabalho, as condições do ambiente de trabalho, ao desentendimento com o colega e/ou, ainda ao enfrentamento com a chefia por não terem atendidos em suas solicitações de mudança de turno, setor, etc.

Solicitar aos funcionários a prorrogação de horário e, em alguns casos negociar um dia de folga em recompensa pela prorrogação, era impossível em decorrência de duplas jornadas de trabalho em outras instituições, na sua grande maioria. Pude constatar que a situação nesses dois hospitais não era diferente. Apenas o perfil das instituições se diferenciava.

Ao longo dessa trajetória profissional nos serviços de saúde hospitalar, busquei permanentemente atualização de conhecimento e informações que contribuíssem com a minha prática. A oportunidade para aprofundar conhecimentos e buscar respostas a algumas inquietações deu-se em 2001, quando fui convidada para fazer parte da construção de um Projeto Político Pedagógico, voltado para a formação de nível técnico em enfermagem. A carência destes na região se dava em decorrência das dificuldades de deslocamento pela extensão territorial, portanto a formação nessa área foi de grande significância para toda região.

Pude constatar que a formação desse grande contingente de profissionais formados na área técnica em enfermagem, favorecia aos hospitais e as Secretarias Municipais da região. Este fato motivou-me a ingressar no ano de 2002 na Universidade do Estado do Mato Grosso (UNEMAT), atuando como docente no Departamento de Enfermagem lecionando a disciplina Semiologia e Semiotécnica, a qual despertou para o estudo, acompanhando alunos nos estágios tinha oportunidade de observar as necessidades de cada setor, levando a estudos e discussões em sala de aula.

Um dos conteúdos abordados na disciplina foram o dimensionamento de pessoal de enfermagem com destaque para o índice de absenteísmo, o estresse e a sobrecarga de trabalho, que traduz o quantitativo de pessoal a ser acrescido ao quadro para cobertura das ausências amenizando o estresse e melhorando a qualidade da assistência.

A vivência profissional, ao longo desses anos, seja como enfermeira assistencial, seja como gerente do serviço de enfermagem tem sugerido que as ausências no trabalho, o estresse pelo pessoal de enfermagem representam ainda uma questão crítica com sérias repercussões na assistência à saúde da população e no grupo de trabalho.

A idéia de propor a realização deste estudo em uma unidade hospitalar de referência a Trauma e Emergência e em um hospital de referência a internações clínicas, partiu da vivência do dia-a-dia e da preocupação em observar a sobrecarga, física e mental, gerada sobre a equipe de enfermagem que lida com pacientes críticos.

Pertinente ao tema em estudo foi construído um artigo, "Análise da Implementação da Assistência de Enfermagem (SAE) no Hospital São Luiz Cáceres - Mato Grosso", neste ressalta o complexo desafio que a enfermagem encontra na aplicação da SAE. O referido artigo é um valioso instrumento para reflexão da prática de enfermagem, contribuindo assim para o crescimento desta pesquisa. Onde se propôs fornecer elementos para uma compreensão das dificuldades enfrentadas na assistência de enfermagem, somando-se a este para um entendimento sobre a Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que trabalham em dois hospitais de médio porte no município de Cáceres, Oeste de Mato Grosso e para tanto se torna necessário explorar os aspectos teóricos e operacionais desses fenômenos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT – Acidente de Trabalho
CAOPE – Centro de Atendimento Odontológico para Portadores de Necessidades Especiais
CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho
CC- Centro Cirúrgico
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID – Código Internacional de Doenças
CISOMT – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CLT – Conselho das Leis Trabalhistas
CME – Central de Materiais e Esterilização
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COOCRIJAPAN – Cooperativa dos Criadores de Jacaré do Pantanal
DE - Despersonalização
ESF- Estratégia Saúde da Família
EAS – Estabelecimento de Atenção a Saúde
EE – Exaustão Emocional
FQM – Faculdade de Quatro Marcos
IEC – Instituto Educacional de Cáceres
IST – Índice Segurança Técnica
INSS- Instituto Nacional da Seguridade Social
HSL – Hospital São Luiz
HRCAF – Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes
MBI – Inventário de Maslach Burnout
MS – Ministério da Saúde
MPS – Ministério da Previdência Social
NEPASB – Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Bournout
NR 32 – Norma Regulamentadora
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário
PB – Paraíba
PS – Previdência Social
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RP – Realização Profissional
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SSPS – Statistic Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCL – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UFMT – Universidade Federal do Estado de Mato Grosso
UFPB – Universidade Federal do Estado da Paraíba

UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCO – Unidade Coronariana
X² - Qui-quadrado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1. REVISAO DA LITERATURA	21
1.1 SÍNDROME DE BURNOUT	21
1.1.1 Histórico	21
1.1.2 Conceituação	23
1.1.3 Classificação	24
1.1.4 Estresse e Síndrome de Burnout	26
1.1.5 Quadro clínico/Diagnóstico	27
1.2. SAÚDE DO TRABALHADOR E A SÍNDROME DE BURNOUT NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	30
1.2.1 Saúde do trabalhador	30
1.2.2 Síndrome de Burnout no trabalho	32
1.2.3 O trabalho da enfermagem	35
1.2.4 A Síndrome de Burnout e a profissão de enfermagem	37
1.3. ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE EM CÁCERES – MATO GROSSO	45
1.3.1. O município de Cáceres em contexto	45
1.3.2. Organização da saúde no município de Cáceres – Mato Grosso	46
1.3.3. Setor de atuação dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional de Cáceres e do Hospital São Luiz	49
2. OBJETIVOS	43
2.1. GERAL:	43
2.2. ESPECÍFICOS:	43
3. MATERIAIS E MÉTODOS	44
3.1 DESENHO DE ESTUDO	44
3.2 LOCAL DE ESTUDO	44
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	55
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	55
3.6 INSTRUMENTO	56
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	58

3.8 ASPECTOS ÉTICOS	58
4. DISCUSSÕES E RESULTADOS	60
4.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	60
4.2 ASPECTOS LABORAIS	63
4.3 SÍNDROME DE BURNOUT: PROPORÇÃO DAS TRÊS DIMENSÕES	67
4.4 NÍVEIS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI.....	69
4.5 SÍNDROME DE BURNOUT: PROPORÇÃO QUANTO AOS NÍVEIS/DIMENSÕES	71
4.6 SÍNDROME DE BURNOUT: CATEGORIA PROFISSIONAL X GÊNERO.....	73
4.7 SÍNDROME DE BURNOUT: INCIDÊNCIA SEGUNDO O M.B.I.....	75
4.8 SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	78
4.9 SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS LABORAIS	82
4.10 MANIFESTAÇÕES DO ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO FONTES E HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES- MATO GROSSO.	86
5. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
APÊNDICE.....	110
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCL	110
APÊNDICE B DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:	112
APÊNDICE C – DELINEAMENTO DO PERFIL DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM.....	113
ANEXO	116
ANEXO A – PROCESSO DE ANÁLISE DE PESQUISA DA EMENDA DO PROJETO 052/10.....	116
ANEXO B – MASLACH BURNOUT INVENTORY.....	118

INTRODUÇÃO

A vivência profissional no cuidar implica numa tensão emocional constante, atenção e grandes responsabilidades a cada gesto. Assim é a natureza do trabalho em saúde, porque resulta em lidar com a dor, com o sofrimento e com a morte de pacientes, o que pode afetar os trabalhadores de instituições hospitalares, propiciando o surgimento da Síndrome de Burnout.

De acordo com o Ministério da Previdência Social (MPS) em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 foram diagnosticados Síndrome de Burnout ⁽³⁾.

As situações indutoras do estresse, no trabalho são cada vez mais crescentes. Tal preocupação é decorrente da inserção do indivíduo neste contexto, pois o trabalho além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também causa problemas, insatisfação e desinteresse.

Esta pesquisa se justifica na necessidade imediata em levantar informações quanto a Síndrome de Burnout e sua sintomatologia nos profissionais da saúde que atuam no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz. Com vistas a traçar o perfil epidemiológico da população evidenciada, por meio de estudo transversal, ou seja, estudo onde o fator (stress ocupacional) e efeito (sintomatologia para Burnout) são observados no mesmo período, sendo realizada num espaço de tempo de dois meses. Sobretudo por ser o nosso município ainda carente de normatizações e sua aplicabilidade no âmbito da saúde do trabalhador.

Um questionamento bastante pertinente se refere a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da saúde que atuam nos Hospitais de Cáceres –Mato Grosso e as condições a que se submetem no ambiente de trabalho. Os profissionais que atuam nos hospitais em Cáceres são portadores da sintomatologia para a Síndrome de Burnout?

Como hipóteses para esta pesquisa registram-se: os serviços de saúde, em particular, os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde; e, os riscos para a saúde relacionados ao trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada.

A vivência profissional, ao longo dos anos, enquanto enfermeira tem sugerido que as ausências dos profissionais representam ainda uma questão crítica, com sérias repercussões na questão da assistência da saúde da população e no grupo de trabalho.

Destacam-se ainda como fatores motivadores para a realização deste estudo o interesse pessoal, e, a escassez de pesquisas científica em nível nacional, enfocando a presença da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de Hospitais Públicos Estatais de referência a trauma e emergência e Filantrópicos de referência a internações clínicas para pacientes com deficiências múltiplas e críticos.

Demonstrar a incidência do estresse ocupacional no Hospital Regional De Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCAF) e Hospital São Luiz (HSL) em Cáceres- Mato Grosso a partir do Inventário Maslach Burnout, com o intuito de compreender e elucidar algumas situações que interferem no bem estar social e laboral do profissional, [...] representa a possibilidade de galgar novos horizontes a partir da compreensão, transformação e proposição de intervenções que venham a resgatar as dimensões afetivas contidas no cotidiano de quem cuida ⁽⁴⁾

Espera-se, que esse estudo oportunize inquietações quanto ao tema, e que estes gerem novas discussões e pesquisas na área. Podendo assim, contribuir tanto para o reconhecimento de Burnout em equipe de enfermagem, quanto para o aumento da preocupação consciente de todos os envolvidos com a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

O estudo se encontra versado em capítulos, descritos a seguir:

No Capítulo 1, apresenta-se a revisão de literatura do estudo, refere-se à revisão de literatura sobre a de Síndrome de Burnout, trazendo histórico, conceituação, classificação e diagnóstico. Ainda foram tratados neste capítulo quanto a Saúde do Trabalhador, levando em conta a profissão de enfermagem, a Síndrome de Burnout no ambiente de trabalho, a Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. Bem como uma contextualização quanto à organização da saúde em Mato Grosso, destacando o Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz, evidenciando as atribuições dos profissionais de enfermagem em cada setor de trabalho.

No Capítulo 2, refere-se ao método utilizado para a elaboração desta dissertação. Este caracterizando a instituição estudada, os procedimentos para coleta de dados e a Metodologia para a análise dos resultados. Bem como todas as

explicações quanto à forma de análise dos dados, valores pré-estabelecidos de parâmetros, dentre outras.

No Capítulo 3, apresentam-se os resultados e discussões dos questionários aplicados, apresentando detalhadamente por meio de tabelas todas as informações pertinentes ao assunto. Para finalizar, apresentam-se as conclusões do estudo e algumas propostas para trabalhos futuros.

1.1 REVISAO DA LITERATURA

1.1.1 Síndrome de Burnout

O Burnout vem do inglês, se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental ⁽⁵⁾.

1.1.1.1 Histórico

A preocupação com o estresse é mundial, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽⁶⁾, a considerá-lo uma epidemia global com diversos fatores agravantes ou atenuantes à situação. “Estresse é uma alteração fisiológica que se processa no organismo quando este se encontra em uma situação que requeira dele uma reação mais forte que aquela que corresponde a sua atividade orgânica normal” ⁽⁷⁾.

A palavra estresse tornou-se de uso corriqueiro, difundida por meio dos diferentes meios de comunicação, sendo a causa ou a explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna. Porém esta utilização generalizada, sem maiores reflexões, simplifica o problema e oculta os reais significados de suas implicações para a vida humana como um todo ⁽⁴⁾.

Em meio à evolução dos estudos sobre o estresse, surgiram relatos sobre a Síndrome de Burnout, uma Síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância, qualquer esforço parece ser inútil ⁽⁸⁾.

O termo Burnout foi inicialmente utilizado por Brandley, em 1969, mas ficou conhecido a partir de 1974 através de Freudenberger, psiquiatra que trabalhava com toxicod dependentes em Nova Iorque; onde observou que alguns voluntários apresentavam uma progressiva perda de energia até chegar ao esgotamento e sintomas de ansiedade e depressão. Descreveu que estes eram menos sensíveis e compreensivos, desmotivados e agressivos em relação aos doentes, com um tratamento distanciado e cínico, e, com tendência a culpá-los pelos seus próprios problemas ⁽⁹⁾.

Nos Estados Unidos, o estresse e problemas relacionados, como Burnout, provocam, um custo calculado de mais de \$150 bilhões anualmente para as organizações ⁽¹⁰⁾. As implicações financeiras específicas do Burnout merecem ser avaliados diante da insatisfação, absenteísmo, rotatividade e aposentadoria precoce causados pela Síndrome ⁽⁶⁾. No Canadá, estudo evidenciou que enfermeiros possuíam uma das taxas mais altas de licenças médicas entre todos os trabalhadores, o que se devia, principalmente, ao Burnout, ao estresse induzido pelo trabalho e a lesões musculoesqueléticas ⁽¹¹⁾.

No Brasil, o Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999, aprovou o regulamento da Previdência Social (PS) onde em seu Anexo II, trata quanto aos agentes Patogênicos causadores de doenças Profissionais ⁽¹²⁾. O item XII da tabela de transtornos Mentais e do comportamento Relacionados com o trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – (CID-10) ⁽¹³⁾ cita a “Sensação de Estar Acabado”, “Síndrome de Burnout”, “Síndrome de esgotamento Profissional”) como sinônimos do Burnout, que, no CID-10, recebe o Código Z73. 0.

Os primeiros estudos que investigaram o Burnout em enfermeiros mostraram que a Síndrome estava positivamente correlacionada com a quantidade de tempo que os enfermeiros passam com os doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes com mau prognóstico. Os mais recentes mostram que está associado a fatores relacionados com o trabalho, tais como sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contato com a morte e preparação inadequada ⁽¹⁴⁾.

A Síndrome de Burnout envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização ⁽¹⁵⁾.

A seguir se apresenta a conceituação sobre a Síndrome de Burnout que vem sendo considerado um problema social de extrema relevância e estudada em vários países ^(16,17), pois surge como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho.

1.1.1.2 Conceituação

A Síndrome de Burnout corresponde a um conjunto de respostas a situações de estresse ocupacional de reação à tensão emocional crônica com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, professores) ⁽¹⁸⁾.

Alguns autores sustentam o uso do termo de estresse ocupacional, outros afirmam que é típico de algumas profissões onde existe um contato mais próximo com as pessoas ⁽⁴⁾, denominando-o como estresse ocupacional assistencial.

É defendida como sendo diferente do estresse, pois esta doença envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho. Enquanto que o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal, com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Entretanto julga-se que a Síndrome de Burnout seria a consequência mais depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho ⁽¹⁹⁾.

Num conceito mais amplo a Síndrome é referida como: estresse laboral, estresse profissional, estresse assistencial, estresse ocupacional, neurose profissional ou neurose de excelência, Síndrome do esgotamento profissional e Síndrome de queimar-se pelo trabalho, o que muitas vezes dificulta um levantamento de pesquisas na área ⁽⁵⁾. Logo, é uma Síndrome característica do meio laboral, que resulta da cronificação do estresse ocupacional e produz consequências negativas a nível individual, profissional, familiar e social.

A comunidade científica fundamenta a sua conceituação na perspectiva sociopsicológica, sendo entendida como um processo e constituída por três dimensões. A primeira, exaustão emocional, é caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. A segunda, despersonalização, é definida como falta de sensibilidade e a dureza ao responder às pessoas, que são receptoras de seu serviço e, por ultimo, a terceira, a baixa realização profissional, que se refere a uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho com pessoas ⁽²⁰⁾.

1.1.1.3 Classificação

As classificações aqui apresentadas levam em conta as características em cada nível, classe, curso ou modelo do processo evolutivo Síndrome de Burnout.

Para o Ministério da Saúde (MS) ⁽¹⁾, o quadro evolutivo tem quatro níveis de manifestações:

Nível 1: falta de vontade, ânimo ou prazer de ir trabalhar, dores nas costas, pescoço e coluna. Diante da pergunta o que você tem? Normalmente a resposta é "não sei, não me sinto bem".

Nível 2: começa a deteriorar o relacionamento com outros. Pode haver uma sensação de perseguição ("todos estão contra mim"), aumenta o absenteísmo e a rotatividade de empregos.

Nível 3: ocorre à diminuição notável da capacidade ocupacional. Podem começar a aparecer doenças psicossomáticas, tais como alergias, psoríase, picos de hipertensão, etc. Nesta etapa se começa a automedicação, que no princípio tem efeito placebo, mas, logo em seguida, requer doses maiores. Neste nível tem se verificado também um aumento da ingestão alcoólica.

Nível 4: caracterizado por alcoolismo, drogadição, idéias ou tentativas de suicídio, pode surgir doenças mais graves, tais como; câncer, acidentes cardiovasculares, etc. Durante este nível, ou antes, nos períodos prévios, o ideal é afastar-se do trabalho.

A Síndrome de Burnout se classifica, segundo Menegas ⁽²²⁾ através de quatro classes sintomatológicas, sendo:

1. Classe física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares;
2. Classe psíquica, observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração;
3. Classe comportamental, identificada quando o indivíduo se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho;

4. Classe defensiva, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica.

Boff ⁽²¹⁾ classifica a Síndrome de Burnout a partir do seu curso de desenvolvimento caracterizando-o como: 1 - Insidioso. A evolução do quadro é paulatina e pouco a pouco os sintomas vão surgindo, oscilando com intensidade variável; 2 - Tendência em negá-la. O próprio paciente se nega a aceitar as diferenças que os outros observam nele, portanto, a Síndrome é notada primeiro pelos companheiros, e, 3 - Fase irreversível. Entre 5% e 10 % dos pacientes com essa Síndrome adquire gravidade o que resulta irreversível se não deixar o trabalho.

A classificação quanto às concepções teóricas e modelos explicativos se apresentam de acordo com Teixeira ⁽²³⁾ em quatro grupos:

Concepção clínica; a Síndrome é caracterizada a partir de um conjunto de sintomas que podem levar o profissional à depressão ou até mesmo ao suicídio. A Síndrome é um estado e não um processo, decorrente da função da atividade laboral, porém por características individuais. Esta conotação de cunho mais individualista, posteriormente deu lugar a dimensão social ⁽⁵⁾.

Concepção sócio-psicológica: as variáveis sócio-ambientais, além dos aspectos individuais associados às condições e relações do trabalho propiciariam o aparecimento de aspectos básicos da Síndrome. Assim, Burnout nada mais é que o esgotamento profissional, decorrente da tensão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal ⁽²⁴⁾.

A terceira concepção é a organizacional, afirma que o Burnout tem como consequência de um ajuste entre necessidades apresentadas tanto pelo trabalhador quanto os interesses da instituição ⁽⁵⁾. Os agentes estressores das instituições são os grandes vilões no desencadeamento da Síndrome de Burnout, acredita que os aspectos básicos da Síndrome (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho) são mecanismos de enfrentamento ⁽²⁵⁾.

A quarta e última concepção é a sócio histórica: esta concepção põe em evidencia o papel da sociedade que se encontra cada vez mais individualista e competitiva, sendo assim, as ocupações voltadas para o bem-estar do próximo são incompatíveis com a dos valores da sociedade atual ⁽²⁶⁾.

A Síndrome de Burnout se desenvolve em três pontos de fases evolutivas do ponto de vista psicossocial, onde se intervêm variáveis emocionais (esgotamento

emocional); as variáveis de atitude (despersonalização) e variáveis cognitivas (baixa realização profissional).⁽²⁷⁾

A classificação segundo Maslach, 1982^(26,27) considera a Exaustão Emocional, a primeira etapa e fator central da Síndrome de Burnout. Fase caracterizada por uma progressiva perda de energia vital e um crescente desequilíbrio entre o trabalho realizado e o cansaço ou esgotamento vivenciado.

Caracteriza-se a despersonalização, como um estado psíquico onde prevalece o cinismo distanciamento emocional, insensibilidade e postura desumanizada com frieza e indiferença diante das necessidades dos outros, um modo de responder os sentimentos de impotência e desesperança^(27,28).

O sentimento de incompetência profissional ou redução da Realização Pessoal e Profissional, diante da deteriorização da qualidade do trabalho, a realização pessoal e profissional fica extremamente comprometida. O trabalhador tende a afastar-se, evitando a interação social. O sentimento é de que o mundo parece conspirar diante de qualquer tentativa de progresso profissional; estes trabalhadores perdem a confiança em si mesmo, fazendo com que os outros acabem perdendo confiança neles^(27,28).

Desta forma nota-se que a sobrecarga, a pressão de tempo, conflito de papel, falta de suporte e a sociedade atual são fatores relacionados à sintomatologia da Síndrome de Burnout.

1.1.1.4 Estresse e Síndrome de Burnout

O estresse nem sempre é prejudicial, no entanto o estresse prolongado é uma das causas do esgotamento, que pode levar ao Burnout. Ou seja, o estresse pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em administrá-lo⁽²⁸⁾.

Neste sentido afirma-se que o estresse é um estado intermediário entre saúde e doença, um estado durante o qual o corpo luta contra o agente causador da doença; quando se confronta com um agressor (estressor) o corpo reage⁽²⁹⁾. Essa reação apresenta três estágios: alarme, resistência e exaustão.

A fase de alarme consiste em uma fase muito rápida de orientação e identificação do período, preparando o corpo para a reação propriamente dita, ou

seja, a fase de resistência ⁽⁷⁾. Às vezes as sensações não se identificam como estresse, é por isso que muitos não se dão conta de que estão neste estado.

A fase de resistência é uma fase que podem durar anos, é a maneira pela qual o corpo se adapta a nova situação. É parte do estresse total do indivíduo e se processa de dois modos: sintóxico (tolerância e aceitação) e catotóxico (contra, não aceitação) ⁽⁷⁾. Isto ocorre quando a pessoa tenta se adaptar a nova situação, restabelecendo o equilíbrio interno.

A fase de exaustão consiste em uma extinção da resistência, seja pelo desaparecimento do estressor o agressor seja pelo cansaço dos mecanismos de resistência. Então é nesse caso que o resultado será o da doença ou mesmo um colapso ^(7,30).

A condição de estresse negativo, acrescida da contínua pressão que o trabalhador recebe dos fatores estressantes de natureza física, biológica, mecânica, social, ambiental, a sua condição de saúde e a estrutura organizacional do seu ambiente de trabalho, podem resultar em ocorrência da Síndrome de Burnout.

1.1.1.5 Quadro clínico/Diagnóstico

No quadro clínico podem ser identificados ⁽¹⁾: história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão; sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo (exaustão emocional); queixa de reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente (despersonalização); e, queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho.

Os **sintomas físicos** se apresentam a partir de: fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares; distúrbios do sono; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; disfunções sexuais e por fim alterações menstruais nas mulheres, que vai desde o atraso ou até a suspensão da menstruação ⁽³¹⁾.

Assim a pessoa acometida com a Síndrome de Burnout segundo Batista ^(19,29) apresenta ou pode apresentar a sensação de falta de energia e de vazio interno;

dores freqüentes na nuca, nos ombros, e talvez na coluna; dores de cabeça ocasionadas pela tensão provocada pela Síndrome; queimação estomacal chegando até a uma úlcera; diminuição da capacidade de resistência física; hipertensão arterial ou mesmo infartos e embolias; dificuldade para respirar; diminuição do desejo sexual, dores nas relações (mulheres), ejaculação precoce ou impotência (homens) e por fim atraso ou até a suspensão da menstruação.

Os **sintomas de ordem psíquica** ⁽³⁰⁾ correspondem a: falta de atenção, de concentração; lentificação do pensamento; sentimento de alienação; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; dificuldade de auto-aceitação; e astenia.

Levando em conta os sintomas de ordem psíquica o portador de Síndrome de Burnout tem dificuldade de ater-se no que está fazendo, apresenta lentidão nos processos mentais como o tempo de resposta do organismo se torna mais lentos, se sente distante do ambiente e das pessoas que a rodeiam; se sente só e não comprometida com os demais, não suporta esperar, se sente incapaz de melhorar sua situação atual, apresenta mudança bruscas de humor, baixa auto-estima, decorrente da diferença que existe entre a imagem que tem de si e a imagem idealizada, e, ainda desânimo, disforia, depressão ao executar qualquer atividade ^(19,30).

Os **Sintomas comportamentais** compreendem: negligência ou escrúpulo excessivo; irritabilidade; incremento da agressividade; incapacidade de relaxar; dificuldade na aceitação de mudanças; perda de iniciativa; aumento do consumo de substancias licita ou até ilícitas; e, comportamento de alto risco ⁽²⁸⁾.

Segundo Ballone ⁽¹⁹⁾ os pacientes com Síndrome de Burnout apresentam consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, absenteísmo, baixo rendimento pessoal, distanciamento afetivo dos clientes e companheiros como forma de proteção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, freqüentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família.

Os sintomas básicos dessa Síndrome seriam, inicialmente, uma exaustão emocional onde a pessoa sente que não pode mais dar nada de si mesma. Em seguida desenvolve sentimentos e atitudes muito negativas, como por exemplo, certo cinismo na relação com as pessoas do seu trabalho e aparente insensibilidade

afetiva. Finalmente o paciente manifesta sentimentos de falta de realização pessoal no trabalho, afetando sobremaneira a eficiência e habilidade para realização de tarefas e de adequar-se à organização ⁽¹⁹⁾.

Segundo Guimarães e Cardoso ⁽³³⁾ distinguem-se cinco elementos comuns nas pessoas que sofrem a Síndrome de Burnout: a) um predomínio de sintomas como cansaço mental ou emocional, fadiga e depressão; b) a evidência pode ser vista em um sintoma mental ou de conduta mais do que em sintomas físicos; c) os sintomas estão relacionados com o trabalho; d) os sintomas se manifestam em pessoas "normais" que não sofriam anteriormente de nenhuma alteração psicopatológica; e) se pode observar uma redução da efetividade e do rendimento no trabalho.

Para o diagnóstico, existem quatro concepções teóricas baseadas na possível etiologia da Síndrome: clínica, sociopsicológica, organizacional, socio histórica. A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica. Nela, as características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da Síndrome: Exaustão Emocional (EE), distanciamento afetivo Despersonalização (DE), baixa Realização Profissional (RP) ⁽⁴⁾.

O diagnóstico de sintomas inespecíficos associados, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando Síndrome depressiva e/ou ansiosa, acrescidos da exaustão emocional, da despersonalização e diminuição da competência profissional leva ao diagnóstico de Síndrome de esgotamento profissional, ou seja, a Síndrome de Burnout ⁽¹⁾.

A despeito da situação apresentada anteriormente, poucas foram às pesquisas realizadas no Brasil que procuravam investigar os problemas de saúde que trabalhadores enfrentam, associando-os com as características dessa enfermidade ⁽²⁰⁾. No subtítulo a seguir trata-se sobre a Saúde do Trabalhador, e a Síndrome de Burnout na profissão de enfermagem, onde se denota tímidos estudos sobre o assunto.

1.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E A SÍNDROME DE BURNOUT NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

1.2.1 Saúde do trabalhador

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde-doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer ⁽³⁴⁾.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu Artigo 196 expressa quanto à saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo que a mesma deverá ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, com vistas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ⁽³⁵⁾.

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90, por sua vez, afirma em seu Artigo 2, parágrafo 3º que a saúde se respalda em fatores determinantes e condicionantes, levando em conta a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País ⁽³⁶⁾.

Com a evolução da importância do trabalho, a preocupação com as condições, o bem-estar e a satisfação pessoal do trabalhador, bem como a repercussão do trabalho sobre a sua saúde também evoluiu e ganhou força no decorrer da história ⁽³⁷⁾. Surge então um novo modelo de políticas de saúde que trouxe consigo a discussão a respeito da Saúde do Trabalhador, exigindo a introdução de novas práticas.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador ⁽⁴⁰⁾ visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) ⁽³⁸⁾ definiu os princípios e diretrizes da política de saúde ocupacional para o trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Conceitua

a saúde ocupacional do trabalhador como um valor social público, para o qual concorrem dimensões sociais, políticas, econômicas, ambientais e organizacionais que demandam o estabelecimento de políticas, planos, programas, projetos e ações de promoção da saúde, de controle e vigilância dos riscos advindos das condições e dos ambientes e processos de trabalho, de prevenção e detecção de agravos, de recuperação e reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho e qualidade de vida.

A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho ⁽⁶⁾.

A Área Temática de Saúde do Trabalhador identificou no interior da Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador (RENAST) ⁽³⁹⁾ a necessidade de um instrumento nacional para sistematização das informações colhidas por ocasião do atendimento de trabalhadores com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho.

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) ⁽⁴⁰⁾ evidencia a importância social do trabalho de saúde. Nesta normativa, o locus de análise e intervenção é mencionado, de modo geral como Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS), definidos como “[...] qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade, em regime de internação ou não”.

No entanto, a implantação da NR-32 tem sido debatida quase por exclusivamente pelas organizações hospitalares, já que seu conteúdo expressa, em detalhes, aspectos relevantes e objetivos para a segurança e proteção do trabalhador hospitalar, passíveis de submissão a padrões técnicos e operacionais ^(39,40).

Utiliza-se um instrumento que inclui informações necessárias à fiscalização do gerenciamento de riscos e existência de agentes nocivos no ambiente de trabalho, o Perfil Profissiográfico Previdenciário que é um formulário com campos a serem preenchidos com todas as informações relativas ao empregado, como por exemplo, a atividade que exerce o agente nocivo ao qual é exposto, a intensidade e a

concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa ⁽⁴¹⁾.

No Brasil, o Acidente de Trabalho (AT) deve ser comunicado logo após sua ocorrência através da emissão da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), sendo encaminhada à Previdência Social ao acidentado, ao sindicato da categoria respondente ao hospital, ao SUS e ao Ministério do Trabalho ⁽⁴²⁾.

A emissão da CAT registra e reconhece oficialmente o acidente, estabelecendo o direito do trabalhador ao seguro acidentário junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ⁽⁴³⁾. Apesar da importância do problema, pouca atenção tem sido dada aos riscos de acidente de trabalho, doenças ocupacionais e notificação de acidentes envolvendo os profissionais de saúde. Mesmo sendo obrigatória a emissão da comunicação do acidente de trabalho, observa-se na prática a subnotificação dos acidentes de trabalho, por parte dos funcionários acometidos pelos acidentes que às vezes ignoram as pequenas lesões por desconhecimento da importância da emissão deste documento.

Os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional, ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens ⁽⁶⁾.

É preciso investir na capacitação do trabalhador, ou seja, no desenvolvimento do seu conhecimento, para conseguir a eficácia de atuação sobre normas, duração e ritmo de trabalho. Conhecendo o processo de trabalho, os profissionais devem buscar a cooperação e o diálogo permanente com especialistas das diversas áreas afins, como a ergonomia, higiene e segurança, no intuito de obter medidas capazes de garantir-lhes condições de trabalho favoráveis a saúde ⁽⁴⁴⁾.

1.2.2 Síndrome de Burnout no trabalho

Burnout é resposta de um estresse crônico, afetando diretamente o desempenho de tarefas, relacionamento interpessoal, produtividade e até mesmo a

qualidade de vida no trabalho, do indivíduo e da organização devido à exposição direta com pacientes, a uma extensa jornada de trabalho em condições muitas vezes desfavoráveis ^(18,45) coloca que é uma Síndrome característica do meio laboral, que resulta da cronificação do stress ocupacional e produz conseqüências negativas a nível individual, profissional, familiar e social.

Segundo o Ministério da Saúde ⁽¹⁾ a sensação de estar acabado ou Síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros.

Esta Síndrome acomete, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas, sendo predominantes nos profissionais de saúde ^(46,47). Os estudos demonstram que o Burnout afeta os enfermeiros, em diferentes partes do mundo e em diversos contextos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes ^(14,48).

O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente, perdendo o sentido de sua relação com o trabalho, se desinteressando e qualquer esforço lhe parece inútil ⁽¹⁹⁾.

Portanto, Burnout refere-se a uma Síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve três componentes, que podem aparecer associados, mas que são independentes: exaustão emocional; despersonalização e falta de envolvimento no trabalho ^(19, 20,47).

Vários autores consideram a Exaustão Emocional como sendo o fator central e a fase inicial da Síndrome do *Burnout*, pois acreditam que as características do ambiente e da carga de trabalho e as demandas interpessoais do trabalhador estão diretamente associadas a esta subescala ^(49,17,50,51).

A exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou a carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento emocional. A manifestação pode ser física, psíquica ou uma combinação entre os dois. Os trabalhadores percebem

que já não possuem condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas, como já houve em situações passadas.

A Exaustão Emocional manifesta-se como a atitude mais clara do quadro clínico porque é o sintoma mais comum e evidente em quase todos os casos da Síndrome⁽⁵²⁾. Ela e, conseqüentemente, o *Burnout*, ocorre quando os indivíduos precisam trabalhar numa situação não equilibrada, na qual é extrema a demanda para o trabalhador e ele não dispõe de recursos emocionais suficientes para lidar com esta situação. Além disso, a organização do trabalho não oferece suporte adequado, fazendo com que os trabalhadores fiquem exaustos, irritados e deprimidos com as tarefas que desempenham ^(49,53,51).

Quanto à Despersonalização, esta pode ser definida como distanciamento emocional, indiferença em relação às atividades laborais, podendo o trabalhador tratar outras pessoas como objeto ⁽²⁰⁾. Cada trabalhador encontra formas de conviver e dar vazão à tensão gerada pela ruptura entre envolver-se ou não no trabalho.

A despersonalização, caracterizada como sendo o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas para as pessoas destinatárias do trabalho, está intensamente presente em profissionais que trabalham em hospitais. A despersonalização está associada à perda da empatia e do interesse, fatores comumente relacionados a situações automáticas e rotineiras, bastante estressantes ⁽⁵⁴⁾.

Tamayo e Tróccoli ⁽²⁴⁾ descrevem que a subescala de Despersonalização apresenta índice de confiabilidade menor, normalmente inferior a 0,70, quando comparado às subescalas de Exaustão Emocional e de Incompetência Profissional. Isto ocorre provavelmente porque os trabalhadores da área de assistência respondem as questões pertencentes à Despersonalização demonstrando seu desejo social, ligado à sua profissão, e não necessariamente com os sentimentos que apresentam de verdade, comprometendo a consistência interna das questões desta subescala.

A falta de estratégias internas ou externas de enfrentamento em instituições mais rígidas ou com condições adversas de trabalho, seja na organização, no ambiente ou nas relações estabelecidas pelos colegas, dificulta o estabelecimento dessas estratégias gerando sofrimento e conseqüências para a vida profissional e pessoal dos trabalhadores ⁽⁵²⁾.

Tratar os clientes, colegas e a organização como objeto, "coisificando" a relação, é uma das dimensões da despersonalização. Ocorre um endurecimento afetivo ou a insensibilidade emocional, por parte do trabalhador, prevalecendo o cinismo e a dissimulação afetiva. Nessa dimensão, são manifestações comuns, a ansiedade, o aumento da irritabilidade, a perda de motivação, a redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, além da redução do idealismo, alienação e a conduta voltada para si.

A Baixa Realização Profissional caracterizada por sentimentos de incompetência, fracasso assim como tendência do trabalhador em se auto-avaliar de forma negativa ⁽²⁰⁾ é compreendido como processo dinâmico, que se estabelece gradualmente, sendo por conseqüência possível identificar a apresentação da Síndrome em níveis distintos. Gil-Monte e Peiró ⁽⁵²⁾ descrevem uma série de pesquisas desenvolvidas, no qual o processo se inicia com o desenvolvimento dos sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo. Posteriormente, em resposta a ambos, como uma estratégia de afrontamento ou defensiva, instala-se a despersonalização.

Há na literatura a referência de que a subescala de Exaustão Emocional é tão importante para o diagnóstico do *Burnout* que alguns autores argumentam que as outras duas subescalas da Síndrome, a Despersonalização e a Realização Profissional, são praticamente desnecessárias para o desenvolvimento do processo⁽¹⁷⁾.

O Burnout foi reconhecido como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos ⁽⁴⁾, ou seja, afeta a principalmente profissionais da área de serviços ou cuidadores, quando em contato direto com os usuários, como os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, professores, entre outros. Aqui se destaca o trabalho da enfermagem.

1.2.3 O trabalho da enfermagem

O trabalho na área da saúde caracteriza-se por ser uma atividade profissional que tem como agente e como sujeito de sua ação, o homem. Neste campo profissional, a interação entre o trabalhador e o trabalho ocorre de uma forma muito estreita; tal proximidade favorece que o trabalho, muitas vezes, constitua-se em

fonte de sofrimento pelas limitações de ação, técnica e científica, que demanda a atenção ao paciente ^(55,56,57,58,59,60).

As práticas de saúde instintivas foram às primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Mas, como o domínio dos meios de cura a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele ⁽⁶¹⁾.

Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa ⁽⁶²⁾.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no Século XVI que termina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no Século XIX ⁽⁶³⁾.

A enfermagem é uma profissão do qual tem conhecimento técnico científico voltado para o cuidado humano e holístico, além é claro de o enfermeiro possuir várias habilidades: cognitivas, interpessoais e psicomotoras e mais o conhecimento e o embasamento teórico de enfermagem. Hoje a enfermagem é um componente vital e indispensável do serviço de assistência médica ⁽⁶⁴⁾.

No Século XX a área da enfermagem buscou construir um corpo de conhecimentos específicos, sendo introduzidas às teorias de enfermagem e o processo de enfermagem, como, métodos de trabalho, com a finalidade de transformar o trabalho do enfermeiro, tornando-o científico ⁽³⁾.

A enfermagem profissional ou moderna nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar, já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho ⁽⁶⁵⁾.

Desta forma, o enfermeiro é preparado para administrar a assistência de enfermagem e, para tanto, controla e delega tarefas específicas aos demais

trabalhadores de enfermagem, os quais executam este trabalho de forma alienada, sem controle do processo e do produto final.

A equipe de enfermagem compreende a maior contingência de funcionários dentro de um ambiente hospitalar, e também os maiores problemas em relação à satisfação no trabalho, à qualificação e motivação, interferindo diretamente na produtividade da instituição.⁽⁶⁶⁾

O contato com o sofrimento, doenças, tristezas, ansiedades e morte é um desafio que exige, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, preparo emocional para lidar com estas questões ⁽⁶⁷⁾.

Considerando-se que cada dia é mais exigido dos profissionais de enfermagem a capacidade técnico-científica em um sistema capitalista, que oferece em contrapartida uma baixa remuneração e sobrecarga de trabalho, pode-se observar, em nosso ambiente de trabalho, alterações psíquicas que levam muitos funcionários a um estado de exaustão emocional, perda de interesse pelas pessoas que teriam que ajudar; e por fim baixo rendimento profissional e pessoal ⁽⁶⁸⁾. Daí ser a enfermagem classificada como a quarta profissão mais estressante no setor público.

A deterioração na qualidade de serviços de instituições de saúde e os altos índices de absenteísmo dos profissionais dessa área são algumas das conseqüências desse quadro, todas fortemente relacionadas com a alta taxa de incidência que caracteriza a Síndrome ⁽⁴⁾.

Os profissionais da área de enfermagem estão expostos diariamente a doenças e a morte. Desafios estes que exigem, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, um preparo emocional para lidar com o sofrimento, a tristeza e a tensão decorrentes. Diante de tais circunstâncias, os profissionais da área de enfermagem se encontram em risco de desenvolver a Síndrome de Burnout ⁽³⁾.

1.2.4 A Síndrome de Burnout e a profissão de enfermagem

Todos os seres humanos vivem situações de estresses e os fatores desencadeantes podem aparecer em qualquer etapa da vida ⁽¹⁹⁾. A equipe de enfermagem rotineiramente é exposta à carga física e mental durante seu trabalho, situações de emergência impõem tarefas que sobrecarregam o indivíduo, a jornada

de trabalho freqüentemente é extensa, duplicada e acompanhada de plantões. O trabalho com a doença e o sofrimento freqüentes é causa de estresse físico e psicológico, levando o profissional ao estresse ocupacional.

O Burnout associado à profissão enfermagem pode ser definido como uma resposta ao stress profissional prolongado ou crônico que pode ocorrer quando as estratégias de confrontação utilizadas pelo profissional se revelam disfuncionais e inadequadas ^(69,70,71).

Existem muitos estudos sobre o Burnout em enfermeiros onde são analisados diferentes variáveis e apresentados resultados muito diferentes, o que demonstra a complexidade do fenômeno. No entanto, e de um modo geral, todos indicam que os enfermeiros são particularmente vulneráveis a esta Síndrome.

Os primeiros estudos que investigaram o Burnout em enfermeiros mostraram que a Síndrome estava positivamente correlacionada com a quantidade de tempo que os enfermeiros passam com os doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes com mau prognóstico ⁽¹⁴⁾. Estudos mais recentes mostram que está associado a fatores relacionados com o trabalho, tais como sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contacto com a morte e preparação inadequada ⁽⁶⁸⁾.

Muller ⁽⁶⁹⁾ estudou a ocorrência de Burnout em profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares) num hospital brasileiro e verificou que os enfermeiros tinham maiores níveis de exaustão emocional quando comparados com os técnicos e auxiliares, sendo a exaustão emocional maior nos enfermeiros com menor tempo de experiência profissional.

De acordo com diferentes estudos, os trabalhadores estão sujeitos à excessiva carga horária de trabalho relativamente crônica na enfermagem e nas instituições de saúde. O trabalhador se depara, a cada momento, com a dor humana, condições de trabalho desfavoráveis e expectativa de produtividade com qualidade por parte dos dirigentes ^(70,71).

O fato de o profissional possuir múltiplos empregos, realidade que persiste na enfermagem, pode intensificar o problema do absenteísmo. Os profissionais dessa área se vêem pressionados a ter, por vezes, duplo ou triplo vínculo empregatício devido aos salários baixos e aviltantes, incompatíveis com a dignidade de suas atividades, fatos esses que vêm piorando a qualidade de vida destes trabalhadores, levando-os a assumirem mais de um emprego para aumentar a renda familiar, o que

implica em extensas jornadas de trabalho, estresse e pouco tempo para o lazer e para a família ⁽⁷²⁾.

Pode-se pensar que a direção de setor ou departamento envolve responsabilidade por grupos, que necessita, por vezes, lidar não só com subordinados, mas também com usuários e colegas. Ainda parte das chefias refere-se a cargos de confiança e, portanto, não estáveis na sua relação com a instituição, o grupo e as atividades, fazendo uma menor vinculação com as pessoas. Além disso, os dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa à organização pública, gerando, assim, uma tendência à centralização das decisões ⁽⁷³⁾.

Dessa forma, de acordo com os estudos de Benevides-Pereira ⁽⁵⁾, quanto maior for a responsabilidade e menor a autonomia, maior será a possibilidade de desencadeamento de Burnout. Afirma ainda que o fato de as mulheres expressarem mais livremente suas emoções poderia atuar como fonte de externalização de dificuldades e conflitos, aliviando sentimentos de raiva, hostilidade e indignação.

Estudos reportaram que profissionais de enfermagem brasileiros que se encontram em início de carreira podem se mostrar frustrados com o trabalho e, como consequência apresentar sensação de alienação-basicamente porque possuem um entendimento irrealístico sobre o alcance e limites de suas práticas ⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada acerca da análise da capacidade para o trabalho e o envelhecimento funcional precoce em trabalhadores de enfermagem, encontrou maior prevalência de capacidade inadequada para o trabalho num grupo de trabalhadores jovens, com idade abaixo de 39 anos. Concluindo que é necessária uma abordagem multidimensional na implementação de programas para manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, incluindo intervenções no ambiente de trabalho ⁽⁴⁷⁾.

Outros pesquisadores mencionam que a média elevada de idade é um fator importante para o desenvolvimento de transtornos mentais ou ocupacionais devido à diminuição da capacidade de adaptação às condições de estresse no trabalho. Estudos mostram que o índice de capacidade para o trabalho é bastante afetado pela idade ^(74,75,76,77).

Uma investigação japonesa feita por Imai ⁽⁷⁸⁾ comparou o Burnout entre enfermeiras psiquiatras comunitárias e enfermeiras de saúde pública e concluiu que ele era maior nas primeiras do que nas segundas, com uma prevalência de 59.2%.

Estudos sobre os níveis de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais ⁽⁷⁹⁾ demonstraram que os da urgência geral (jovens do sexo feminino e solteiros, com nível de escolaridade superior e com pouca experiência profissional) tinham nível médio de Burnout, enquanto que os da urgência psiquiátrica (mais velhos do sexo masculino e casados, com nível de escolaridade mais baixo e mais anos de profissão) tinham um nível baixo.

Vários estudos têm demonstrado que o Burnout incide principalmente sobre os profissionais de ajuda, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros ⁽⁵⁾.

Existem algumas explicações para a ocorrência desse fenômeno ⁽⁸⁰⁾: o rápido desenvolvimento tecnológico, a divisão e expansão das especialidades médicas, que determinam o hospital como um complexo sistema de divisão do trabalho, com elevada hierarquia de autoridade, com canais formais de comunicação e um grande conjunto de regras e normas para seu funcionamento.

Neste contexto se apresentam duas linhas paralelas de autoridade: a administrativa e a profissional, sendo freqüente o surgimento de conflitos devido a diferentes conjuntos de valores. Este confronto, que se repete continuamente, é gerador de ansiedade e estresse contribuindo para a baixa motivação profissional em profissionais da saúde.

Farber ⁽⁸¹⁾ salientou que os profissionais de enfermagem do sexo masculino se mostraram mais vulneráveis do que suas colegas, supondo que elas são mais flexíveis e abertas para contornar as pressões presentes na profissão.

O alvo preferencial da Burnout, segundo Martins ⁽⁸²⁾ tende a ser os trabalhadores motivados, que se entregam totalmente ao trabalho como reação ao estresse laboral e acabam por entrar em colapso. Eles investem muito mais energia do que recebem em termos de reconhecimento e resultados.

Os profissionais do setor de emergência são submetidos constantemente a sobrecargas de trabalho mentais, psíquicas e físicas, além da pressão para tomada de decisões rápidas, fundamentais no atendimento de emergência.

As jornadas de trabalho são exaustivas, dado ao volume de usuários e a reposição de energia desses trabalhadores nem sempre é adequada. São submetidos a plantões que, especialmente no noturno, alteram seus biorritmos de sono, alimentação e atividades sociais. Além disso, ainda se dedicam a mais de um

emprego, visto que os salários são baixos no setor e o ritmo de trabalho na emergência não os deixa impunes.

Muitos pesquisadores têm enfatizado o sofrimento psíquico advindo do trabalho hospitalar. Entre eles está Pitta ⁽⁸³⁾, destacando que os hospitais têm sido espaços de concentração de trabalhadores de diversas áreas, desde médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, operadores de máquinas, entre muitos outros, que se inter-relacionam com os usuários de serviços, num ambiente permeado de dor e sofrimento.

Levantamento epidemiológico realizado nas clínicas e hospitais psiquiátricos em Barbacena- MG ⁽⁸⁴⁾, denuncia que os prontuários dos pacientes, via de regra, não apresentam informações sobre o trabalho das pessoas, mesmo quando os relatos e queixas dos pacientes demonstram, recorrentemente, que parte substancial do seu sofrimento está relacionada ao trabalho.

Há muitas indicações de que situações estressantes de origens familiares e laborais são fatores de risco para o desenvolvimento de desordens relacionadas ao estresse. Segundo evidencia o estudo, diagnósticos como Síndrome de Burnout, Síndrome da fadiga crônica e fibromialgia representam modos diferentes de reagir a uma situação opressiva. O limite entre essas doenças e, de outro lado, depressão, doenças cardíacas, é freqüentemente impreciso; esses diagnósticos podem delinear os estágios preliminares de doenças como angina pectoris e infarto do miocárdio. Essas circunstâncias refletem sofrimento considerável dos indivíduos e um fardo econômico significativo para a sociedade ⁽⁸⁵⁾.

O Burnout é formado por diversos estados sucessivos que ocorrem em um tempo e representam uma forma de adaptação às fontes de estresse. Assim, Burnout e estresse são fenômenos que expressam sua relevância na saúde do indivíduo e da organização ⁽⁸⁶⁾.

Autores estudaram os níveis de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Verificaram àqueles que atuam na urgência geral (jovens, maioritariamente do sexo feminino e solteiros, com nível de escolaridade superior e com pouca experiência profissional) tinham nível médio de Burnout, enquanto que os da urgência psiquiátrica (mais velhos, maioritariamente do sexo masculino e casados, com nível de escolaridade mais baixo e mais anos de profissão) tinham um nível baixo ⁽⁷⁹⁾.

Devido à situação de fatores estressantes, na rotina da enfermagem, este se tornou um meio propenso para o surgimento e a progressão da Síndrome do esgotamento profissional. Por isso é fundamental reconhecer sua presença, pois se continuarmos negando sua existência nunca será possível solucionar este problema, seja prevenindo ou tratando, e continuaremos a dar as costas a um verdadeiro problema de saúde do trabalhador de enfermagem.

À medida que a síndrome de burnout é considerada pela lei como um problema de saúde ocupacional, tendo como agente etiológico ou fator de risco justamente as condições de trabalho, pode o empregado pleitear indenizações materiais e morais do patrão, mediante a alegação de que ficou doente por culpa deste ⁽³⁾.

Comprovada a doença e o nexo causal com o trabalho, o empregado terá reconhecido pela Justiça do Trabalho o direito ao afastamento médico para tratamento, indenização pelos gastos que tiver, pensão por eventual incapacidade para trabalhar, além de indenização por dano moral que pode chegar a valores bastante expressivos ⁽¹²⁾.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL:

Demonstrar a incidência do estresse ocupacional entre os profissionais que atuam no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-Mato Grosso a partir do Inventário Maslach Burnout.

2.2. ESPECÍFICOS:

- Demonstrar a frequência de indicadores ocupacionais entre as variáveis dicotômicas, de atributo e contínuas;
- Demonstrar a proporção dos profissionais de enfermagem quanto aos níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional;
- Classificar as categorias dos profissionais de enfermagem em relação aos escores de Burnout.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico do tipo transversal descritivo que descreve incidência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da rede hospitalar do município de Cáceres, Estado de Mato Grosso Pantanal Mato-Grossense, 2010, no período de dois meses onde os fatores e efeitos foram levados em conta concomitantemente.

O estudo epidemiológico trata da distribuição de freqüência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde ⁽¹¹²⁾.

A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. A 1ª investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços. A de prevalência estuda casos antigos e novos de uma nosologia num determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal. Rouquayrol ⁽¹¹³⁾, assim define a pesquisa transversal: é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas dependências do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCAF) e no Hospital São Luiz (HSL), localizados no município de Cáceres, Estado de Mato Grosso pantanal mato-grossense, 2010. O Hospital São Luiz é privado e credenciado ao Sistema Único de Saúde, com referência para: clínica médica geral, cirúrgica geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto tipo II. O Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes é público estadual, de referência regional do Sudoeste do Estado de Mato Grosso em urgência e emergência e atende a demanda de 22 municípios da região.

Os hospitais estudados ficam localizados a 211 quilômetros da capital Cuiabá/MT, o referido município pertence á mesorregião centro oeste do sul do mato

grosso, localizado na mesorregião centro sul do estado e na microrregião do alto pantanal, banhado pelo Rio Paraguai, e a 90 km da cidade boliviana de San Matias com a qual possui 780 quilômetros de fronteira seca.

3.2.1 Organização da Saúde em Cáceres – Mato Grosso

3.2.1.1 O município de Cáceres em contexto

O município de Cáceres foi fundado em 6 de outubro de 1778, graças ao advento do ciclo da indústria extrativa, que tinha seus principais produtos no gado, na borracha e na ipecacuanha, o ouro negro da floresta, e à abertura da navegação fluvial ⁽⁸⁷⁾.

O município de Cáceres localiza-se a 16° 04' 16" de latitude ao Sul e 57° 40' 44" de longitude ao Oeste. Pertence ao estado de Mato Grosso, situa-se a 211 quilômetros da capital - Cuiabá compreendendo a microrregião Alto Pantanal ⁽⁸⁸⁾.

Possui uma área de 24.398,399 km e uma população de 87.912 habitantes, seu bioma é Cerrado, Amazônia e Pantanal e a principal atividade econômica da cidade é a pecuária, uma vez que possui um dos maiores rebanhos de gado bovino do Brasil ⁽⁸⁷⁾.

A população estimada pelo IBGE em 2009 era de 87.261 hab. dentro de uma área de 24.398,399 Km² ⁽⁹²⁾, sendo que a maioria dessa população está concentrada na zona urbana 77,40% e somente 22,6% na zona rural.

O clima é tropical sub-úmido, apresentando temperatura média anual de 24°C, o período chuvoso vai de outubro a março, nos demais meses o clima torna-se seco, podendo a umidade relativa do ar chegar a 10% em agosto e setembro ⁽⁹¹⁾.

Cáceres se destaca no turismo histórico e esportivo. Encontra-se situada numa das regiões mais privilegiadas do pantanal mato-grossense, visto que ostenta uma das maiores potencialidades turísticas do estado, ou seja, a grandiosidade e a beleza do Rio Paraguai e seus afluentes ⁽⁸⁷⁾.

Cáceres possui o único frigorífico de jacaré da América Latina, a Cooperativa dos Criadores de Jacaré do Pantanal (COOCRIJAPAN). Conta com indústrias de couro (abate diário de cinco mil cabeças de gado bovino em cinco frigoríficos, quinze laticínios e três curtumes), cana-de-açúcar (duas usinas com produção de oitenta e

cinco milhões de litros de álcool), madeira (vinte e três mil hectares com plantação de Teka e extração de borracha) e mineral (calcário e brita) ⁽⁸⁷⁾.

A média de domicílios com renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo é maior na Regional de Cáceres que a média do Estado, com alguns municípios contribuindo especificamente para essa condição, como Reserva do Cabaçal, Porto Espiridião e Salto do Céu. Quando se observa a renda de 3 salários mínimos e mais, a média da Regional (7,26%) está abaixo da média do Estado (15,6%), sendo que alguns municípios aumentam essa distância: Indiavaí (2,3%), Lambari (4,1%), Rio Branco (4,5%) e Reserva do Cabaçal (4,9%) ⁽⁹²⁾.

O município tem grande importância para o Pantanal (disputa com Aquidauana-MS a segunda colocação em importância na região; a primeira é Corumbá, que é considerada a Capital do Pantanal, pois serve de acesso terrestre a região ⁽⁹¹⁾.

3.2.1.2 Organização da saúde no município de Cáceres – Mato Grosso

O município de Cáceres é um importante Pólo Regional de Saúde, abrange 22 municípios da região, atendendo uma população de mais de 185 mil usuários do SUS ⁽⁹²⁾.

O Pólo de Cáceres, o qual foi instituído pela Portaria nº 048/2001 da Secretaria Estadual de Saúde/MT. Constitui-se de 22 municípios: Araputanga, Cáceres, Campos de Júlio, Comodoro, Conquista D'Oeste, Curvelândia, Figueirópolis D'Oeste, Glória D'Oeste, Indiavaí, Jauru, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Nova Lacerda, Pontes e Lacerda, Porto Espiridião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Rondolândia, Salto do Céu, São José dos Quatro Marcos, Vale do São Domingos e Vila Bela da Santíssima Trindade (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 2010) ⁽⁹³⁾.

A rede municipal de saúde está estruturada com 92 estabelecimentos de saúde no Cadastrado Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/2010), dentre eles; 15 Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica, 01 Pronto Atendimento 24 horas, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 10 Clínicas Especializadas/Ambulatório, 40 consultórios isolados ⁽⁹⁴⁾. O Município de Cáceres comporta 45 estabelecimentos

para atendimento na demanda espontânea, referenciada 17 estabelecimentos e para demanda espontânea e referenciada 27 estabelecimentos.

A rede hospitalar é composta por 3 hospitais gerais que totalizam 204 leitos disponíveis, sendo 180 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde e 24 leitos não SUS. Todas as unidades básicas de saúde possuem retaguarda de laboratório clínico, ultra-sonografia, radiologia, eletro encefalograma e eletrocardiografia, as solicitações de exames que requerem tecnologia mais avançada são encaminhadas para os serviços contratados e/ou conveniados ⁽⁹⁴⁾.

As unidades básicas de saúde compõem a rede primária de atenção. A rede secundária de atenção compõe-se do ambulatório de especialidades, o pronto atendimento médico e o Hospital O Bom Samaritano. O atendimento a nível terciário se dá por meio de convênios com hospitais públicos e filantrópicos/conveniados ao SUS ⁽⁹³⁾.

A rede de saúde, constituída de serviços próprios e conveniados/contratados, apresenta um fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado; os atendimentos não disponíveis em nível ambulatorial são encaminhados para os serviços hospitalares através dos instrumentos de referência e contra-referência e de uma central de regulação única de regulação médica para o atendimento de urgência/emergência ⁽⁹³⁾.

Além da rede pública, a população conta com o sistema privado principalmente pela medicina de grupo, cujos convênios são feitos diretamente pelo cliente através de plano individual ou por empresa ⁽⁹⁵⁾.

O Município de Cáceres está inserido no contexto Estadual como pólo de prestação de serviços nas áreas de Saúde e Educação, sendo a sede da UNEMAT e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste de Mato Grosso (CISOMT), tendo em vista ainda forte sustentabilidade econômico-financeira, o turismo, pois possui um dos mais valiosos patrimônios nacionais: o Ecossistema do Pantanal ⁽⁹⁶⁾.

Possui um dos principais centros universitários da região na área de saúde com cursos de Enfermagem e Educação Física.

A UNEMAT desde a sua origem em 1978 tem como princípio de atuação o atendimento às demandas do interior do Estado de Mato Grosso. Em 30 anos, cresceu, diversificou e concretizou-se como Universidade do Estado de Mato Grosso: instituição pública, gratuita ⁽⁹⁷⁾.

Seus objetivos e ações perpassam pelo Programa de Governo, no esforço de estabelecer políticas públicas educacionais, contribuindo para a promoção da inclusão social e do crescimento sustentado da economia mato-grossense, com justiça social e preservação ambiental.

Assim, coerente com a região onde está inserida, a Universidade desenvolve suas atividades – fins de ensino, pesquisa e extensão abrangendo diversas áreas: Ciências Biológicas, Ciências Exatas e da Terra, Ciências da Saúde. Ciências Humanas, Ciências Sociais e Aplicadas, Ciências Agrárias, Lingüística, Letras e Artes e Engenharias Exatas ⁽⁹⁷⁾.

De acordo com os dados encontrados da Secretaria de Comunicação Social de Mato Grosso ⁽⁹⁶⁾, o HRCAF foi inaugurado em Agosto de 2001 com 60 leitos, instituição de nível de atenção terciária, de referência ao atendimento de urgência e emergência, para a Microrregião Oeste do Estado de Mato Grosso. Inicialmente prestava atendimentos nas áreas de Traumato-ortopedia, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Clínica Cirúrgica ⁽⁹⁶⁾.

A partir de 2003 foram implementados novos serviços no hospital, como UTI neonatal, atendimentos a gestantes de alto risco, cirurgia pediátrica, cirurgia urológica, centro de atendimento a gestantes de alto risco, Centro de Atendimento Odontológico para Portadores de Necessidades Especiais (CAOPE) e tomografia computadorizada, centro de oncologia ⁽⁹⁶⁾.

O complexo do Hospital Regional de Cáceres presta serviços ambulatoriais de média e alta complexidade e apóia o ensino e pesquisa na área de saúde.

As contratações por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional de interesse público, se dá por meio de processo seletivo, com deferimento da Secretaria Estadual de Saúde/MT, podendo ser de 30 ou 40 horas semanais.

Atualmente o HRCAF conta com 110 leitos hospitalares ativos e 572 funcionários. O número de leitos está distribuído por especialidade: possui 20 leitos para cirurgia geral, cirúrgico - ortopedia traumatologia 28, clínica geral 4 leitos, pediatria clínica 18 leitos e pediatria cirúrgica 4, UTI neonatal 10 leitos ⁽⁹⁶⁾.

Acoplado ao hospital regional de Cáceres funciona o centro regional de especialidades médicas, este concentrar-se no atendimento de atenção de especialidades médicas como, serviço de odontologia para pacientes especiais, cardiologia, ginecologia, fonoaudióloga, psicologia, ortopedia e neurologia.

O centro conta com equipamentos para diagnose, como audiometria, eletroencefalograma, houter, ecocardiograma conforme o CNES ⁽⁹⁴⁾.

O HRCAF está habilitado a banco de tecido ocular humano, busca ativa de órgãos, córnea/ esclera, referência hospitalar em atendimentos secundária a gestão de alto risco, UTI adulto tipo II e UTI neonatal. Seu nível de atenção hospitalar e ambulatorial é média e alta complexidade, tem a secretaria estadual de saúde do estado do Mato Grosso/MT, Ministério da Saúde e governo do Estado de Mato Grosso, como órgão mantenedor ⁽⁹⁶⁾.

O hospital HRCAF conta a partir de agora com uma moderna unidade de fisioterapia, cuja inauguração se deu em 19 de novembro de 2010, com a parceria do governo do Estado do Mato Grosso e Secretaria Estadual de Saúde.

O hospital tem convênios firmados com instituições de ensino superior e ensino técnico na área de saúde, como a Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), a Faculdade de Quatro Marcos (FQM) e o Instituto Educacional de Cáceres (IEC).

Sua missão precípua se tornou, então, garantir o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e apoiar o ensino e pesquisa na área de saúde.

O hospital São Luiz foi fundado e mantido em 1938 a 1978 pela missão da ordem terceira regular de São Francisco do Brasil, a partir desta data foi entregue a Sociedade Educadora Beneficente Providencia Azul. Entidade beneficente sem fins lucrativos tendo como mantenedora a associação congregação Santa Catarina, com sede no estado de São Paulo ⁽⁹⁵⁾. Às normas que disciplinam entre o hospital e seus trabalhadores è o regime pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Conforme o CNES ⁽⁹⁴⁾ o número de leitos está distribuído por especialidades num total de 88 leitos, é composto com 408 funcionários no seu quadro ⁽⁹⁴⁾. Os leitos estão subdivididos em: 17- clínica cirúrgica geral (13 - SUS); 43 - clínica geral (36 – SUS); 02 - pneumologia (1- SUS); 10 - UTI adulto, Tipo II (10 - SUS); 4 Unidade de Isolamento (03 - SUS); 13 - clínica obstétrica (12 - SUS); 12 - clínica obstétrica cirúrgica (09 - SUS); e 1 – clínica pediátrica.

3.2.1.3 Setor de atuação dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional de Cáceres e do Hospital São Luiz.

Nas organizações hospitalares, a prestação de assistência ao paciente é arte de sua missão, uma vez que o seu universo de trabalhadores atenderá a finalidade de promover a saúde, combater as doenças, prolongar a vida ou até acompanhar óbitos, ou através de inúmeras tarefas que expõem esse grupo a situações que causam à sua saúde, por lidarem diariamente com o sofrimento, a dor e a morte do outro.

Os hospitais são instituições que prestam serviços a saúde a fim de atender, tratar e curar pacientes de diversas patologias. É um ambiente que expõe os trabalhadores a uma série de riscos que podem ocasionar Acidente de Trabalho (AT), doença profissional e doença de trabalho ⁽⁹⁸⁾.

O ambiente hospitalar é caracterizado por uma estrutura formal e burocrática, que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Inserida neste ambiente está à equipe de enfermagem, maior força de trabalho, que no desenvolver de suas atividades se vê, muitas vezes, forçada a conter suas emoções frente ao paciente. Tal situação, somada aos problemas pessoais a conduz a uma sensação de impotência e insatisfação pessoal resultando no absenteísmo que repercute diretamente na qualidade da assistência prestada ⁽⁷⁵⁾.

O hospital é como um local neofrágico com aglutinação de diversos trabalhadores, incluindo desde médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas, entre outros ⁽⁸⁴⁾.

O Serviço de Enfermagem dentro do macro Sistema Hospitalar interage em todas as áreas sob sua responsabilidade de forma independente, interagida e com a co-responsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente. A atuação desse serviço é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e muita dedicação ⁽⁹⁹⁾.

Sabe-se que por meio de técnicas e condições ambientais é possível criar soluções para o restabelecimento do paciente e seu breve retorno à família e à sociedade. Silva ⁽¹⁰⁰⁾ evidencia que as transformações no contexto da enfermagem estão direcionadas às transformações mais globais. Assim buscam-se níveis crescentes de complexidade, de consciência política para a qualidade das práticas de saúde atendendo exigências reais da população e da melhoria na qualidade de vida.

A visão da Equipe de Enfermagem deve ser direcionada no sentido de simplificar a assistência, através de qualidade que deve ser desenvolvida dioturnamente, levando à prática, por meio de providências concretas, as relações pessoais e profissionais de forma mais saudável e compartilhando o trabalho de auto-gestão, para a autonomia da equipe ⁽⁹⁹⁾.

O Serviço de Enfermagem tem por missão desenvolver líderes capazes de servir de elo entre pessoas e a instituição, objetivando prepará-los para conduzir o serviço com maestria, mesmo em situações adversas e favorecendo-lhes condições para que possam prestar ao paciente um atendimento de qualidade, o respeito e a valorização dos funcionários, bem como, sua constante atualização, também devem ser metas do serviço de Enfermagem para um futuro promissor ⁽⁹⁹⁾.

O Serviço de Enfermagem como um grupo organizado de pessoas, em grande o número, com complexidade e diversidade das atividades realizadas carece da divisão de trabalho através de regimento interno, organogramas, sistema de comunicação, sistema de controle e rotinas, entre seus elementos, bem como do estabelecimento do padrão de relações entre eles ⁽¹⁰¹⁾.

Quanto à distribuição do serviço de enfermagem o mesmo que encontra organizado com a seguinte estrutura ⁽⁹⁹⁾: Serviço de **Internação** do setor Pediátrico e Adulto, o Serviço de Bloco operatório, Salas de Operação, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização (CME).

Os serviços intensivos, são organizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e infantil, semi intensiva adulto e infantil, e, a Unidade Coronariana (UCO). A organização dos serviços obstétricos são o Pré-parto, Centro Obstétricos, Unidade Puerpério, Berçário, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O serviço de atendimento externo organiza-se em Unidade de Emergência, Consultórios, Ambulatórios e Day Clinic.

Nos serviços de assessoria de enfermagem os profissionais atuam em Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal, Comissão de Ética, Comissão de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Qualidade Dirigida ao Cliente, Comissão de Padronização do Material e Pesquisa e Assessoria Científica.

O processo de trabalho do enfermeiro e seus elementos em uma **unidade de internação** hospitalar obedecem a uma rotina, norma, prescrição médica e de enfermagem ⁽¹⁰²⁾.

O profissional enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar de saúde, apresenta-se pela importância em gerir toda unidade de internação, assumindo novas competências na qual se responsabiliza pela gerência não somente da equipe de enfermagem, mas dos sistemas que envolvem o cuidado do paciente, seja na assistência direta ou indireta ⁽¹⁰³⁾.

O trabalho desempenhado pelo profissional enfermeiro no centro cirúrgico é conduzir a equipe de enfermagem para melhor obtenção de resultado na assistência como um todo. Sendo primordial para o bom funcionamento o trabalho em equipe, onde enfrentam situações que exigem a combinação em tempo real de múltiplos conhecimentos, experiências e julgamentos, alcançando resultados em suas competências e responsabilidades ⁽¹⁰⁴⁾.

No trabalho em **Unidade de Tratamento Intensivo** (UTI) sendo complexo e intenso, o Profissional Enfermeiro, deve estar preparado para qualquer momento, pois requer conhecimento específico, habilidade para tomar decisões em tempo hábil, desempenhando um papel importante na assistência intensiva ⁽¹⁰⁵⁾.

O conhecimento necessário para um enfermeiro de UTI vai desde a administração de drogas até o funcionamento e adequação de aparelhos, atividades estas que integram as atividades rotineiras numa unidade de terapia intensiva ⁽¹⁰⁶⁾.

A Lei de nº 7.498 do COFEN regulamenta o exercício do enfermeiro obstetra Especialista em Enfermagem obstétrica oferecendo assistência Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução e assistência obstétrica em situação de emergência ⁽¹⁰⁷⁾.

O enfermeiro da **unidade de trauma e emergência** é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência. Sendo que o papel na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais ⁽¹⁰⁵⁾.

A importância do enfermeiro na **supervisão** determina um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades, com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade de serviços prestados ⁽¹⁰⁸⁾.

De acordo com a Lei 7498/96 do COFEN que dispõe sobre o exercício da enfermagem, há várias competências relativas ao técnico de enfermagem, dentre as

quais se destaca assistir o enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave e na prevenção e controle de danos físicos, que possam ser causados aos pacientes durante a assistência à saúde.

Com o planejamento da assistência de enfermagem, o enfermeiro visa definir, antecipadamente, as ações a serem implementadas por sua equipe, objetivando alcançar suas metas perante as necessidades dos pacientes/clientes. Com esse planejamento, o enfermeiro desencadeia as outras funções fundamentais da gerência, ou seja, a possibilidade de coordenar, controlar e avaliar o desempenho de sua equipe ⁽¹⁰⁹⁾.

Os enfermeiros tornaram-se gerentes das necessidades humanas básicas do paciente e de sua equipe, sendo necessário utilizar os instrumentos administrativos no desenvolvimento do processo de trabalho gerencial ⁽¹⁰²⁾.

No que se refere ao processo de cuidar e gerenciar considera-se que é de muita importância a inserção da atual Lei do Exercício Profissional e a obrigatoriedade legal de enfermeira na chefia do Serviço de Enfermagem dos hospitais, além daquelas que administram unidades e prestam assistência de enfermagem direta aos pacientes ⁽¹¹⁰⁾.

O enfermeiro assistencialista, no seu ato de assistir, estabelece empatia com o paciente e na tentativa de lhe fornecer cuidados, tem como principal aliado o processo de enfermagem que nada mais é que um método de trabalho direcionador e indicador das melhores formas para obter a satisfação dos usuários da equipe de saúde ⁽¹¹¹⁾.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta por profissionais de enfermagem, pertencentes a três níveis hierárquicos, na seguinte ordem: auxiliar de enfermagem, técnico (a) de enfermagem e enfermeiro (a), atuantes no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes (HRCAF) e Hospital São Luiz (HSL) no município de Cáceres, Mato Grosso. Sendo que os critérios de amostragem foi aleatória, uma vez que todos os

profissionais que atuam nos hospitais estão passíveis de desenvolver a sintomatologia para a Síndrome de Burnout.

Primeiramente foi realizado contato com as direções dos hospitais para apresentação dos objetivos do estudo, a fim de obter-se autorização para aplicações dos questionários.

Depois de estabelecido contato com a Diretoria Geral dos hospitais, foi realizada visita aos setores: Coordenação de enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Clínica Médica, Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Pediatria, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal, Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização (CME), e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), convidando os profissionais de enfermagem a participarem da pesquisa e informado seu objetivo.

Previamente comunicados sobre o projeto pela pesquisadora, os funcionários foram abordados individualmente durante o turno de trabalho. A abordagem envolveu o esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o projeto, o reasseguramento do anonimato e apresentação das instruções concernentes à atividade a ser realizada. Foram notificados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido após ter lido e aceito a participar do estudo.

A aplicação dos questionários ocorreu em setembro a outubro de 2010. Foram distribuídos 141 questionários (Apêndice C e Anexo B) a cada sujeito da pesquisa. Número de participantes este obtidos a partir dos critérios de exclusão e inclusão já apontados nesta pesquisa. Sendo que as instruções foram dadas pessoalmente e individual em seus respectivos setores e horários de trabalho nos períodos diurnos, noturnos e finais de semana, em ambas as instituições. Alguns responderam no mesmo momento, outros solicitaram que os pegasse em outro horário combinado. Vale destacar que alguns funcionários solicitaram auxílio. Diante dessa situação, as orientações foram atendidas tomando o cuidado de não acrescentar informações ou solicitações adicionais.

A coleta destes se deu de forma agendada de acordo com a disponibilidade dos profissionais, em decorrência de situações peculiares de cada unidade.

A equipe de enfermagem do HRCAP segundo o departamento de Recursos Humanos é composta por 141 profissionais de enfermagem, sendo 22 enfermeiros (2 afastados para qualificação profissional e 2 de licença médica), 73 técnicos (10 afastados por motivos de licença para saúde e 46 auxiliares de enfermagem (6

afastados por motivo de licença para saúde), no HSL a equipe de enfermagem é composta por 144 profissionais de enfermagem sendo, 21 enfermeiros, 89 técnicos e 34 auxiliares de enfermagem.

A distribuição das categorias profissionais, participantes do estudo no Hospital São Luiz (HSL), se constitui de: 14 Enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem. No Hospital Regional Dr. Antonio Fontes (HRCAF), a amostra foi composta por 16 enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem. Estes trabalhadores estão subordinados à Coordenação de Enfermagem dos Hospitais em estudo.

Quanto à situação conjugal, consideraram-se como casados os indivíduos casados legalmente ou com companheiro; enquanto que, solteiros, sujeitos solteiros com união estável e outros.

Cabe ressaltar que a classificação das unidades de atuação da equipe de enfermagem foi dividida em três setores: Administrativo, setor aberto e fechado.

Setor administrativo: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Coordenação de enfermagem, setor aberto: as Unidades de Internação: Clínica Médica Geral e Cirúrgica, Clínica obstétrica e pediatria As unidades fechadas são compostas por: Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização (CME) ⁽¹¹⁴⁾ e em relação à denominação setor administrativo, por entender que os profissionais que atuam em gerência e supervisão desempenham tais funções.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para inclusão no estudo foi adotado, como critério de seleção, todos os, que prestam cuidados aos clientes nos dois hospitais, que estejam em plena atividade no período da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa, de forma voluntária.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão abrangem os que estavam em gozo de férias ou licença prêmio, em licença médica para tratamento de saúde, licença-maternidade e

aqueles que estejam afastados para capacitação profissional como mestrado e doutorado, e, ainda àqueles que não se dispuseram a participar da pesquisa.

3.6 INSTRUMENTO

Como instrumento da pesquisa foi aplicado dois questionários, um sendo elaborado levando em conta as variáveis dicotômicas, de atributos e contínuas, utilizadas em estudos de perfil epidemiológico, acrescido do Inventário de Maslach Burnout, por ser este um instrumento mais utilizado para a aferição do comportamento psicométrico de profissionais.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário auto-aplicável o qual corresponde ao delineamento do perfil dos entrevistados, composto por 14 questões fechadas. Foram acrescidas ainda, 22 questões do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), que identifica as dimensões sintomatológicas da Síndrome de Burnout.

O instrumento mais utilizado para avaliar Burnout, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, segundo Gil-Monte e Peiró⁽¹¹⁹⁾, é o MBI - Maslach Burnout Inventory, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978. Sua construção partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização, sendo que a terceira dimensão, realização profissional, surgiu após estudo desenvolvido com centenas de pessoas de uma ampla gama de profissionais⁽²⁸⁾.

O Questionário 1, O Inventário em Burnout de Maslach (MBI), elaborado por Cristina Maslach em (1977). Adaptado por Tamayo em (1978) para língua portuguesa (Anexo B).

O “Inventário em Burnout de Maslach (MBI)” é auto-informe, para ser respondido por uma escala de frequência de cinco pontos que vai de um (nunca) até cinco (sempre), o inventário é composto por 22 itens que avaliam as três dimensões independentes entre si que são: Exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização profissional (RP).

A EE consiste em nove itens e refere-se ao esgotamento tanto físico como mental, ao sentimento de haver chegado ao limite das possibilidades. Já a DE possui cinco itens e consiste em alterações das atitudes do indivíduo ao entrar em contato com os usuários de seus serviços, passando a demonstrar um contato frio e impessoal ao sofrimento.

A RP tem oito itens, evidencia a insatisfação com suas atividades, sentindo-se desmotivado, com baixa autoestima, revelando baixa eficiência profissional, ocasionando muitas vezes na vontade de abandonar o trabalho ⁽⁵⁾.

Assim sendo, quando existir altas pontuações em EE e DE associados a baixos valores em RP, o indivíduo apresentará a Síndrome de *Burnout*.

A pontuação em cada subescala foi obtida através da soma dos valores dos respectivos. Para isso, considerou-se que na subescala de **Exaustão Emocional** (EE) pontuação igual ou maior que 26 seria indicativa de um alto nível de exaustão, o intervalo 16 - 25 corresponderia a valores moderados, sendo que valores iguais ou menores que 15 indicariam baixo nível.

Na subescala de **Despersonalização** (DE) pontuação igual ou superior a 13 seria nível alto, pontuação entre 7 - 12 nível moderado e igual ou menor que 6 baixo grau de despersonalização.

A subescala de **Realização Profissional** (RP) apresenta uma medida inversa, ou seja, pontuações iguais ou maiores que 31 indicariam alto sentimento de realização profissional e conseqüentemente baixo nível de esgotamento, pontuações entre 32-36 indicariam um moderado nível de realização e somatório de 39 acima indicariam um baixo nível de desgaste.

A obtenção de altas pontuações em Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DP) e baixa pontuação em Realização Profissional (RP) sugerem a presença de esgotamento profissional em alto grau.

O Questionário 2 elaborado previamente, para delineamento do perfil sociodemográficos do trabalhador de Enfermagem (Apêndice C).

Através deste foram coletados os dados referentes à faixa etária, gênero, categoria profissional, tempo de formação, setor de trabalho, renda familiar, situação conjugal, número de filhos, grau de escolaridade, jornada de trabalho, carga horária semanal, vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade, duplo vínculo empregatício.

Neste estudo foi levado em conta às seguintes variáveis:

Variáveis dicotômicas – gênero, jornada de trabalho, duplo vínculo empregatício.

Variável de atributo – setor de trabalho no hospital, categoria profissional, grau de escolaridade, carga horária semanal, vínculo empregatício.

Variáveis contínuas – faixa etária, tempo de trabalho na unidade e tempo de formação.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

As informações dos instrumentos respondidos foram codificados, digitados e processado em planilha Excel®. Todas as análises foram feitas com o software Sistema Package for the Social Sciences, Chiacago, IL, USA (SPSS) ® ⁽¹¹⁵⁾ versão 15.0 para Windows®.

Para análise dos dados relativos ao instrumento de MBI, realizou-se a somatória de cada dimensão (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional). Os valores obtidos foram comparados com os valores de referencia Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout (NEPASB).

Os resultados foram analisados por estatística descritiva dos dados (média, desvio padrão, mediana, percentagem e incidência, e apresentados sob a forma de tabelas utilizando os recursos do programa SPSS 15.0 ⁽¹¹⁶⁾.

Para comparar as variáveis, foi aplicado o teste não - paramétrico de qui-quadrado (χ^2), adotando-se para tal o nível de significância de 5% de probabilidade ($p < 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi desenvolvido com anuência dos hospitais em questão (Anexo A) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília CEP/FS-UnB, o que atesta o atendimento das Diretrizes propostas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa, respeitando-se os princípios de

justiça, equidade e segurança, sendo aprovado em 8 de junho de 2010 com o Parecer nº 052/10.

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília CEP/FS-UnB, e autorização da Direção Geral do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz.

Também, em observância à legislação em pesquisa envolvendo seres humanos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para que os participantes do estudo fossem informados da nossa proposta de pesquisa, da sua participação voluntária, do direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, se assim desejassem.

4. DISCUSSÕES E RESULTADOS

A pesquisa de cunho acadêmico realizada no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz envolvendo uma amostra de 141 (cento e quarenta e um) profissionais da enfermagem; entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem possibilitou com base nos dados coletados no Questionário Sócio demográfico laboral e Inventário de Maslach Burnout o reconhecimento de informações e resultados quanto à incidência da Síndrome de Burnout nestes profissionais.

4.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A Tabela 1 apresenta os resultados quanto às variáveis sócio demográficas, oportunizando um primeiro reconhecimento da população estudada.

Tabela 1. Frequência das variáveis relacionadas a gênero, faixa etária, situação conjugal, categoria profissional, número de filhos e nível de escolaridade dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

	FREQUÊNCIA	%
Gênero		
Feminino	119	84,4
Masculino	22	15,6
Faixa Etária		
30 - 40 anos	103	73,0
41 - 60 anos	31	21,9
Não informado	7	0,05
Situação Conjugal		
Solteiro	49	34,8
Casado	82	58,2
Outros	10	7,1
Categoria Profissional		
Enfermeiro	30	21,3
Técnico	87	61,7
Auxiliar	24	17,0
Filhos		
Sem filhos	34	24,1
Com filhos	107	75,8
Escolaridade		
Nível médio	91	64,5
Nível superior	49	34,7
Não informado	01	0,7
Total	141	100

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Ao analisar os dados expostos quanto ao gênero, percebe-se que 119 (84,4%) dos respondentes são trabalhadores do sexo feminino e 22 (15,6%) do sexo masculino.

A predominância feminina na força de trabalho na área de saúde tem sido evidenciada por muitos estudiosos ^(64,69,73), a exemplo de nosso achado, onde se observou que as atividades de cuidar de enfermos têm sido exercidas por mulheres em quase sua totalidade.

Nos estudos de Bulhões ⁽⁴⁴⁾ a participação e a predominância feminina no trabalho de enfermagem se destacaram, levando o autor a afirmar que talvez se justifiquem por um contexto de submissão histórica no processo de trabalho.

Acredita-se que a predominância do gênero feminino no resultado reflete o fato histórico de que a força de trabalho da enfermagem tem-se configurado eminentemente feminina. Segundo Rotter ⁽¹¹⁷⁾ estima-se que 70% dos profissionais de enfermagem no Brasil sejam mulheres. Tal predominância é histórica pelo fato de que o cuidado é social e culturalmente atribuído às mulheres, como o cuidado de doentes, velhos, crianças e parturientes.

Na distribuição da faixa etária da população estudada, a idade variou entre 20 a 60 anos, com média de 35,5 anos, sem diferença entre homens e mulheres. Entre os profissionais analisados, 34 (24,1%) encontravam-se na faixa etária de 20 a 30 anos, com maior concentração 69 (48,9%) dos profissionais com idade ente 41 a 50 anos.

Em determinada pesquisa a média foi de 30 a 58 anos ⁽⁶⁹⁾, e a predominância da faixa etária inferior a 35 anos ⁽¹¹⁸⁾. Em outros registros predominam a faixa etária entre 35 a 49 anos ^(53,55,119) o que se assemelha aos nossos resultados, caracterizando profissionais com certa maturidade profissional e maior domínio em situações de estresse ⁽²²⁾

Com relação à situação conjugal, 49 (34,8%) são solteiros, 82 (58,2%) casados, e 10 (7,1%) encontra-se com outras formas de união conjugal. Estes resultados para serem validados como fatores que desencadeiam a Síndrome de Burnout merecem um estudo mais aprofundado quanto à qualidade da relação a dois. Isto porque não há na literatura consenso quanto ao fato da condição conjugal interferir ou desencadear a Síndrome ⁽⁶⁸⁾. Alguns autores afirmam que a vida marital contribui para o seu desenvolvimento da mesma ⁽¹⁸⁾, outros afirmam que esta

condição apresenta menor disposição aos sintomas ^(17,119) e ainda há aqueles que acreditam que esta condição não tem nenhuma relação com a Síndrome ⁽⁵⁾.

Observa-se que dos 141 entrevistados, quanto à categoria profissional, 87 (61,7%) profissionais exercem função de técnico de enfermagem, 30 (21,3%) são enfermeiros e 24 (17,0%) são auxiliares de enfermagem.

Na prática da enfermagem em Hospitais, os resultados encontrados quanto ao predomínio do técnico de enfermagem, se repetem em muitos estudos. Atribuem-se a isso a preocupação dos gestores com a redução dos gastos ⁽⁶⁹⁾ e ainda a possibilidade desse técnico assumir alguns setores, passando a ser responsáveis pela execução e supervisão de determinados serviços ^(49,48).

Em relação ao número de filhos; entre os profissionais analisados 34 (24,2%) não tem filhos, e 107 (75,08%) possuem filhos. Menegaz ⁽¹²¹⁾ evidenciou no seu estudo que o fato de ter filhos diminui a propensão ao Burnout.

Quanto ao nível de escolaridade verificou-se que 91 (64,5%) possui nível médio de educação e 49 (34,7%) possuem ensino superior. Menegaz ⁽¹²¹⁾ e Jodas ⁽¹²²⁾ demonstraram que as pessoas com maior nível de escolaridade possuíam maior probabilidade de desenvolver Burnout.

Registros apontam resultados onde as características destes profissionais são predominantemente jovem; do sexo feminino; com percentual significativo de indivíduos casados; com pouca experiência profissional, e conseqüentemente, trabalham na instituição há pouco tempo ^(45,53,55,118).

Após análise da Tabela 1 caracteriza-se a população estudada quanto aos **aspectos sócio demográficos**, sendo em sua maioria feminina, na faixa etária intermediária, com situação conjugal ativa, e com filhos; o que para nós reafirma o nível estrutural e organizacional que este profissional deveria apresentar perante a sociedade e em sua atuação profissional.

Informações estas que nos levam a refletir quanto à condição profissional a que se submetem os mesmos, com limitadas regalias financeiras uma vez que em sua grande maioria estão no nível médio e são técnicos de enfermagem. Tais características por si só não desencadeiam os sintomas da Síndrome de Burnout, mas leva-nos a afirmar que elas podem facilitar ou inibir a ação dos agentes estressores ⁽⁶⁸⁾. Já a associação dos fatores pessoais, familiares e organizacionais se relaciona com a Síndrome ⁽⁴⁸⁾.

4.2 ASPECTOS LABORAIS

O trabalhador que atua em instituições hospitalares está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem estar. Apresentar informações pertinentes à jornada de trabalho, carga horária, duplo vínculo dentre outras, torna-se pertinente ao se tratar quanto a Síndrome de Burnout, observe a Tabela 2 abaixo:

Tabela 2. Frequência das variáveis relacionadas à jornada de trabalho, carga horária, vínculo empregatício, duplo vínculo e tempo de trabalho, setor de lotação na unidade no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

VARIÁVEIS	N	%
Regime de trabalho		
Diarista	58	41,2
Plantonista	70	49,6
Não informado	13	9,2
Carga Horária		
40 horas	119	84,4
30 horas	9	6,4
Não informado	13	9,2
Vínculo empregatício		
Estatutário	40	28,4
Contrato temporário	89	63,1
Não informado	12	8,5
Duplo vínculo		
Sim	37	26,2
Não	90	63,9
Não informado	14	9,9
Tempo de Formação		
0 a 5 anos	48	34,05
> = 6 anos	90	63,82
Não informado	3	2,13
Tempo de trabalho na unidade		
< 1 ano	26	18,4
1 a 5 anos	53	37,7
≥ 5 anos	51	36,1
Não informado	11	7,8
Setor de Lotação		
Administrativo	5	3,54
Aberto	86	60,9
Fechado	46	32,6
Não informado	4	2,83

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Levando em conta o regime de trabalho foi possível observar que 70 (49,6%) dos entrevistados são plantonistas e 58 (41,2%) é diarista, os demais 13 (9,2%) não informaram sua carga horária de trabalho.

Nesta variável é possível compreender que em sua grande parte os profissionais são plantonistas, àqueles que atuam em regime de 40 horas, cumprindo carga horária por meio de escala de trabalho.

Se levarmos em conta que em nossa pesquisa o número de participantes técnicos e auxiliares de enfermagem é a maioria, pode-se afirmar que estes são o universo aqui representado. E, a condição de nível de cargo acaba por ser fator condicionante, pois advindo desta situação sabe-se que o salário percebido é menor que de outros profissionais, o fluxo de atuação no cotidiano é maior, principalmente no Hospital Regional por ser de trauma e emergência e por ser referência para vinte e dois municípios da regional.

Resultados apontam que 119 (84,4%) dos profissionais entrevistados fazem carga horária de 40 horas semanais e 9 (6,40%) pertence à escala de 30 horas semanais o que corresponde 6 horas diárias, distribuídas em turnos e 13 (9,20%) não informou.

Dos trabalhadores pesquisados por Jodas ⁽¹²²⁾, 9 (14,7%) possuíam carga horária superior a 40 horas semanais, por contar com outro vínculo empregatício. O que se configura em nossa pesquisa ao se confrontar com os resultados atingidos na variável duplo vínculo. Observa-se que existe um número significativo de profissionais que atuam em outro vínculo.

Muito embora não se tenha levado em conta a carga horária dos outros vínculos empregatícios na coleta de dados, é pertinente refletir que se 37(26,2%) afirmaram ter outro vínculo, implica dizer que esta população apresenta carga horária superior a 40 horas semanais. Logo, o aumento da carga horária semanal pode levar a um desgaste emocional maior ⁽⁶⁶⁾.

Afirma-se que a equipe de enfermagem na sua jornada de trabalho é exposta a carga física e mental; a situações de emergência que impõem tarefas sobrecarregando o indivíduo. Além da jornada de trabalho freqüentemente ser extensa, duplicada e acompanhada de plantões ⁽¹²³⁾, o que acaba por trazer ao profissional uma sobrecarga de estressores, possibilitando o desencadeamento da Síndrome de Burnout.

Com relação ao vínculo empregatício dos profissionais do estudo, observa-se que 40 (28,4%) dos profissionais é funcionário público estatutário e 89 (63,1%) têm vínculo empregatício via contrato temporário regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e Regime Estatutário segundo Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso (SES/MT), e 12 (8,5%) não informaram o tipo de vínculo empregatício. Revelando, portanto, a influência do contrato temporário nas instituições de saúde.

A condição de estabilidade no trabalho garante ao profissional certo despreocupar-se com o término do contrato e com o desemprego. O que deveria ser levado em conta como satisfação pessoal, mas sabe-se que no Hospital Regional, hospital público estadual, ainda hoje é grande o número de contratos temporários, e no Hospital São Luiz, hospital particular/conveniado, todos são contratados.

Em regra geral o fato do trabalhador neste último tende a ficar ansioso a cada término do contrato, buscando saber se haverá renovação ou não. E ainda cabe esclarecer que o vínculo temporário de trabalho, vigente na instituição pública, permite prorrogação do contrato por um ano; o trabalhador usufrui o direito a insalubridade e as férias anuais.

Dentre os profissionais pesquisados 37(26,2%) possuem duplo vínculo empregatício, enquanto 90 profissionais (63,8%) não trabalham em outro vínculo e 14 (9,9%) não informaram. Entre aqueles com duplo vínculo de trabalho, com exceção de um profissional enfermeiro que atua na área da docência, todos os outros exercem a mesma função na área da saúde. Observe que prevaleceram nesta variável os profissionais que não trabalham em outro vínculo.

Com relação ao tempo de formação desses profissionais, na área de enfermagem, 48 (34,05%) estão a menos de cinco anos, 90 (63,82%) com mais de seis anos e 3 (2,13%) não informaram. Se por um lado o tempo de formação caracteriza fragilidade para a sintomatologia de Burnout, por outro autores descrevem que com o decorrer da profissão o profissional passa por um período de sensibilização. E esse tempo de exercício profissional transpassa as expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática cotidiana, onde os interesses pessoais, financeiros e profissionais não são mais os mesmos esperados ⁽⁶⁵⁾.

A saída das universidades e a entrada no mercado de trabalho, na grande maioria dos casos, e nas mais variadas ocupações é passível de gerar stress no indivíduo. Kramer ⁽¹²⁴⁾ no que diz respeito às jovens enfermeiras, detectou esta

realidade. Já em nossos resultados percebe-se que incidiu àqueles que estão na área a mais de seis anos. E, a atuação na enfermagem, acima de seis anos, expõe ao risco de desenvolver Burnout, visto estes profissionais estar a mais tempo atuando no processo de cuidar, em contato direto com seres humanos ⁽¹¹⁸⁾.

Com relação ao tempo de trabalho na unidade, 26 (18,4%) tem permanência inferior a um ano, 53 (37,7%) de um a cinco anos na unidade; 51 (36,1%) maior que cinco anos e 11 (7,8%) não informaram. Sendo este semelhante aos achados de Santos ⁽⁶⁵⁾ em sua pesquisa, onde os enfermeiros possuíam tempo de trabalho entre 6 a 15 anos evidenciando uma relação entre maior tempo de atuação e desenvolvimento da Síndrome.

Müller ⁽⁶⁹⁾ em sua pesquisa detectou que a população estudada se apresentava com tempo de exercício entre 1 a 10 anos. Unicoovsky ⁽¹²⁵⁾ lembra que a maioria dos profissionais começa trabalhar tão logo concluem os estudos, seja profissionalizante seja superior. Isso pode provocar desconforto no decorrer da atuação, pois se sabe que muitos vícios/erros na prática profissional podem gerar insatisfação em sua atuação profissional.

Quanto à distribuição dos profissionais nos setores 5 (3,54%) se encontra exercendo funções administrativas (Coordenação de Enfermagem e CCIH); 86 (60,9%) nos setores abertos (Clínicas de Internações); 46 (32,6%) em setores fechados (Centro Cirúrgico e Unidades de Terapia Intensiva) e 4 (2,83%) não informou o setor de trabalho.

Ao se observar a **variável laboral** é possível caracterizar a população estudada como sendo em sua maioria plantonistas, atuando em 40 horas semanais, nos diversos setores, com contrato temporário, em um único vínculo, com mais de cinco anos de formação e atuação na área.

Após traçar o perfil profissional com ênfase nas variáveis sócio demográficas e laboral foi possível conceber a condição do indivíduo e aspectos organizacionais, demonstrando que é pertinente a avaliação quanto a Síndrome de Burnout. Uma vez que trata de profissionais com grande acúmulo de atividades diárias, sobretudo no hospital de trauma e emergência, com salários que os levam a repensar no planejamento financeiro familiar, por serem casados, com filhos, e ainda com instabilidade empregatícia. As variáveis a seguir trazem informações quanto a Síndrome de Burnout.

4.3 SÍNDROME DE BURNOUT: PROPORÇÃO DAS TRÊS DIMENSÕES

A Síndrome de Burnout faz com que a pessoa perca a maior parte do interesse em sua relação com o trabalho, de forma que as coisas e pessoas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil ⁽²⁰⁾. Para se determinar o estado de Burnout é preciso estabelecer os níveis em que se encontra o profissional em relação às três dimensões de forma que estejam com alto nível quanto ao EE e DE, e em baixo nível quanto ao RP. A Tabela 03 a seguir demonstra os resultados obtidos:

Tabela 3. Proporção dos profissionais do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010, em relação às três dimensões da Síndrome de Burnout.

CATEGORIA	ALTA		BAIXA
	EE* (%)	DE** (%)	RP*** (%)
Enfermeiro	30,3	31,8	20,9
Técnico/auxiliar de Enfermagem	69,7	68,1	79,1

*EE: Exaustão Emocional; **DE: Despersonalização; ***RP: Realização Profissional

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Os resultados apontam que a categoria dos técnicos de enfermagem, apresentou níveis mais altos nas três dimensões de Burnout, (69,7%), em Exaustão Emocional (EE), (68,1%) em Despersonalização (DE) e (79,1%) em baixa realização profissional (RP). Na categoria dos enfermeiros (31,8%) apresentaram altos níveis em despersonalização, (30,3%) em Exaustão Emocional e (20,9%) para baixa Realização Profissional.

No estudo de Fascina ⁽¹⁴⁵⁾ os resultados apontam que 92 (65,5%) dos participantes apresentam alto índice de Exaustão Emocional (EE), porém, apresentam 12 (10,34%) alto para Despersonalização (DE) e 24 (17,27%) alto para reduzida Realização Profissional (RP). Então não podemos considerar que esta população estudada apresenta alto índice da síndrome de Burnout, já que combinamos as três dimensões do nível alto, apenas a EE está acima da metade dentre os pesquisados.

Analisando a equipe de enfermagem, Nishide ⁽¹⁴⁶⁾ notou que os técnicos e auxiliares são profissionais que durante a jornada de trabalho estão mais expostos a riscos devido à caracterização de suas atividades; como a promoção da higiene e conforto do paciente, organização do ambiente de trabalho, controle de materiais, desprezo de urina, drenagens e secreções de frascos coletores.

Estudo mostra a ocorrência de Burnout em profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares) num hospital brasileiro e verificou que os enfermeiros tinham maiores níveis de exaustão emocional quando comparados com os técnicos e auxiliares, sendo a exaustão emocional maior nos enfermeiros com menor tempo de experiência profissional ⁽⁶⁹⁾.

No que tange aos enfermeiros, com ênfase nos escritos de Moreira ⁽¹²⁷⁾ considera-se que do ponto de vista da organização do trabalho, da falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, dentre outras geram um estado de estresse crônico, identificando-se como uma das profissões de maior incidência de Burnout.

Em estudos foram constatados que 5 (8,2 %) (uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem) apresentaram sinais e sintomas de Burnout. Os demais 33 (54,1%) possuíam alto risco para manifestação de Burnout e 23 (37,7%) baixo risco de manifestação da doença ⁽¹²²⁾.

O estudo de Mendes (1996) ⁽¹⁴⁸⁾, realizado com enfermeiros da área de psiquiatria, demonstrou que os fatores pessoais eram mais importantes que os fatores ligados ao ambiente e que, quanto maior a satisfação no trabalho, menor era a ocorrência de Burnout.

O maior contingente de uma instituição hospitalar é de profissionais de enfermagem devido à tarefa prima de cuidar diretamente do doente, e por permanecerem, muitas horas, dentro do ambiente no qual predomina a doença, é natural a exposição a elevados níveis estressores como, por exemplo, carga horária extensa, falta de autonomia e principalmente o trabalho direcionado aos indivíduos graves que, por vezes, não tem remissão com o tratamento ou que apresenta recidiva da doença, gerando frustração e desesperança nos profissionais ⁽¹²⁸⁾.

Estes fatores contribuem significativamente para a evolução da Síndrome de Burnout, pois os fatores laborais acrescidos da própria condição de estresse que o profissional trás de “casa” acaba por desencadear a síndrome.

4.4 NÍVEIS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI

Os níveis de MBI¹ são determinados a partir dos escores em cada dimensão. A Tabela 4 apresenta os resultados encontrados levando em conta os dois hospitais estudados:

Tabela 4. Distribuição por níveis do Maslach Burnout Inventory (MBI) dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

NÍVEIS - SÍNDROME DE BURNOUT	EE* (%)	N	DE** (%)	N	RP*** (%)	N
HSL+HRCAF						
Alto	23,57	33	15,71	22	0,00	00
Moderado	45,0	63	40,71	57	4,28	06
Baixo	31,4	44	43,53	61	95,71	134

*EE: Exaustão Emocional; **DE: Despersonalização; ***RP: Realização Profissional

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Com relação aos limites estabelecidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout (NEPASB), verificou-se, que nos hospitais em estudo, 33 (23,57%) dos profissionais apresentaram alta classificação para exaustão emocional, 22 (15,71%) alta classificação para despersonalização e 134 (95,71%) apresentaram baixa classificação para realização profissional, características estas que estabelecem diagnóstico para traços de Burnout.

Sabe-se que a enfermagem é a quarta profissão mais estressante, com dificuldades em delimitar diferentes papéis, implicando na falta de reconhecimento profissional, e conseqüentemente a despersonalização do trabalhador em relação à profissão. Prova disso são os resultados acima apresentados, onde variando de acordo com os níveis de escolaridade, setor de atuação profissional, a classe dos profissionais de enfermagem apresentou um índice preocupante quanto ao estado de Burnout.

¹ Nível baixo de Burnout é representado em escores baixos nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e escores elevados na realização pessoal.

Nível médio de Burnout reproduz-se por valores médios nos escores das três dimensões.

Nível alto de Burnout traduz se em escores alto para as dimensões de exaustão emocional e despersonalização e escores baixo na realização pessoal ⁽⁵⁾.

No que se refere a valores encontrados em cada dimensão, Jodas ⁽¹²²⁾ destacou que 34 (55,7%) tinham baixo nível de exaustão emocional, 22 (37,7%) possuíam nível médio de despersonalização e 22 (37,7%) apresentavam um alto nível de realização profissional.

Fascina ⁽¹⁴⁵⁾ ao pesquisar a população da UTI adulto de um hospital detectou que 31 (65%) apresentaram alto índice de exaustão emocional, porém 5 (10,34 %) alto para despersonalização e 12 (17,25%) alto para reduzida realização profissional. Segundo o autor em sua pesquisa não se pôde considerar que esta população apresenta alto índice para a Síndrome de Burnout.

No estudo de Moreira ⁽¹²⁷⁾ apresentaram menores níveis de exaustão emocional e despersonalização 48 (52,3%) nos profissionais que não tiveram filhos.

Exaustão emocional foi à dimensão de Burnout que apresentou maior índice nesta pesquisa. Por ser a primeira dimensão a surgir, segundo o modelo processual de Burnout ⁽²⁷⁾, indica que o processo encontra-se em curso no grupo estudado, o qual possivelmente está com seus recursos internos reduzidos para enfrentar situações vivenciadas no cotidiano do trabalho e com pouca energia para desenvolver as atividades ⁽¹⁷⁾, resultando em sentimentos de sobrecarga física e emocional ⁽⁴⁹⁾.

Em pesquisa que analisam os níveis de Burnout se classifica os níveis em baixos, médios e altos para a população estudada e, não como uma variável dicotômica que mostre presença ou ausência de sintomas. É pela combinação do nível de cada um dos três componentes que se obtém o nível de Burnout. Em nossa pesquisa os resultados já são considerados preocupantes do ponto de vista epidemiológico, sendo passível de intervenção uma vez que o processo já se encontra em curso sendo considerado como caso sentinela, pois o nível moderado apresentou resultados alarmantes, que nos leva a refletir, uma vez que os profissionais apresentaram em sua maioria baixo nível de RP.

4.5 SÍNDROME DE BURNOUT: PROPORÇÃO QUANTO AOS NÍVEIS/DIMENSÕES

A Tabela 5 abaixo demonstra os valores alcançados em cada hospital quanto aos níveis de EE, RP e DP dos profissionais estudados, caracterizando assim o estado de Burnout:

Tabela 5. Proporção dos profissionais de enfermagem de acordo com as três dimensões para o diagnóstico da Síndrome de Burnout no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

CLASSIFICAÇÃO	EE* (%)	N	RP** (%)	N	DP*** (%)	N
HRCAF						
Alta	20,0	18	0,0	0	11,1	10
Moderada	47,8	43	1,1	1	46,7	42
Baixa	32,2	29	98,9	89	42,2	38
HSL						
Alta	30,0	15	0,0	0	24	12
Moderada	40,0	20	10,0	5	30	15
Baixa	30,0	15	90,0	45	46	23
Total	100	140	100	140	100	130

*EE: Exaustão Emocional; **DE: Despersonalização; ***RP: Realização Profissional

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Conforme as três dimensões de Burnout encontradas no HRCAF, a proporção foi de 43 (47,8%), em moderado nível de exaustão emocional, 42 (46,7%) em moderado nível de despersonalização e 89 (98,9%) com baixo nível de realização profissional.

Observou-se que entre os profissionais de enfermagem com alta exaustão emocional no HRCAF a proporção foi de 18 (20,0%), enquanto no HSL foi de, 15 (30,0%), com ($p = 0,39$), sem diferença estatisticamente significativa.

Silva ⁽¹³⁶⁾ ao classificar os resultados obtidos por dimensão de Burnout em função do setor de trabalho observou-se que os profissionais de enfermagem lotados na Emergência do hospital em questão são mais suscetíveis ao Burnout. Afinal, 50% deles obtiveram nível alto na dimensão despersonalização e 11% na dimensão desgaste emocional, representando as maiores frequências registrada para ambas na amostra.

Na equipe de enfermagem do Hospital São Luiz, a proporção foi de 20 (40,0%) em nível moderado de exaustão emocional, 45 (90,0%) baixa realização profissional e 23 (46,0%) baixa despersonalização.

Jodas ⁽¹²²⁾ registra que em sua amostra obteve 13 (21,3%) dos profissionais com alta classificação para exaustão emocional, 20 (32,8%) alta classificação para despersonalização e 18 (26,2%) apresentaram baixa classificação para realização profissional. Características estas que estabelecem diagnóstico para manifestação de Burnout.

Gil e Vairinhos ⁽⁷⁹⁾ estudaram os níveis de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Verificaram que os da urgência geral (jovens do sexo feminino e solteiros, com nível de escolaridade superior e com pouca experiência profissional) tinham nível médio de Burnout, enquanto que os da urgência psiquiátrica (mais velhos do sexo masculino e casados, com nível de escolaridade mais baixo e mais anos de profissão) tinham um nível baixo.

A Exaustão Emocional é composta, como já vimos, por 8 itens e avalia o sentimento de desgaste emocional físico e de esgotamento dos recursos emocionais dos enfermeiros (ex: “sinto-me desgastado/a ao fim do dia de trabalho”) ⁽¹⁷⁾. Este fato se configurou em nossos resultados, onde estes sentimentos de desgaste, desânimo se tornaram uma constante. Foi comum durante o período de entrevista ouvir-se murmúrios quanto à desmotivação profissional ligado ao desgaste físico e mental.

A Despersonalização, composta por 5 itens que avaliam o sentimento de afastamento e de desinteresse sobre o que se passa pelos pacientes/utentes (ex: “Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais”) ⁽¹⁷⁾. Também foi evidente no decorrer da pesquisa tanto na sistematização dos dados coletados, bem como a partir das considerações feitas pelos profissionais durante o período de levantamento de dados.

O desempenho destes profissionais envolve uma série de atividades que necessitam forçadamente de um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões ⁽⁵⁾. Eles têm que manejar com pacientes em estado grave; devem compartilhar com o enfermo e seus familiares a angústia, a dor, a depressão; e o medo de padecerem ^(149,150). Assim, estressores ocupacionais, quando persistentes, podem levar à Síndrome de Burnout.

4.6 SÍNDROME DE BURNOUT: CATEGORIA PROFISSIONAL X GÊNERO

A partir do universo reconhecido quanto às variáveis sócio demográficas e das variáveis laborais, foram trabalhados os dados constantes no Inventário de Burnout. Escala aplicada aos participantes desta pesquisa, composta por três fatores: exaustão emocional, envolvimento pessoal no trabalho e despersonalização, num total de 22 itens respondidos. Observe a Tabela 06:

Tabela 6. Proporção dos profissionais de enfermagem com alto nível de exaustão emocional, alto nível de despersonalização e baixa realização profissional relacionada à categoria e ao gênero no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

CATEGORIA PROFISSIONAL	EE* (%)	N	DE** (%)	N	RP*** (%)	N
Enfermeiro						
Feminino	32,0	08	28,0	07	20,33	24
Masculino	50,0	02	4,00	01	18,18	04
Técnico de Enfermagem						
Feminino	21,91	16	12,3	09	95,89	73
Masculino	0,0	0,0	21,42	03	92,85	13
Auxiliar de Enfermagem						
Feminino	35,0	07	5,0	01	100	20
Masculino	0,0	0,0	50	02	75,0	03

*EE: Exaustão Emocional; **DE: Despersonalização; ***RP: Realização Profissional

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Tratando-se dos valores mais encontrados em **alta exaustão emocional**, destacou-se 50,0% nos enfermeiros, 32,0% nas enfermeiras, 21,9 % nos técnicos de enfermagem do gênero feminino e 35,0% nos auxiliares de enfermagem, não houve casos no gênero masculino dos técnicos/auxiliares de enfermagem.

Dos 118 profissionais do gênero feminino, 24 (20,33%) enfermeiras, apresentaram baixa **realização profissional** e 4 (18,18%) na categoria masculina. Constatou-se baixa realização profissional, entre os técnicos do gênero feminino 70 (95,89%) e 13 (92,85%) masculino.

Tratando-se dos valores na dimensão **alta Despersonalização**, a proporção encontrada foi de 28,0% na classe dos enfermeiros feminino, observou-se que foi encontrado apenas 1 (4%) no gênero masculino desta categoria.

Barboza ⁽¹⁴⁰⁾ destaca alguns pontos com relação às características demográficas e ocupacionais da população estudada. Um deles é que a maior parte da população era composta de mulheres, fator predisponente ao Burnout, onde, dos 29 enfermeiros do sexo feminino, a maioria apresentou desgaste emocional e despersonalização em baixo nível. Os enfermeiros do sexo masculino apresentaram desgaste emocional e despersonalização em baixo nível, já com relação à dimensão incompetência profissional os dois gêneros se equiparam ^(140,141).

Na categoria dos técnicos de enfermagem do gênero feminino 70 (12,3%), e 3 (21,4%) do gênero masculino, na categoria dos auxiliares de enfermagem do gênero feminino, 5,0% e masculino 50,0%.

Moreira em seu estudo detectou que o perfil padrão do trabalhador com Síndrome de Burnout encontrado foi o profissional técnico de enfermagem, sexo feminino, entre 26 e 35 anos, casado, sem filhos e com mais de cinco anos de profissão. Os locais de trabalho que concentraram maior número de trabalhadores com Burnout foram os setores fechados.⁽¹²⁷⁾

Jodas ⁽¹²²⁾ investigou sinais e sintomas de Burnout em 61 profissionais da equipe de enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital Universitário. Constatou-se que dos 61 funcionários pesquisados, (8,2%) sendo 1 enfermeira e 2 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem; (54,1%) possuíam um alto risco para a manifestação da Síndrome de Burnout e (37,7%) baixo risco de manifestação da Síndrome de Burnout.

Santos ⁽⁶⁵⁾ identificou 34 enfermeiros que atuam na área de terapia intensiva cardiológica e geral apresentavam a Síndrome de Burnout. Verificou que dentre os 34 enfermeiros pesquisados 9 (26,47%) apresentaram elevado nível de desgaste emocional; 9 (26,47%) alto nível de despersonalização e 10 (29,41%) apresentaram alto nível de incompetência profissional, sendo que esses enfermeiros apresentaram alterações em mais de uma dimensão da Síndrome de Burnout. Concluiu que grande parte da amostra apresentou Burnout.

Santos ⁽¹⁴⁷⁾ analisou a ocorrência da Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Verificou dentre os 58 enfermeiros bombeiros pesquisados, a possibilidade de indicativo da Síndrome de Burnout foi de 49 enfermeiros (84,5%), obtiveram-se percentuais maiores dentro do nível alto nas três dimensões (89,7%) na dimensão exaustão emocional, (78,9%)

na dimensão despersonalização e (79,3%) na dimensão envolvimento pessoal no trabalho.

4.7 SÍNDROME DE BURNOUT: INCIDÊNCIA SEGUNDO O M.B.I

A Tabela 7 se apresenta a incidência para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, sendo apresentado o grau de significância entre as categorias profissionais, observe:

Tabela 7. Distribuição de incidência da Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010 segundo M.B.I.

HOSPITAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	BURNOUT		%	RP*	IC** (95%)	χ^2 ***	p-valor****
		SIM	NÃO					
Ambos								
	Técnico/Auxiliar	6	105	5,4				
	Enfermeiro	7	23	23,3				
	Téc. X Enf.				0,23	0,08- 0,64	9,07	0,002
	Total	13	127	9,3				
HRCAF								
	Técnico/Auxiliar	2	71	2,7				
	Enfermeiro	6	10	37,5				
	Téc. X Enf.				0,07	0,02- 0,33	19,38	0,000
	Total	8	81	9				
HSL								
	Técnico/Auxiliar	4	34	10,5				
	Enfermeiro	1	12	7,7				
	Téc. X Enf.				1,47	0,18- 12,08	0,13	0,713
	Total	5	47	9,6				

*RP – Razão de Prevalência; **IC– Intervalo de Confiança;*** χ^2 – qui-quadrado/teste hipótese; ****p-valor – significância
Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Com base na Tabela acima os resultados apontam que na categoria dos enfermeiros observou-se que dos 30 participantes do estudo em ambos os hospitais a incidência foi em 7 (23,3%).

Percebe-se que no universo da pesquisa o número de profissionais enfermeiros representa apenas 30 (21,42%). Registra-se 13 (9,28%) profissionais em estado de Burnout, desses 7 (53,84%) são enfermeiros, profissionais com nível superior.

Havendo, portanto diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias ($p= 0, 002$). Onde dos 111 técnico-auxiliares de enfermagem 6 (5,4%) e, dos 30 enfermeiros pesquisados 7 (23,3%) apresentaram traços para Burnout. Logo há uma expressão acentuada em relação aos profissionais enfermeiros. Podendo se afirmar que a condição de enfermeiro nesta pesquisa foi fator determinante para o desenvolvimento de Burnout.

Como o número de profissionais enfermeiros é reduzido, a sobrecarga funcional aumenta, uma vez que os mesmos acabam ficando responsável por múltiplos setores. Os fatores relacionados ao excesso de cobrança por parte dos administradores e chefia, ou, os resultados e fatores intrínsecos ao trabalho, podem ser preponderante para a evolução da Síndrome ⁽⁴⁾.

Dos 16 enfermeiros que participaram do estudo no HRCAF a incidência da Síndrome de Burnout foi de 6 (37,5%), e entre os 73 técnico-auxiliares de enfermagem a incidência encontrada foi de 2 (2,7%). Estudos demonstram que as pessoas de maior nível educacional possuem maior propensão ao Burnout ⁽¹²²⁾.

Pode-se afirmar que houve diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias ($p= 0, 000$). No universo dos técnicos/auxiliares apenas (2,7%) apresentaram estado de Burnout ao passo que do universo dos enfermeiros foi o percentual de (37,5%); logo há uma expressão acentuada em relação aos profissionais enfermeiros.

Em relação aos resultados encontrados acima, lembrando que o Hospital Regional de Cáceres é um hospital de trauma e emergência, que atende a vinte e dois municípios ⁽⁹⁶⁾ se torna compreensivo o acúmulo de atribuições à classe da enfermagem. Lembra Jodas ⁽¹²²⁾ que o “número reduzido de profissionais de enfermagem está diretamente relacionado ao excesso de trabalho”, destacando o resultado de sua pesquisa apontando que 20% da população em estado de Burnout são enfermeiros e apenas 1% é da categoria de técnico/auxiliar.

Em uma unidade de emergência, os resultados de Burnout ressaltaram na equipe de enfermagem com a média de pontuação (2,97) ⁽¹²⁶⁾, demonstrando que as médias mais elevadas se referiam à sobrecarga de trabalho quantitativa, desenvolvimento da carreira, às atividades burocráticas e trâmites que devem ser considerados na assistência de enfermagem aos usuários. Questões estas merecedoras de reflexões e da necessidade de desenvolver ações direcionadas à minimização do estresse ocupacional e na prevenção da Síndrome de Burnout.

Em relação ao HSL a maior frequência encontrada foi na categoria dos técnicos/auxiliares de enfermagem 4 (10,5%) e na classe dos enfermeiros dos 13 participantes do estudo, apenas 1 (7,7%) constatou-se traços para a Síndrome de Burnout.

Não havendo diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias ($p= 0,713$), pois em relação aos números de profissionais que atuam no hospital os resultados apontam que 1 (1%) da população de enfermeiros e 1 (1%) da população de técnicos/auxiliares apresentaram traços para a Síndrome Burnout. Implicando em dizer que a condição de enfermeiro ou de técnico/auxiliar não foi fator determinante para o estado de Burnout.

O perfil padrão do trabalhador com Burnout encontrado na pesquisa de Moreira ⁽¹²⁷⁾ foi o de técnico de enfermagem (87%), do sexo feminino, idade entre 26 a 35 anos, casada, sem filhos e com mais de 5 anos de profissão. O autor atribui que a exposição prolongada às condições de trabalho estressantes e subvalorizadas pode estar relacionada ao surgimento e ao agravamento de sintomas para Burnout.

Em relação à **incidência** para Burnout levantada nesta pesquisa foi possível detectar que o maior número de profissionais enfermeiros está concentrados em um hospital de trauma e emergência, e para os números em relação aos técnicos/auxiliares de enfermagem se acentuaram no hospital de caráter misto, privado e conveniado ao Sistema Único de Saúde.

A sobrecarga de trabalho e os problemas na escala geram efeitos negativos na capacidade funcional e moral entre os profissionais **enfermeiros**, ocasionado a diminuição da satisfação, a menor intenção de permanecer no emprego, o aumento da depressão e do sofrimento, além de sintomas físicos. Logo, o sofrimento psíquico do trabalhador está associado ao desgaste do trabalho ao apoio social insuficiente, ao sentimento de insegurança no trabalho e a instituição de atuação do profissional ⁽¹²⁹⁾.

Em relação aos **técnicos/auxiliares** a incidência foi no Hospital São Luiz, dado seu caráter privado onde os subordinados são mais cobrados durante a realização das atividades profissionais. Além de atuar em contato direto ao público, com envolvimento emocional, e exigência de autocontrole que se fragilizados leva o profissional a ter medo de errar uma medicação, de provocar um acidente e por em risco à vida do paciente ⁽⁵⁸⁾.

4.8 SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Observe na Tabela 8 a relação entre Burnout e aspectos sócio demográficos:

Tabela 8. Incidência da Síndrome de Burnout de acordo com aspectos sócio demográficos dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

VARIÁVEIS	BURNOUT		% MBI	RP	IC (95%)	χ^2	p-valor
	SIM	NÃO					
Gênero							
Feminino	13	106	10,9				
Masculinos	0	22	0,00				
Total	13	128					
Tempo de formação							
0 a 5 anos	6	42	12,5				
≥ 6	4	86	4,4				
Não informado	3	0					
0 a 5 anos X ≥ 6 anos				2,81	0,83-9,49	3,02	0,082
Total	13	131					
Setor							
Administrativo	2	3	40				
Aberto	6	80	6,97				
Fechado	5	42	2,85				
Adm X aberto				5,73	1,53-21,51	6,43	0,011
Adm X fechado				4,60	1,11-19,12	4,26	0,039
Total	13	128					
Renda familiar							
2 a 4 Salários	7	87	7,4				
5 a 10 salários	6	40	13,0				
2 a 4 X 5 a 10 anos				0,57	0,20-160	1,15	0,283
Total	13	127					
Situação conjugal							
Solteiro	7	42	14,3				
Casado/União estável	5	77	8,53				
Outros	1	9					
Solteiro X casado				2,34	0,79-6,98	2,47	0,115
Total	12	129					
Números de filhos							
Sem filhos	4	30	11,7				
Com filhos	9	98	8,41				
Sem X com filhos				1,40	0,46-4,26	0,35	0,556
Total	13	128					
Grau de escolaridade							
Ens. Médio Completo	6	85	6,59				
Ens. Superior Completo	7	42	14,2				
Enzyme. X Ens.Sup.				0,46	0,16-1,30	2,24	0,134
Total	13	127					

*RP-Razão de Prevalência; **IC- Intervalo de Confiança;*** χ^2 -qui-quadrado/teste hipótese; ****p-valor – significância
Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Tendo em vista os resultados apresentados na Tabela 4, quanto à incidência de Burnout em função do gênero, a Síndrome ocorreu com maior incidência no sexo feminino 13 (10,9%).

Trindade ⁽¹³⁰⁾ ao pesquisar trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), afirma que predominou o sexo feminino com 57 (84%) para o estado de Burnout, sendo também demonstrado no estudo de Jodas ⁽¹²²⁾, onde dos 61 trabalhadores que participaram, 5 (8,2%) apresentavam manifestações de Burnout e todas do sexo feminino.

Já nos estudos de Gil-Monte ⁽⁵²⁾ em relação ao sexo, a prevalência de Burnout é maior em homens. Apesar disso, nas atividades de enfermagem, consideradas tipicamente femininas, a incidência da Síndrome também é bastante alta ⁽⁵²⁾.

No que tange à distribuição de Burnout com o tempo de formação, prevaleceu àqueles com menos tempo 6 (12,5%) comparando aos que possuem mais tempo 4 (4,4%), porém não ocorreu diferença estatística ($p= 0, 082$). Com estes dados corresponde dizer que o tempo de formação dos profissionais não há relação com a Síndrome de Burnout. O que implica dizer que entre os que possuem menos tempo de serviço, pode influenciar na qualidade das atividades desenvolvidas.

Este fato é observado na literatura onde relata que trabalhadores com pouca experiência profissional apresentam mais chances de desenvolver a sintomatologia por sentirem-se pouco preparados para as responsabilidades da profissão ^(131,118,132).

Quanto ao tempo de serviço os resultados apontam que 6 (10,52%) se encaixam no intervalo entre 1 a 5 anos.

Enquanto alguns autores descrevem a síndrome como um processo de desgaste que aumenta com o tempo, outros têm verificado maior incidência desta em sujeitos que ingressaram no mercado de trabalho há pouco tempo. Provavelmente pela pouca experiência na profissão e/ou na instituição, já que estes trabalhadores não poderiam ainda ter desenvolvido formas de enfrentamento ou *coping* adequadas à situação ^(5,133,134).

Atance-Martinez ⁽¹³¹⁾ considera que após 10 anos de experiência os profissionais tomam-se menos vulneráveis. Já García ⁽¹³⁴⁾ salienta que, ao mesmo tempo em que o profissional adquire, com o tempo, mais conhecimento e experiência, também se desencanta por suas atividades, por todos os problemas que apresenta e pela crescente frustração e mal-estar que seu trabalho lhe proporciona, podendo levá-lo ao abandono da profissão.

Quanto à classificação dos setores de trabalho, observou-se que a incidência dos profissionais lotados no setor administrativo foi de 2 (40,0%), enquanto que no setor aberto a incidência é de 6 (6,97%). Apresentando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$) entre estes setores e comparando-se o setor administrativo e fechado houve diferença significativa ($p = 0,039$).

No universo administrativo o enfermeiro responsável, trata diretamente em responder as Resoluções exigidas pelo Conselho de Enfermagem e atribuições definidas por órgão superior, dessa forma os níveis de exigência acarreta no profissional o conjunto de fatores que resulta na Síndrome de Burnout.

Nesta pesquisa entre os profissionais atuantes no setor administrativo e setor aberto, a relação direta com o cuidar influenciou numa somatória de fatores estressante diários, mas isso não revela afirmar que o fato do cuidado diário ou diretamente com o indivíduo doente pode exclusivamente acarretar o aparecimento da sintomatologia para a Síndrome de Burnout.

Se comparados o setor administrativo e o setor fechado também se verifica que esta condicionante interfere na condição de Burnout, pois os ambientes fechados são carregados de atribuições e responsabilidades que levam o profissional a sofrer fortes influências de estressores.

Em relação à variável renda familiar, nos profissionais com renda familiar de 2 a 4 salários a incidência foi de 7 (7,4%) e os com renda de cinco a dez salários foi de 6 (13,0%), portanto sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,283$).

A condição financeira, ou seja, os valores percebidos pelos serviços de enfermagem nesta população não foram fatores determinantes para o estado de Burnout.

Referente ao estado civil, 7 (14,3%) dos solteiros sobressaíram em relação ao estado de Burnout, seguido de 5 (8,53%) dos casados.

Magalhães ⁽¹³⁷⁾ obteve que entre os enfermeiros casados, a maioria apresentou altos níveis de Burnout. Esse resultado onde o estado civil casado serve como um fator protetor contra o Burnout ^(137,138), vai em direção contrária ao que relata a literatura e ao resultado obtido nesta pesquisa.

Enquanto alguma literatura afirma que o fato de estar casado e ser pai ou mãe servem como fatores protetores contra Burnout, pois melhoram o equilíbrio do indivíduo para resolver situações conflitantes ⁽¹³⁹⁾ outras afirmam que esta condição ajuda a provocar fatores estressores.

Entre os profissionais que possuem filhos e os que não possuem não foi encontrada significância estatística ($p= 0,556$). O fato de possuir ou não possuir não foi preponderante para os resultados.

Nos registros de Codo ⁽¹³⁹⁾ com relação à situação conjugal e número de filhos, obteve-se prevalência maior da síndrome, entre os profissionais solteiros e os que não possuíam filhos. Segundo os autores ^(139, 46) atribui-se ao casamento ou à situação de companheiro estável e ao fato de ter filhos uma menor propensão ao Burnout.

Segundo o grau de escolaridade dos profissionais de enfermagem, não há significância ($p=0,134$). Estudos demonstram que quanto maior o grau de escolaridade, maior as chances para desvendar a Síndrome de Burnout, a análise estatística neste estudo demonstrou que o fator grau de escolaridade não há relação com a Síndrome de Burnout.

Partindo do princípio de que os sujeitos com ensino médio completo apresentaram maior frequência de nível alto em duas das três dimensões de Burnout; 20% na dimensão desgaste emocional e 14 % na dimensão insatisfação profissional, parece válido afirmar que a classificação dos resultados obtidos por dimensão de Burnout variou em função da escolaridade ⁽¹³⁶⁾.

No que concerne à relação entre a Burnout e as características sócio demográficas as variáveis tempo de formação, renda familiar, grau de escolaridade, jornada de trabalho e número de filhos não foram encontradas diferenças estatísticas significantes. Podendo afirmar que as condições dos profissionais foram determinantes para o estado de Burnout.

Já em relação aos setores de atuação obtivemos que o ambiente de trabalho aberto e fechado, ou seja, àqueles onde os profissionais atuam diretamente com pacientes, familiares e outros profissionais foram determinantes para o estado de Burnout.

4.9 SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS LABORAIS

A Síndrome de Burnout, como vimos, é uma condição de sofrimento psíquico relacionada ao trabalho. Na Tabela 9 a seguir se encontra os itens levados em conta para aplicação do MBI em relação aos aspectos laborais.

Tabela 9. Incidência de Burnout de acordo com os aspectos laborais dos profissionais de enfermagem no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

VARIÁVEIS	BURNOUT		%	RP	IC (95%)	χ^2	p-valor
	SIM	NÃO					
Regime de trabalho							
Diarista	9	49	15,5				
Plantonista	4	66	5,7				
Não informado	-	13					
Diarista X Plantonista				2,72	0,88-8,37	3,34	0,067
Total	13	128					
Carga horária							
40 horas	11	108	9,2				
30 horas	2	7	22,2				
Não informado	-	13					
40 x 30 horas				0,42	0,11-0,6	1,54	0,213
Total	13	128					
Vínculo empregatício							
Estatutário	3	37	7,5				
Contrato	10	79	11,2				
Não informado	-	12					
Estatutário X Contrato				0,67	0,19-2,30	0,43	0,514
Total	13	128					
Faixa Etária							
30 a 40 anos	6	97	5,8				
41 a 60 anos	7	24	22,6				
Não informado	-	7					
30 a 40 X 41 a 60 anos				0,26	0,09-0,71	7,64	0,005
Total	13	128					
Tempo de trabalho na unidade							
< 1 ano	4	22	15,4				
1 a 5 anos	6	47	11,3				
≥ 5 anos	3	48	5,88				
Não Informado	-	11					
< 1 ano x 1 a 5 anos				1,36	0,42-4,40	0,26	0,609
Total	13	128					
Duplo vínculo							
Sim	5	32	13,5				
Não	8	82	8,88				
Não informado	-	14					
Sim X Não				1,52	0,53-4,34	0,61	0,434
Total	13	128					

*RP-Razão de Prevalência; **IC- Intervalo de Confiança;*** χ^2 - qui-quadrado/teste hipótese; ****p-valor – significância
Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Quanto ao regime de trabalho, os profissionais diaristas apresentaram maior incidência 9 (15,5%) em relação aos plantonistas 4 (5,7%), porém não houve diferença estatística ($p = 0,067$).

Percebe-se que a maior incidência em relação carga horária semanal com a Síndrome de Burnout, foi apresentada nos profissionais que executam suas atividades com 30 horas semanais 2 (22,2%), quando comparados com os profissionais que trabalham 40 horas semanais, 11 (9,2%), portanto não houve significância estatística ($p = 0,213$) em relação com aqueles que tinham uma carga horária menor.

Em consonância com os resultados encontrados, Santos ⁽⁶⁵⁾ em seus estudos também evidenciou que os profissionais que apresentaram maior número dos desvios nas dimensões de Burnout tinham a carga horária menor, o que difere de outros achados.

Levando em conta que o número de pacientes a ser cuidado durante uma carga horária de 30 h seria menor em relação à carga horária de 40 horas; é possível alegar em concordância com Lautert ⁽¹¹⁸⁾ que o número em si de pacientes cuidados e o número de instituições a que pertence não interferiu no estado de Burnout encontrado nesta pesquisa.

Segundo Spooner-Lane ⁽¹⁴⁾, os primeiros estudos que investigaram o Burnout em enfermeiros mostraram que a síndrome estava positivamente correlacionada com a quantidade de tempo que os enfermeiros passam com os doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes com mau prognóstico.

Os estudos mais recentes, diz a mesma autora, mostram que está associado a fatores relacionados com o trabalho, tais como sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contato com a morte e preparação inadequada.

Tratando-se dos valores mais encontrados do MBI, relacionado ao vínculo empregatício, 10 (11,2%) prevaleceu nos contratos temporários regidos pela CLT, e em menor incidência 3 (7,5%) são estatutários, porém não há diferença estatisticamente significativa entre os vínculos empregatícios ($p = 0,514$).

A relação de emprego é ainda muito vulnerável ⁽¹⁴²⁾ sobretudo como se observa em nossa pesquisa onde os contratos temporários se destacam. A segurança no emprego sempre esteve, e ainda está, calcada na relação entre chefe

e subordinado, em vez de na relação objetiva, entre resultados esperados e resultados obtidos.

Luz ⁽¹⁴³⁾ em seus relatos afirma que a estabilidade no emprego, ao lado da justa remuneração e do desenvolvimento profissional, constitui a base de uma sólida e bem edificada administração de recursos humanos.

Considerando-se a classificação dos resultados obtidos de Síndrome de Burnout em função da idade, prevaleceram entre os profissionais mais velhos avaliados. Afinal, 7 (22,6%) com idade entre 41 a 60 anos apresentaram maior incidência e 6 (5,8%) dos sujeitos com idade entre 30 a 40 anos, ($p = 0,005$), portanto entre as idades ocorreu diferença significativa.

Numa investigação realizada por Trindade ⁽¹³⁰⁾ os mais jovens obtiveram escores superiores na subescala de desgaste emocional e despersonalização, e escores inferiores na realização profissional.

Pesquisa realizada por Borges ⁽¹⁴⁴⁾ acerca da análise da capacidade para o trabalho e o envelhecimento funcional precoce em trabalhadores de enfermagem, encontrou maior prevalência de capacidade inadequada para o trabalho num grupo de trabalhadores jovens, com idade abaixo de 39 anos. O autor conclui que é necessária uma abordagem multidimensional na implementação de programas para manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, incluindo intervenções no ambiente de trabalho.

Outros pesquisadores mencionam que a média elevada de idade é um fator importante para o desenvolvimento de transtornos mentais ou ocupacionais devido à diminuição da capacidade de adaptação às condições de estresse no trabalho. Estudos mostram que o índice de capacidade para o trabalho é bastante afetado pela idade ^(113,75,76,77).

Os profissionais de enfermagem que conciliam mais de um emprego – duplo vínculo obtiveram maior frequência 5 (13,5%) e 8 (8,88%) em relação aos que não possuem outro vínculo ($p=0,434$).

Veras ⁽⁷²⁾ descreve que os profissionais dessa área se vêem pressionados a ter, por vezes, duplo ou triplo vínculo empregatício devido aos salários baixos e aviltantes, incompatíveis com a dignidade de suas atividades, fatos esses que vêm piorando a qualidade de vida destes trabalhadores, levando-os a assumirem mais de um emprego para aumentar a renda familiar, o que implica em extensas jornadas de trabalho, estresse e pouco tempo para o lazer e para a família.

Registra-se em nossa pesquisa que o regime de trabalho, a carga horária, o tipo de vínculo empregatício, na ocorrência da Síndrome de Burnout relacionada com as variáveis, não apresentaram níveis de significância. Porém a proporção encontrada nos profissionais que exercem suas atividades como diarista, estes realizam suas ações diariamente, sem descanso no período (turno) de trabalho; em relação aos plantonistas, estes exercem atividades de 40 h semanais, com intervalos para o descanso semanal.

O fato de ser contratado implica numa preocupação de assegurar o emprego, para garantir seus compromissos financeiros e a sustentabilidade da família, portanto esta variável não diferiu para a ocorrência da Síndrome de Burnout.

A duplicidade de vínculo empregatício não apresentou relação significativa com a Síndrome de Burnout, porém a incidência da Síndrome de Burnout foi maior nos que possuem duplo vínculo. Estas ocorrências podem ser reveladas pelo fato do acúmulo de horas trabalhadas, vez que necessário a busca de alternativa para aumento da renda familiar. E, no caso dos profissionais do sexo feminino, esta realidade se agrava com o acúmulo dos afazeres domésticos. Embora em nossa pesquisa as atividades em outra instituição, como trabalhar em outro vínculo, não tiveram relação com a Síndrome de Burnout vale ressaltar esta situação.

A presença da Síndrome de Burnout entre trabalhadores nesta pesquisa foi nos mais velhos embora a literatura aponte em grande número como sendo mais comum que entre os mais jovens. Portanto a relação significativa quanto à idade pode estar atribuída neste caso aos mais velhos, sobretudo, por estarem vulneráveis ao cansaço físico e mental dos anos de experiência profissional, por talvez de não acreditarem que não há soluções para suas reivindicações na melhoria da qualidade do trabalhador. Ainda há de se afirmar que as três dimensões são significativas na incidência da Síndrome de Burnout.

Após ter demonstrado nas Tabelas anteriores quanto a dimensões, níveis que se encontram os profissionais estudados, cuidou-se em delinear a Síndrome em relação aos fatores sócio demográficos e laborais, isto para que fosse possível observar o grau de significância entre uma variável e o desencadeamento da mesma. Resultados estes que nos possibilitaram uma visão holística quanto às variáveis que acabam por interferirem no ambiente de trabalho, na realização das atividades com êxito e na qualidade de vida dos profissionais.

4.10 MANIFESTAÇÕES DO ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO FONTES E HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES- MATO GROSSO.

Analisados os questionários, identificadas às alterações nas dimensões da Escala de Maslach Burnout, traçado a incidência ocorrida na pesquisa ora em tela, detalhado a Síndrome em relação aos aspectos laborais e aspectos sócio demográficos, fez se necessário conforme a Tabela 10 demonstrar onde os profissionais em estado de Burnout estão atuando dentro do ambiente hospitalar.

A Tabela 10 a seguir demonstra onde cada profissional encontrado com a sintomatologia para Síndrome de Burnout se encontrava por local de trabalho, observe:

Tabela 10. Distribuição dos profissionais por setor de atuação em estado de Burnout no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres-MT- 2010.

SETOR DE TRABALHO		FREQ. TOTAL	% TOTAL	FREQ. MBI	% MBI
HRCAF					
	ADMINISTRATIVO				
	CCIH	2	1,42	1	7,69
	Coord. Enf.	1	0,71	1	7,69
	ABERTO				
	Clínica Ortopédica	11	7,85	1	7,69
	Clínica Obstétrica	6	4,28	2	15,38
	Clínica Cirúrgica	11	7,85	1	7,69
	Ambulatório Espec.	4	2,85		
	Trauma/emergência	15	10,71	1	7,69
	U.C.T	3	2,14		
	Pediatria	12	8,57		
	FECHADO				
	U.T.I adulto	8	5,71		
	U.T.I neonatal	9	6,42		
	Centro Cirúrgico	5	3,57	1	7,69
HSL					
	ADMINISTRATIVO				
	CCIH	1	0,71		
	Coord. Enf.	1	0,71		
	ABERTO				
	Clínica Médica	22	15,71	1	7,69
	Clínica Obstétrica	7	5,00	1	7,69
	Setor de Apartamento	1	0,71		
	FECHADO				
	U.T.I adulto	12	8,57	3	23,07
	Centro Cirúrgico	6	4,28		
	N.I*	3	2,14		
TOTAL	TOTAL	140	100,00	13	100,00

*Não informado

Fonte: França FM, 2010 (org.). Questionário do Perfil do Trabalhador e Inventário de Maslach aplicado aos profissionais de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres – Mato Grosso.

Após análise da classificação dos escores nas três dimensões que constitui a sintomatologia para a Síndrome de Burnout, verificou-se que entre a amostra estudada no universo de 140 participantes de enfermagem em dois hospitais de médio porte no município de Cáceres MT, a incidência encontrada de Síndrome de Burnout, conforme setores de atuação apresentam a seguinte distribuição:

No **Setor Administrativo**, a incidência 2 (15,38%) ocorreu em profissionais que lidam com a gestão, onde o grau de responsabilidade e cobrança pelas ações que asseguram a qualidade da assistência é de responsabilidade da gerência de enfermagem.

No setor administrativo, na área gerencial é necessário um conjunto de técnica e instrumentos que permitem atrair, organizar, manter e desenvolver os talentos humanos ⁽¹⁵¹⁾. Estas competências exigidas provocam ou vem a debelar os riscos para a Síndrome de Burnout se instalar pontuando para as dimensões de alta EE e DE e indiciando baixo RP.

Os profissionais de enfermagem que atuam no **setor aberto** recebem uma carga diária, pois se deparam com cuidados aos pacientes que requerem assistência técnica para cada situação complexa, o lidar com pacientes, familiares, equipe médica e ainda responsabilizar-se pela manutenção e organização da unidade, são fatores estressores.

Na **Clínica Ortopédica** obteve-se 1 (7,69%). Ao lidar com pacientes desta clínica, os quais são vítimas de acidentes múltiplos e apresenta dependência total nas suas necessidades humanas básicas a enfermagem está exposta ao desgaste, físico, psicológico e acidentes ocupacionais, além destas exposições a atenção aos familiares, o cumprimento das normas e rotinas da unidade. Apesar da satisfação de realizar seus cuidados o estresse nas situações conflituosas, nas relações interpessoais vivenciadas, são certamente risco para a instalação da Síndrome de Burnout.

A **Clínica Obstétrica** apresentou um resultado de 3 (23,07%). Esta unidade requer aplicação do conhecimento técnico-científico de forma ágil, pois o binômio mãe/filho, em diversas circunstâncias chegam à unidade apresentando risco de vida, ao deparar-se com situações estressantes a equipe de enfermagem na ocorrência desses eventos, se depara com algumas necessidades onde a capacitação profissional torna-se necessária, e a própria condição desta formação coloca o profissional numa condição de estresse. Martins ⁽⁶⁴⁾ afirma que ao Profissional de

Enfermagem implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente.

Os trabalhadores acometidos com sintomatologia da Síndrome de Burnout na **Clinica Cirúrgica 1** (7,69%), deparam-se com pacientes em pós operatório que necessitam de cuidados contínuos, onde as funções fisiológicas devem ser assistidas de forma sistematizada, requerendo da equipe ações técnicas e habilidosas. Portanto o conjunto dessas ações associadas ao cuidado direto e, a relação com a família e equipe multidisciplinar, contribuem para que os profissionais somatizem por estas atividades laborais o estresse.

Na **Unidade de Trauma e Emergência** onde encontramos 1 (7,69%); requer ação instantânea, esta voltada para atenção ao cliente, com intuito de proceder com eficiência e ter uma resposta positiva do processo de cuidar. A enfermagem reúne o conhecimento para confrontar nas diversas situações do cotidiano, o que deve ser feito em cada circunstância. Pois, estas intervenções de emergência ou de urgência, onde podem ser clínicas, ou cirúrgicas, e depende da gravidade do comprometimento orgânico. Jodas, 2009 ⁽¹²²⁾ O modelo assistencial adotado a emergência, gera sobrecarga de movimento e tensão ocupacional, considerando a necessidade de tomada de decisão imediata e eficaz, podendo provocar a sensação de que o trabalho não é compensador. O agir sobre vidas em risco requer do profissional o controle de ações.

No **Centro Cirúrgico** classificado como unidade fechada onde apresenta uma dinâmica de trabalhos específicos, obteve-se que 1 (7,69%) se encontra em estado de Burnout. Neste centro congrega relacionamento entre todos que atuam no setor, devendo este acontecer de forma harmoniosa e que venha contemplar as normas e rotinas estabelecidas. Considerando uma rotina com elevados números de procedimentos, advindo das mais complexas situações, exige da enfermagem uma atuação de responsabilidade técnica e habilidosa compreendida com conhecimento científico, como também estabilidade emocional e além de lidarem com conflitos onde estes são freqüentes, em consequência das diversidades dos profissionais que ali atuam.

Além da complexidade das técnicas a equipe de enfermagem visa o atendimento de paciente em caráter eletivo de urgência e emergência. Neste desfecho de atividades diárias a equipe de enfermagem vivencia e acumula uma carga de estresse e muitas vezes não exterioriza sua preocupação nas dificuldades

quanto ao relacionamento interpessoal, à deficiência e falta de materiais, equipamento e pessoal de enfermagem. Contudo os achados representados na Tabela 10 evidencia os resultados da exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem.

Os profissionais que atuam no setor de emergência cirúrgica requerem um saber diferenciado, exigindo atuação nesta área com experiência e um saber específico, pois a atuação além da emergência exige atendimento físico-espiritual e psicológico implica dizer que o nível de exaustão emocional é evidente.

Tratando-se da **Unidade de Terapia Intensiva** de Adultos ⁽⁶⁵⁾ sendo um local muito tenso pode interferir no estado emocional, levando ao desgaste geral do organismo, e provocando o estresse foi encontrado valores referente a 3 (23,07%).

Considerando esta unidade o nível mais complexo e avançado dentro da hierarquia dos serviços hospitalares, a enfermagem se depara em promover a recuperação completa ou parcial de estados mórbidos que comprometem agudamente a saúde de paciente previamente hígido. Tais ações nada mais são, do que passos em direção a verdadeira meta do trabalho da Terapia Intensiva, que é o de reduzir a morbidade e mortalidade, sempre que possível.

Neste contexto a equipe de enfermagem e toda equipe multiprofissional deve conduzir o plano terapêutico com qualidade no relacionamento interpessoal. Na pesquisa evidencia que a incidência de Síndrome de Burnout no setor de terapia Intensiva, requer um olhar para o dimensionamento do pessoal e para a qualificação profissional.

Quanto os setores do Hospital São Luiz de internação a enfermagem, **Clínica Médica**, os resultados apontam 1 (7,69%). Os profissionais nesta clínica confrontam-se diariamente com pacientes que experimentam dor intensa e instabilidade fisiológica, neste contexto da relação profissional da saúde - paciente, o desgaste profissional em lidar com situações estressantes exige não só o conhecimento sobre as condições, mas também a identificação do que caracteriza a atuação capaz de produzir as melhorias.

Verifica-se no estudo que os profissionais lotados no setor administrativo apresentaram maior incidência da síndrome quando comparados com os setores abertos e fechados obtendo diferença significativa entre estes, portanto os que ocupam o cargo no setor administrativo são enfermeiros, este resultado condiz que

quanto mais elevada à posição hierárquica ocupada, maior é a despersonalização, ou seja, o sentimento de distanciamento e impessoalidade na relação de trabalho.

Pode-se pensar que a direção de setor ou departamento envolve responsabilidade por grupos, que necessita, por vezes, lidar não só com subordinados, mas também com usuários e colegas. Podemos considerar que as relações hierárquicas são fonte de uma ansiedade que se superpõe àquela que mencionamos com relação ao ritmo, à produtividade, às cotas de produção, de rendimento, aos prêmios e bonificações ⁽¹⁵²⁾.

Ainda parte das chefias refere-se a cargos de confiança e, portanto, não estáveis na sua relação com a instituição, o grupo e as atividades, fazendo uma menor vinculação com as pessoas. Além disso, os dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa à organização pública, gerando, assim, uma tendência à centralização das decisões ⁽⁷³⁾. Dessa forma, de acordo com os estudos de Benevides-Pereira ⁽⁵⁾, quanto maior for a responsabilidade e menor a autonomia, maior será a possibilidade de desencadeamento de Burnout.

Atribui-se a incidência de sintomatologia aos técnicos, auxiliares do hospital São Luiz, dado seu caráter privado onde os subordinados são mais cobrados durante a realização das atividades profissionais. A rotina do trabalho em contato direto ao público com envolvimento emocional exigência de auto controle fragilizadas, leva o profissional a ter medo de errar uma medicação de provocar um acidente por risco de vida do paciente.

Essa possibilidade de prejudicar o paciente, acrescido da cobrança dos superiores, possivelmente provocando alto nível de exaustão ao profissional.

Com relação aos setores descritos acima, os achados nos revela que os setores classificados como abertos, fechados e administrativo, com características peculiares, interfere-se na saúde do trabalhador, portanto nos leva a crer que tanto setor, fechados e aberto profissionais de enfermagem estão predispostos a uma sobrecarga e tensão ocupacional onde são fontes geradoras de estresse.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a ocorrência da síndrome de Burnout em uma amostra de 140 profissionais da área de enfermagem em dois hospitais de médio porte do município de Cáceres do Estado do Mato Grosso, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, utilizando, como instrumento de pesquisa, o questionário de Maslach Burnout Inventory.

A realização deste estudo foi um trabalho pioneiro de abordagem científica, sobretudo porque os objetivos específicos do estudo foram alcançados, permitindo analisar a proporção de ocorrência da Síndrome de Burnout e demonstrar os dados quantitativos do perfil sócio-demográficos da equipe de enfermagem do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e Hospital São Luiz em Cáceres - MT.

A avaliação da Síndrome de *Burnout* foi possível neste estudo porque apresenta algumas das variáveis que a literatura relaciona com a enfermidade: maioria jovem; sexo predominantemente feminino; percentual significativo de indivíduos, casados; pouca experiência profissional numa boa parcela de profissionais que, conseqüentemente, trabalham na instituição há pouco tempo ^(5,44,52,119,153).

Muitas foram as limitações do estudo a contar da disponibilidade dos colegas de trabalho em responder aos questionários aplicados, acrescido da necessidade de ampliar a análise dos resultados com o apoio de profissional da área psiquiátrica ou psicológica, e ainda de suporte para ampliação das pesquisas realizadas. Bem como a escassez de informações quanto a saúde do trabalhador em Cáceres-MT.

Os resultados mostraram que os enfermeiros apresentaram níveis mais elevados de exaustão emocional quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Apesar dos enfermeiros apresentarem um menor envolvimento com os pacientes internados nas instituições hospitalares, eles apresentam uma intensa sobrecarga emocional no seu cotidiano de trabalho, pois são responsáveis pelo bom funcionamento do serviço de assistência à saúde, onde supervisionam os demais profissionais de enfermagem, sendo constantemente cobrados pela administração e organização hospitalar, além dos médicos, quanto ao atendimento aos pacientes.

Conclui-se ainda que os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional, entre 0 a 5 anos, apresentam níveis mais altos de exaustão emocional quando comparados aos demais enfermeiros e aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que também pode ser um fator desencadeador da Síndrome de Burnout.

A equipe de enfermagem, maior força de trabalho hospitalar, passa por situações estressantes que leva-nos a assegurar a necessidade de se propor mudanças organizacional no ambiente de trabalho com o fim de diminuir estes fatores que acabam por interferir na saúde do trabalhador. O trabalho não pode constituir-se num fardo pesado, ou numa fonte de infortúnio ou desprazer. Ao contrário, deve proporcionar às pessoas condições de desenvolvimento de suas potencialidades e de auto-realização.

Este estudo revelou a necessidade de realização de intervenções em relação às condições de trabalho dos enfermeiros do hospital Regional de Cáceres, por se tratar de ambiente que implica exigências em todos os aspectos, sejam eles físicos (desgaste no atendimento), mentais (estado de alerta permanente), sociais (carência dos pacientes ou dos próprios trabalhadores) e espirituais (convívio continuado com o sofrimento, com a dor e com a morte). Os resultados levam a crença de que a incidência da Síndrome de Burnout nesta população esteja atrelada as condições de trabalho.

As organizações exercem influência acentuada sobre os estados mentais e emocionais dos indivíduos que as compõem. As instituições (sistemas organizacionais, grupos de trabalho com cultura própria) podem atuar como ambiente integrador e enriquecedor para as pessoas que nelas trabalham ou, contrariamente, podem desagregar-se manipular-se e manipular as pessoas, que tendem a ser absorvidas pelas mesmas. As implicações decorrentes de práticas coercitivas ocasionam danos profundos na personalidade dos indivíduos, em sua forma de ser, pensar e agir, e no clima organizacional, gerando manifestações comportamentais inadequadas e inadaptadas, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista grupal ⁽¹⁵⁴⁾.

Um ambiente seguro do ponto de vista da higiene e segurança no trabalho atesta, entre outros pontos, a perspectiva do indivíduo ver assegurada sua saúde física, mental e emocional, o que lhe possibilita um ajustamento mais sadio ao ambiente de trabalho.

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

Considera-se imprescindível refletir e desenvolver estudos a respeito dessa temática para melhor compreender os fatores que contribuem para o processo saúde/doença, dos trabalhadores de enfermagem em instituições hospitalares. E que se evolua com aprofundamento teórico e grupos de reflexão para o acompanhamento de ações programáticas visando à melhoria das condições de trabalho de enfermagem das instituições estudadas. Pois a ausência de perspectiva de desenvolvimento profissional causa sérios danos aos ambientes de trabalho, a ponto de motivar a mudança de emprego de inúmeros profissionais, particularmente daqueles que ocupam cargos-chave ou cargos de chefia.

Devido à situação de fatores estressantes, na rotina da enfermagem, este se tornou um meio propenso para o surgimento e a progressão da Síndrome do esgotamento profissional. Pois o medo, seja proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável.

Por isso é fundamental reconhecer o estado de Burnout, pois se continuarmos negando sua existência nunca será possível solucionar este problema, seja com prevenção ou tratamento; dando assim as costas a um verdadeiro problema de saúde do trabalhador de enfermagem.

Cabe ressaltar aqui, que por mais eficiente que a instituição seja, ela sempre apresentará pontos a serem melhorados, afinal tudo está em transformação, a começar pelas pessoas que a compõem. Porém torna-se fundamental diagnosticar com a maior brevidade possível, os problemas, para que sejam sanados e a empresa opere de forma harmônica e competitiva no seu ramo de atividade.

6. SUGESTÕES

Bulhões ⁽⁴¹⁾ adverte que é preciso investir na capacitação do trabalhador, ou seja, no desenvolvimento do seu conhecimento, para conseguir a eficácia de atuação sobre normas, duração e ritmo de trabalho. Conhecendo o processo de trabalho, os profissionais devem buscar a cooperação e o diálogo permanente com especialistas das diversas áreas afins, como a ergonomia, higiene e segurança, no intuito de obter medidas capazes de garantir-lhes condições de trabalho favoráveis a saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa apresentou algumas inquietações com base nos resultados alcançados e na prática profissional desenvolvida.

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais e coletivos. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

Para dirimir e tratar as situações de estado de Burnout levantados, seria necessário que supervisores e encarregados fossem treinados periodicamente com equipes especializadas em Recursos Humanos, objetivando promover um tratamento aos funcionários em geral, sem distinção, aprendendo ainda dar o feedback e delegar competências a fim de harmonizar o clima organizacional da instituição. Pois, o clima organizacional está intimamente relacionado com o grau de motivação de seus participantes.

Quando há elevada motivação entre os pares, o clima motivacional se eleva e se traduz em relações de satisfação, de animação, de interesse, colaboração etc. Todavia, quando há baixa motivação entre os membros, seja por frustração ou barreiras à satisfação das necessidades, o clima organizacional tende a abaixar-se, caracterizando-se por estados de depressão, apatia, insatisfação etc., podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade, tumulto, inconformidade etc., típicos de situações em que os membros se defrontam abertamente com a organização (como nos casos de greves, piquetes etc.)⁽¹⁵¹⁾.

Este estudo descortinou algumas questões que merecem ser investigadas em trabalhos futuros. Entre elas, propõe-se:

- Análise do índice de absenteísmo por doença na equipe de enfermagem relacionando com a Síndrome de Burnout, em diferentes instituições hospitalares.

- Avaliação das questões de satisfação referentes ao ambiente de trabalho, com o trabalho executado, condições de trabalho e relação com a chefia, em instituições de saúde pública e privada.

- Análise da associação entre absenteísmo por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem e as condições de trabalho vigentes no seu espaço específico de atuação nas instituições de saúde pública e privada.

- Implantação do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) na Instituição pública e identificar eventuais problemas pessoais que possam interferir no desempenho dos funcionários.

- Avaliação das condições da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

- Mapeamento das diversificadas situações dos trabalhadores nas instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde. Doença relacionada ao trabalho. Brasília (DF); 2001.
2. Gaspar PJS. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. Revista Nursing 1997; 10(109): 24.
3. Maia AL. Stress e o trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Altas 2004.
4. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005.
5. Benevides-Pereira AMT, Jiménez-Moreno B. O Burnout e o profissional de psicologia. Revista Eletrônica InterAção Psy 2002; 1(1): 4-11.
6. Organização Mundial da Saúde (2003).
7. Lipp MEN. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. Revista Psiquiatria Clínica 2001; 28(6): 347-9.
8. França ACL, Rodrigues AL. Stress e o trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Altas 1999.
9. Borges AMB, Beresin R. A Síndrome de Burnout em graduandos de enfermagem. Einstein 2002; 5(3): 225-230.
10. Donatelle RJ, Hawkins MJ. Employee stress claims: increasing implications for health promotion programs. Am J Health Promote, 1989; 3:19-25.
11. Shaman JO, Brien-Pallas L, Thomson D, Kerr MS. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it?. Inter J of. Sociol. Social Police, 2003; 23:81-103.

12. Brasil. Ministério da Previdência Social. Regulamento: Agentes Patogênicos causadores de doenças Profissionais. Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999. Brasília: DF, 1999.
13. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID. 10 ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo, 1994.
14. Spooner-Lane R. Te influencie of York stress and York suporta en Burnout in Public hospital nurses [Tese]. Queensland: Universito of Tecnología, 2004.
15. Teixeira M. O Burnout e os enfermeiros. Saúde Mental e Psiquiátrica [Monografia] 2007. Disponível em: <http://br.monografias.com>, acessado em julho de 2010.
16. Harrison BJ. Are you to burn out? Fund Raising Management.1999; 30 (1); 25-28.
17. Maslach C, Schaufel WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology 2001, 52 (1), 397-422.
18. Rossini AB, Carlotto S. Síndrome de Burnout em monitores de uma fundação de proteção especial. Revista Diversitas – Perspectivas em Psicologia 2007; 4 (1); 53-62.
19. Ballone GJ. Síndrome de Burnout. Rev Psiquiatria Geral [Internet] 2002. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, acessado em julho de 2010.
20. Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. Caderno Saúde Pública 2006; 22 (5): 1017-1026.
21. Boff VB, Bernardi GC, Saraiva FBS, Cogo MAMC, Scherer CG. A incidência da Síndrome de Burnout em profissionais da área da enfermagem. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC-Florianópolis. Julho 2006.
22. Menegas IAB. Revisão de literatura sobre as causas da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. Revista de Enfermagem 2004; 37(3): 47-50.

23. Teixeira M. O Burnout e os enfermeiros. Saúde Mental e Psiquiátrica [Monografia] 2007. Disponível em: <http://br.monografias.com>, acessado em junho de 2010.
24. Tamayo M, Troccoli DJ. O burnout e os enfermeiros. Saúde Mental e Psiquiátrica [Monografia] 2002. Disponível em: <http://br.monografias.com>, acessado em junho de 2010.
25. Pereira AMTB. A Síndrome de Burnout. [Dissertação de Mestrado]. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2009.
26. Salume FV. Stress e Síndrome de Burnout no trabalho. Trabalho apresentado na Universidade do Vale do Rio Doce-UNIVALE- Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FHS)- Curso de Psicologia, 2007.
27. Maslach C. Burnout: The cost of caring, Englewood Cliffs, New Jersey, 1982.
28. Maslach C. Jackson SE. The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior. 1981; 2, 99-113.
29. França AC. Investigating the nomological network of variables impacting on burnout among nurses [Tese]. Ottawa: University of Ottawa, 1997.
30. Silva FPP, Marchi AC. Burnout: em profissionais da saúde. Rev da UFSJ, v.4, n.1, jun. 1997. Disponível em: www.eletrica.ufsj.edu.br, Acesso em 23 de fev.2010.
32. Batista HJF. Comportamentos Comunicacionais Assertivos e Burnout nos Profissionais de Enfermagem. Revista Nursing 2005.
33. Guimarães LAM, Cardoso WLCD. Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. In: Guimarães LAM, Grubits S. (Org.). Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. v. 3, p. 43-61.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica nº5, Brasília, 2002.
35. Brasil, Constituição Federal de 1988. Art. 196. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03, acesso em fevereiro de 2010.

36. Brasil. Lei nº8.142, de dezembro de 1990. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.0880/90-Lei Orgânica da Saúde,1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em fevereiro de 2010.
37. JÚNIOR ADS, Projeto de Pesquisa: Riscos Ergonômicos no Trabalho; UFU N.3276, 2009. Disponível: www.uff.br/enfermagemdotrabalho/.pdf, acesso em fevereiro de 2010.
38. Brasil. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde. 2004.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 1679/02 de 20 de setembro de 2002. Modificada pela Portaria que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST.
40. SFIT (Sistema Federal da Inspeção do Trabalho). NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde – Portaria nº 485, de 11/11/2005. Disponível: <http://www.mte.gov.br/legislacao>, acesso em junho de 2010.
41. Receita Federal; Perfil Profissiográfico Previdenciário. Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/previdencia>, acesso em 06 Set.10.
42. Marziale MHP, Rodrigues CMA produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2002. v.10,n.4,p.571-7
43. Cordeiro Castro JA, Guillén GCI, Gala LFJ, Lupian GM, Benítez GA, Gómes AS. Prevalência Del síndrome de Burnout em los maestros. Resultados de una investigación preliminar. Revista de psicologia. 2003; 7(1). Disponível: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/>, acesso em fevereiro de 2010.
44. Bulhões I. Riscos do trabalho em enfermagem. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994. 221p.
45. Rodrigues RF, Taborda T. Incidência de Burnout em profissionais da enfermagem: Um estudo no pronto socorro do Hospital do Trabalhador. Curitiba-PR:

UFPR, 2007.

46. Borges LV, Argolo JCT, Pereira ALS, Machado EAP, Silva WSA. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002; 15(1), 189-200.

47. Díaz-Muñoz MJ. Síndrome Del quemado em profesionales de Enfermaria que trabajan en um hospital monográfico para pacientes cardíacos Nure Investigación, nº18. Espanã. 2005.

48. Maslach C. Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 1985; 12: 837-851.

46. Leiter M. The dream denied: professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 1991, 32, (4):547-558

47. Cordes CL, Dougherty TW, Blum M. Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 1997; 18: 665-701.

48. Cairo S. LIPP MEN Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

49. Maslach C. Leiter MP. Six areas of work life: A model of organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*.1999; 21:472-89.

50. Chistofoletti G, Pinto SMC, Vieira AN. Análise das condições físico-mentais de funcionários do setor de pediatria do Hospital das Clínicas de Goiânia. *Revista Científica de Educação Física e Fisioterapia – EDFFIS*, v.1, n.1, 2007.

51. Vasques-Menezes I. Por onde passa a categoria da prática terapêutica. in: Codo,W.(org). *O trabalho enlouquece?: Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

52. Gil Monte PR, Perô JN. Validez Factorial Del Maslach Burnout Inventory em uma amostra multiocupacional. *Psicothema*, 1997.

53. Nunes MB, Mauro MY, Cupello A J Estresse como um risco ocupacional em enfermagem psiquiátrica. In: Anais do I Encontro Pan-americano de Ergonomia – X Congresso Brasileiro de Ergonomia. A Ergonomia na Empresa: útil, prática e aplicada. Rio de Janeiro. 2000: 22 – 31.
54. Grandjean E. Manual de Ergonomia. Porto Alegre: Bookman, 1998.
55. Mauro MYC. Saúde Mental no trabalhador Enfermeiro. Rev. Enferm. URRJ 1996;1(1): 81-8.
56. Ortiz GC, Patinõ NAM. El estrés su relación com las condiciones de trabajo Del personal de enfermería. Rev. Invest. Educ. Enfermería 1991; 2: 83-89.
57. Otero JJG. Riesgos Del trabajo Del personal sanitario. 2ªed. Madri: Mc Graw Hill; 1993.
58. Guimarães FS. Transtornos afetivos. In: Brandão ML, Graeff FG. Neurobiologia das doenças mentais. (5a ed.) Lemos: São Paulo, 1999.
59. Santos FPP, Perillo AC. Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. Revista da UFSJ, v.2, n.1, jun. 2006.
60. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ. "Cross-sectional comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders". Bulletin of the World Health Organization, 2000; 78, (1): 413-428.
61. Ribeiro AL. Gestão de Pessoas. 1 ed., Ed. Saraiva: São Paulo. 2006.
62. Pires JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica da USP; 1999; 34(5):223-233.
63. Yura H. Nursing Leadership: Theory and Process, Appleton Century Crofts.1976.
64. Martins MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Rev. SBPH. Rio de Janeiro, 2003; 8(2): 16-23.
65. Santos FE, Joubert AA, Rodrigues AB. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. Einstein. 2009; 7(1): 58-6.

66. García-Renedo M, Salanova S, Cifre E. Antecedentes afectivos de la autoeficacia entre profesores: diferencias individuales. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume. 2004 7(2): 244-255.
67. Maslach C. Burned-out. Human Behavior. 1986; 5: 16-22.
68. Perez L, Outro J. Prevención del estrés profesional docente. Ed. Generalitat Valenciana conselleria de cultura y educación. Dirección general de ordenación, innovación educativa e política lingüística. Servicio de formación del profesorado. V.1; 2000.
69. Muller DVK. A Síndrome de burnout no trabalho de assistência á saúde: estudos dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 2004. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Rio Grande do Sul.
70. Alves HJF. Comportamentos Comunicacionais Assertivos e Burnout nos Profissionais de Enfermagem. Revista Nursing, n.221, 3 jun.1996.
71. Nascimento ABE. Síndrome de Burnout Revista Psiquiatria Clínica 2003; 28(6): 347-9. [internet] Disponível em: <http://wwwhcnet.uso.br>, acesso em 03 mar.2009.
72. Veras AP. Burnout: Um desafio á saúde do trabalhador. Revista UFSJ. 2009, 2 (1).
73. Pires JCS, Macedo KB. Cultura Organizacional e, organizações públicas no Brasil. RAP, 2006; 40(1): 81-105..
74. Roquayol C. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Revista Brasileira de Epidemiologia. Maranhão, 1994. 9(3): 325-34. Acessado em: 21 fev. 2010.
75. Faria AC. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq. Ciências Saúde, 2005.
76. Barboza JRA, Berezini RA. Síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. Einstein, 2005; 5(3): 225-230.

77. Domingos MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Rev. SBPH .Rio de Janeiro, 2001; 8(2)34-41.
78. Inai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. Occupational and Environmental Medicine, 2004.61:764-768.
79. Gil C, Vairinhos C. Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende, 1997.
80. Nunes MLT, Teixeira RP. Burnout na Carreira acadêmica. Educação, Porto Alegre, 1990, 41(1):147-164.
81. Farber BA. Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher. São Francico, 1991.
82. Martins MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Rev. SBPH. Rio de Janeiro, 2003;8(2):84-86.
83. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
84. Codo W. Educação: carinho e trabalho- Burnout, a síndrome da desistência do educador. 2ª ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
85. Anderberg UM. Stress-related syndromes – Contemporary illnesses. Lakartidningen, 2001.98(2): 5860-5863.
86. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2000.8(5): 44-51.
87. Oliveira CJ. O impacto do seguro desemprego na sócioeconomia em Cáceres – Mato Grosso. [Monografia]. Cáceres: UNEMAT, 2001. p. 28.
88. Leite LPP. Vila Maria dos meus maiores. São Paulo: Vaner Bicego, 1978.
89. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2009.

90. Mendes NF. História de Cáceres. Mato Grosso: IHGMT, 1972.
91. Lima JAF. A pesca no Pantanal de Mato Grosso (Rio Cuiabá: biologia e ecologia pesqueira) In: Congresso Brasileiro de Engenharia de Pesca. Recife: 2 Anais, . 503-515, 1981.
92. Peron C. O papel da auditoria frente ao pacto de gestão do Sistema Único de Saúde. [Pós-graduação] Cuiabá: Escola de Saúde Pública, 2007.
93. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: SIAB, 2010.
94. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Brasília: CNES, 2010.
95. Hospital São Luiz. Histórico, missão e atuação. [Regimento Interno]. Cáceres, 2000.
96. Passarinho J. Complexo do Hospital Regional de Cáceres. Mato Grosso: SECOM, 2008.
97. Mato Grosso. Universidade do Estado de Mato Grosso. in: www.unemat.gov.br, acessado em fevereiro de 2010.
98. Ruiz MT, Barboza DB, Soler ZASG. Acidente de Trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. Revista Arquivo Ciência Saúde, Ribeirão Preto, 2004;11(5):119-124.
99. Marx LC, Morita LC. Manual de Gerenciamento de Enfermagem. Rufo Editores & Associados. São Paulo, 1998.
100. Silva AL, Padilha MICS, Borenstein MS. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Rev Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2002. 10 (4) 21-26.
101. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.
102. Shimbo AY, Lacerda AR, Labronici LM. Processo de trabalho do enfermeiro em unidade de internação hospitalar: Desafios de uma administração contemporânea Cogitare Enferm 2008 Jan/Mar; 13(2): 296-300.

103. Quinn RE, Faerman SR, Thompson MP. Competências gerenciais. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
104. Silva MA, Galvão CM. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(1): 104-12.
105. Gomes AL. Emergência: planejamento e organização da unidade. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1988.
106. Bedim E, Ribeiro LM, Barreto RA. - Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2004; 6(3): 400-409. Disponível em www.fen.ufg.br, acesso em junho de 2010.
107. Barbosa PG, Carvalho GM, Oliveira LR. O Mundo da Saúde, 2008; 32(4): 458-46.
108. Domingues CL. Orientação aos pacientes e familiares: dificuldades ou falta de sistematização. Rev. Esc. Enf. USP, 1999; 8 (1): 39-48.
109. Bocchi SCM, Fávero N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto 1996; 4(2): 41-59.
110. Secafi V, Kurcgant P. A cultura organizacional segundo a percepção de chefes de serviços de enfermagem de hospitais de diferentes grupos étnicos. Rev. Esc. Enferm. USP, 2001; 35(5): 42-48.
111. HORTA WA. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, 1979.
112. PEREIRA MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 1995: 31.
113. Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
114. Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros hospitalares. [Tese -Livre-Docência] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

115. SPSS. SPSS for the Macintosh [Computer program - Version 15.0]. Chicago: IL Author, 1990.
116. Vieira S. Introdução á Bioestatística. 3ª Ed Revista Ampliada. Rio de Janeiro. Editora Campus,1980.
117. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied. 2002. 80.
118. Lautert L. O desgaste profissional: Estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Revista Gaúcha de Enfermagem 1997;18(2):133-144.
119. Gil-Monte P. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. Revista Eletronica InterAção, 2003. 1 (1): 19-33.
120. Nunes MB, Mauro MY, Cupello A J Estresse como um risco ocupacional em enfermagem psiquiátrica. In: Anais do I Encontro Pan-americano de Ergonomia – X Congresso Brasileiro de Ergonomia. A Ergonomia na Empresa: útil, prática e aplicada. Rio de Janeiro. 2000: 22 – 31.
121. Menegaz FDL. Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [Dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
122. Jodas DA, Haddad MLC. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta Paul Enferm 2009; 22 (2):192-7.
123. Avellar LZ, Iglesias A, Valverde. Sofrimento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. Psicologia em Estudo, Maringá, 2007; 12(3):475-481.
124. Kramer M. Reality shock: Why nurses leave nursing. St. Lonis. Mosby-1.974.
125. Unicovsky MAR. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão do enfermeiro: opinião de enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais e alunos de enfermagem. Porto Alegre: UFRGS, 1993. [Dissertação Mestrado em Educação]: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.

126. Benetti ER, Stumm EMF, Izolan F, Ramos LP, Kirchner RM. Váriáveis de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enferm* 2009 Abr/Jun; 14(2): 269-77.
127. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 2009; 25 (7):1559-1568.
128. Lunardi Filho WL. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000.
129. Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionado ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 2007; 12(1), 79-85.
130. Trindade LL. O estresse Laboral da equipe Saúde da Família implicações para a Saúde do trabalhador. [Dissertação de Mestrado]. Porto alegre: UFRS, 2007.
131. Martinez J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout em personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 71: 293-303, 1997.
132. Schaufe WB, Toppinnen, S., Kalimo, R., & i, Schutte, IN. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory General Survey across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2000; 73:56-66.
133. Schaufeli W, Enzmann D. - The Burnout companion to study & practice. Taylor & Francis, Londres, 2000.
134. Freudenberg, HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974; 30 (1), 159-165.
135. Garcia MSO, Cabeza IG, & Fernandez L M. Burnout em profesionales de salud mental. *Anales de Psiquiatria*, 14(2), 48-5, 1994.
136. Silva DCM, Loureiro MFL, Peres RS. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 2008, 6(1) 39-51.

137. Magalhães RAC, Glina DMR. Prevalence of burnout in public house doctor in São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*. 2006.11(2): 29-35.
138. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev SBPH*. 2005; 8 (2):1-15.
139. Codo, W. Por uma psicologia do trabalho: ensaios recolhidos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
140. Barboza JIRA, Beresin R. Burnout Syndrome in: Nursing undergraduate students. São Paulo: Eisten, 2007; 5 (3) 225-30.
141. Kitze S, Rodrigues AB. Burnout in oncology: a study of nursing professionals. Eisten, São Paulo: 2008; 6 (2):128-33.
142. Hesketh, José Luís. Comportamento organizacional. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1980.
143. Luz, RS. Clima organizacional. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1995.
144. Borges LO, Arlogo JCT, Baker MCS. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicol. Reflex. Crit*. 2006,19(1): 34-43.
145. Fascina LP, Guimarães CPA, Hidaka KS, Mekler PL, Resende F. Avaliação do nível da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da UTI - adulto. *Produção Científica, Hospital Sepaco, São Paulo, 2007: 2-28*.
146. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(2): 204-11.
147. Santos PG, Passos JP. O estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. UNIRIO. Rio de Janeiro; 2 (Ed. Supl.):671-67.

148. Mendes FMP. Síndrome de Burnout em psicólogos. Necessidade de assistência. I Congresso Nacional Constituinte da Psicologia, 1996.
149. Aranda-Beltrán C, Pando M, Salazar-Estrada CMI, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. 2004.
150. Pando MM, Bermúdez D, Aranda BC, Pérez CJ. El síndrome del burnout en los trabajadores de la salud. Salud y Trabajo. 2000: 1,1, 12-15.
151. Chiavenato I. Recursos Humanos. São Paulo: Atlas, 2002.
152. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.
153. Gil Nunes, MB Mauro MYC, Cupello AJ. Promoção da saúde dos profissionais de enfermagem no local do trabalho- estudo em uma unidade de saúde mental. Rio de Janeiro, 2000.
154. Kanaane R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas, 1999.



APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCL

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e Absenteísmo em Profissionais de Enfermagem no Hospital São Luis”. Esta pesquisa faz parte do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB

O objetivo desse projeto é a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da enfermagem, no ano de 2010. A pesquisa será realizada no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, Instituição Pública, e no Hospital São Luis, Instituição Filantrópica, ambos localizado no Município de Cáceres, Estado do Mato Grosso.

A idéia de propor a realização deste estudo, partiu da vivência do dia-a-dia e da preocupação em observar a sobrecarga, física e mental, gerada sobre a equipe de enfermagem que lida com pacientes críticos, resultando em sobrecarga física e mental e as investigações sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem tem sido escassas no Brasil.

Os objetivos específicos do estudo são: Identificar a prevalência de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem por categoria, setor de trabalho, turno, gênero, idade, tempo de trabalho, dia da semana, identificar a prevalência da Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem e Analisar entre os profissionais que apresentam absenteísmo ao trabalho, aqueles com provável diagnóstico de Síndrome de Burnout.

A pesquisa subsidiará aos gestores, argumentos na tomada de decisão, possibilitando ferramentas eficazes para o gerenciamento dos profissionais da enfermagem.

Será aplicado um questionário aos profissionais de Enfermagem e entregue pessoalmente a cada sujeito, as instruções serão dadas face a face, pelo pesquisador. A pesquisa será desenvolvida durante dois meses.

Será aplicada uma entrevista individual, referente à identificação do perfil de cada profissional de Enfermagem.

Você poderá ficar constrangida ou envergonhada (o) para responder determinadas perguntas, mas garantimos que as respostas não são obrigatórias e que a qualquer momento podemos interromper sem prejuízo para você. Não há riscos em você responder esse questionário.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora promete sigilo de todas as informações prestadas por você, bem como da sua identidade. Os resultados desta pesquisa serão enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na UnB (Universidade de Brasília) e a outra será entregue a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não terá nenhuma compensação financeira adicional.

Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília- (61) 3307-3799. CEP- SES/DF, de acordo com a Resolução CNS 196/96 e posteriores. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3307-3799/ cepfs@unb.br.

Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Flávia Maria de França, na Instituição Hospital Regional de Cáceres-MT, telefone: (65) 32210200 ou (65) 3223-6520, no horário das 07:00 às 11:00h e das 13:00 às 19:00h.



APÉNDICE B DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Os questionários, bem como todos os dados referentes à pesquisa serão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos.

Obs. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Cáceres, _____ / _____, _____

Assinatura da Participante

Assinatura do (a) Testemunha

Assinatura da Pesquisadora



APÊNDICE C – DELINEAMENTO DO PERFIL DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

1. Idade ()

2. Gênero:

Feminino

Masculino

3. Categoria profissional:

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

Auxiliar de enfermagem

4. Tempo de formação: _____

5. Setor atual de trabalho:

Clínica Médica Cirúrgica

UTI Neonatal

Clínica Ortopédica

Centro Cirúrgico

Clínica Obstétrica

Central de Materiais e
Especialização

Setor de Trauma e
Emergência

Ambulatório de Especialidades

UTI Adulto

Pediatria

6. Renda Familiar

- até 2 salários mínimos
- até 3 salários mínimos
- até 4 salários mínimos
- até 5 salários mínimos
- até 7 salários mínimos
- até 10 salários mínimos

7. Estado civil

- Solteiro
- Casado
- União Estável
- Outros_____

8. Numero de filhos_____

9. Grau de Escolaridade

- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Superior – Latu sensu
- Superior - Stricto sensu

10. Jornada de Trabalho

- Diarista
- Plantonista

11. Carga Horária semanal

- 24 horas
- 40 horas
- 30 horas

12. Vínculo Empregatício

- Estatutário
- Contrato temporário

13. Quanto tempo trabalha na unidade?

- Menos de seis meses
- Menos de um ano
- Mais de um ano
- Mais de cinco anos
- Mais de 10 anos

14. Tem outro emprego:

- Sim
- Não

ANEXO**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA**

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **052/10**

Título do Projeto: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e absenteísmo em Profissionais de Enfermagem”.

Pesquisadora Responsável: Flavia Maria de França

Data de Entrada: 18/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **052/10** com o título: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e absenteísmo em Profissionais de Enfermagem”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 08 de julho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

**Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos - CEP/FS**

ANEXO B - PROCESSO DE ANÁLISE DE PESQUISA DA EMENDA DO PROJETO

052/10



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **052/10**

Título do Projeto: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e absenteísmo em Profissionais de Enfermagem”.

Pesquisadora Responsável: Flavia Maria de França

Data de Entrada: 18/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR emenda** ao projeto **052/10** com o título: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e absenteísmo em Profissionais de Enfermagem”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 05 de outubro de 2010, com a seguinte especificação:

- A inclusão do Hospital São Luiz no projeto;

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 07 de outubro de 2010.


Prof. Natan Monsore de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO C – TERMO DE CONCORDÂNCIA HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES



GOVERNO DE ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, José Eduardo Barbosa Barros, Diretor Geral do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRAF), estou de acordo com a realização neste serviço da pesquisa: “Estudo sobre Síndrome de Burnout e Absenteísmo em Profissionais de Enfermagem” de responsabilidade da pesquisadora Flávia Maria de França, para Pós-Graduação (Mestrado), após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília do Distrito Federal- CEP- SES/DF.

Cáceres, 30, 03, 2010

DIRETOR GERAL

Dr. José Eduardo Barbosa Barros
Diretor Geral
D.O. 13.04.09 - Ato Nº. 10.695/2009
Hosp. Dr. Antônio Fontes

ANEXO D – TERMO DE CONCORDÂNCIA HOSPITAL SÃO LUIZ



HOSPITAL SÃO LUIZ

Associação Congregação de Santa Catarina

PARECER 02/2010
Gerência de Enfermagem
 Associação Congregação Santa Catarina
 Hospital São Luiz – Cáceres – MT

Parte Interessada: Flávia Maria França
 Mestranda - UNB

Assunto: Projeto de Pesquisa “Estudo sobre Síndrome de Burnout e Absenteísmo em Profissionais de Enfermagem”

Considerando,

- A Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos;
- A relevância da pesquisa para o Hospital São Luiz.

A Gerente de Enfermagem Irene dos Santos Alves, exara **PARECER FAVORÁVEL** ao pedido de Pesquisa intitulada “Estudo sobre Síndrome de Burnout e Absenteísmo em Profissionais de Enfermagem” à Mestranda Flávia Maria França. Solicitando que a mesma disponibilize um impresso do resultado da pesquisa e ainda, que declare oficialmente em Apresentar o resultado da pesquisa aos enfermeiros desta Instituição Hospitalar.

É o PARECER.

Irene dos Santos Alves
 Enfermeira
 COREN-MT 133.289

Irene dos Santos Alves

Idalberto Ferraz, Mestrado
 Diretor Executivo
 A.C.S.C. - Hospital São Luiz

Cáceres-MT, 30 de agosto de 2010.

PRAÇA MAJOR JOÃO CARLOS, 99 - CENTRO - CEP 78200-000 - CÁCERES - MT
 TEL.: (65) 3223-1000 - FAX: (65) 3223-1098

ANEXO E - MASLACH BURNOUT INVENTORY

Prezado (a) Senhor (a)

O presente estudo tem como finalidade acadêmica os seguintes objetivos: verificar a incidência da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem em dois hospitais de médio porte no município de Cáceres.

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se você se sente desta forma com respeito ao seu trabalho. Caso você ache que nunca teve esse sentimento marque 1 (um) no espaço antes da afirmação. Caso tenha esse sentimento, marque o número (de 2 a 5) que melhor descreva com que frequência você se sente desta maneira. Um exemplo é apresentado a seguir.

Frequência: Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3, Frequentemente 4. Sempre 5.

Nº	Maslach <i>Burnout</i> Inventory	1	2	3	4	5
1	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.					
2	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.					
3	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.					
4	Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.					
5	Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.					
6	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço.					
7	Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.					
8	Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.					
9	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do, meu trabalho.					

10	Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.					
11	Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.					
12	Eu me sinto muito cheio de energia.					
13	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.					
14	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.					
15	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.					
16	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.					
17	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.					
18	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.					
19	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.					
20	No meu trabalho, eu me sinto como se tivesse no final do meu limite.					
21	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.					
22	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas					
TOTAL Multiplique o número de X pelo valo da coluna						
Score						

Quadro 1: Variáveis do MBI **Fonte:** Maslach Burnout

FLÁVIA MARIA DE FRANÇA

**ESTUDO SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM DOIS HOSPITAIS DE MÉDIO PORTE NO MUNICÍPIO DE
CÁCERES - MT.**

Brasília – DF

2010

120 p.

França FM. Estudo sobre Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem em dois Hospitais de médio porte n o município de Cáceres -Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado] Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

1. Síndrome Burnout; 2. Equipe de Enfermagem; 3. Unidade de Saúde

CDU

616-083:174

* Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.