



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MONICA EVANGELISTA SILVA**

**FATORES PREDISPOANTES À SÍNDROME DE *BURNOUT* NO  
TRABALHO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Salvador-BA  
2010

**MONICA EVANGELISTA SILVA**

**FATORES PREDISPOANTES À SÍNDROME DE *BURNOUT* NO  
TRABALHO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde..

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Enêde Andrade da Cruz

Salvador-BA  
2010

S586

Silva, Mônica Evangelista

Fatores predisponentes à síndrome de *Burnout* no trabalho em unidade de emergência / Mônica Evangelista. -- Salvador, 2010. 131 f.: il. Color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –  
Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.  
Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Enêde Andrade da Cruz.

1. Enfermagem. 2. Unidade de Emergência.  
3. Enfermeiros (saúde e trabalho). 4. Síndrome de *Burnout*.  
I. Cruz, Enêde Andrade da. II. Título. III. Universidade  
Federal da Bahia.

CDU – 616-083

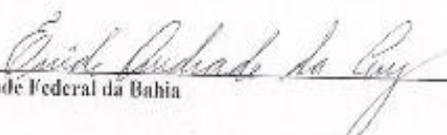
MONICA EVANGELISTA SILVA

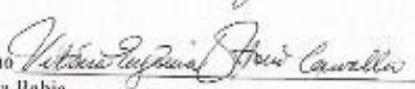
FATORES PREDISPOENTES À SÍNDROME DE *BURNOUT* NO  
TRABALHO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

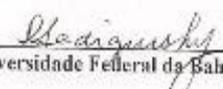
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde..

Aprovada em 26/02/2010

BANCA EXAMINADORA

Enéide Andrade da Cruz   
Professora da Universidade Federal da Bahia

Vitória Eugênia Ottoni Otoni Carvalho   
Professora da Universidade Federal da Bahia

Dora Sadigursky   
Professora da Universidade Federal da Bahia

José Lucimar Tavares   
Professor da Universidade Estadual da Bahia

Dedico este trabalho aos meus queridos e amados pais, a  
minha doce filha Sarah,  
a amigas muito especiais em minha vida,  
Lenora Pons, Celeste Moura, Alba Cerqueira e Lair Chagas,  
fiéis companheiras de jornada e cúmplices no amor  
às Unidades de Emergência.

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa é fruto da minha paixão pelo trabalho em unidade de emergência e do desejo de contribuir para melhor compreensão do que acontece nesse ambiente e, a partir disto, estimular propostas para melhoria das suas condições de trabalho contribuindo para evitar a deserção de bons profissionais a que, freqüentemente, assisti na minha prática profissional.

Para efetivá-la contamos com o indispensável apoio e incentivo de familiares, amigos e colegas, principalmente, dos colegas de luta do meu ambiente de trabalho.

Assim, em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela magia da vida, pela proteção e coragem para superar os desafios para a realização deste ideal.

Às enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de unidade e auxiliares operacionais de serviços gerais parceiros de jornada na unidade de emergência por terem sido minha fonte de inspiração para construção deste trabalho.

À minha querida e competente orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enêde Andrade da Cruz pela paciência em conduzir-me na construção deste trabalho, para o qual sua vasta experiência e conhecimento teórico e prático sobre o trabalho da enfermagem, me estimularam a prosseguir, principalmente nos momentos mais difíceis desse processo. Agradeço o tempo a mim dedicado, o acolhimento em sua residência, assim como seu carinho e de todos os seus familiares.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Lucia Mendonça Lopes, pelas valiosas sugestões e orientações, que muito ajudaram na construção da fundamentação teórica sobre a Síndrome de *Burnout*.

Aos colegas e professoras da Pesquisa Orientada pelas sugestões que ajudaram bastante a clarear o caminho e me estimularam a prosseguir.

Às colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração do Serviço de Enfermagem pelas contribuições durante as discussões após apresentação do projeto.

A gerência de enfermagem das organizações escolhidas que viabilizaram este estudo, abrindo o campo para coleta dos dados.

Às enfermeiras Elizabete do Amor Divino e Rita Palma pelo apoio inestimável na coleta dos dados, junto aos informantes da pesquisa, estimulando a participação dos mesmos.

Às colegas que aceitaram participar deste estudo, agradeço, especialmente pela confiança no potencial do mesmo.

À minha família que, nesses dois anos de curso, muito me ajudou a continuar, principalmente nos momentos de maior desânimo. A amo de paixão.

Assim, compartilho com todas as pessoas que colaboraram de forma direta ou indireta a alegria da conclusão deste estudo.

“A escolha é clara:  
ou não fazemos nada e  
permitimos que um futuro miserável e  
provavelmente catastrófico nos alcance,  
ou usamos nosso conhecimento sobre o  
comportamento  
humano para criar um ambiente social no qual  
poderemos viver vidas produtivas e criativas, e  
fazemos isso, sem pôr em risco as chances de que  
aqueles que se seguirão a nós serão capazes de  
fazer o mesmo”

Skinner (1978, p.66)

SILVA, Monica Evangelista. **Fatores predisponentes à síndrome de *Burnout* no trabalho em Unidade de Emergência.** 2010. f.131. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

## RESUMO

O trabalho em emergência é um grande desafio, que pode produzir estresse e esgotamento pessoal, sofrimento, adoecimento e, conseqüentemente, atitudes negativas derivadas do estresse comum ou já da síndrome de *Burnout*. Buscando analisar os fatores que no trabalho das enfermeiras as predispõe ao desenvolvimento da *Síndrome de Burnout (SB)*, nas unidades de emergência, este estudo é exploratório com abordagem quantitativa, em duas organizações hospitalares de grande porte em Salvador-Ba, uma pública e uma filantrópica que atende, também, à rede privada. Para coleta de dados usou-se um instrumento dividido em três partes: 1) variáveis para caracterização da amostra; 2) Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) para identificação da vulnerabilidade ao estresse e 3) *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para identificar a situação de risco para a síndrome de *Burnout*. Das 60 enfermeiras atuantes nas unidades de emergência escolhidas, 68,3% participaram do estudo, entre julho-agosto de 2009. Para a constituição da base de dados, foi utilizado o Microsoft Access versão 2002. Para análise dos dados utilizou-se o Software STATA versão 8.0. Os gráficos construídos foram gerados por meio do Harvard Graphics versão 98. Entre as informantes, 90,2% feminina, 63,4% na faixa etária de 23-34 anos, jovens, 56,0% solteiras, 63,9% sem filhos, 53,7% com menos de 5 anos de atuação e 80,5% delas, pós-graduadas. As enfermeiras se incomodam, primeiramente, com as situações relacionadas ao fator Infra-estrutura e rotina, que têm nível superior de vulnerabilidade ao estresse; incomodam-se, em seguida, com os fatores Pressão no Trabalho, Clima e funcionamento organizacional, que têm nível médio de vulnerabilidade ao estresse. O resultado do MBI revelou que 36,6% das enfermeiras estão em situação sugestiva de síndrome de *Burnout*, 56,1% em risco moderado e apenas 7,3% em situação de baixo risco para a *SB*. Os fatores referentes ao Clima e funcionamento organizacional e à Pressão no Trabalho são os que apresentaram correlação com a predisposição dessas enfermeiras às situações sugestivas para a síndrome de *Burnout*. Conclui-se, a partir deste estudo, que os fatores estressores do trabalho podem predispor as enfermeiras à Síndrome de *Burnout*. Estas informações favorecem a elaboração de estratégias de gestão de recursos humanos para unidades de emergência, que possam minimizar o impacto dos fatores estressores desse ambiente sobre a equipe que nele atua e, assim, promover a prevenção e intervenção da síndrome de *Burnout*, conseqüentemente favorecendo a melhoria do cuidado aos usuários dos serviços de atendimento em emergência, bem como a melhoria da saúde financeira das organizações e da saúde psicoemocional destas trabalhadoras.

**Descritores:** Enfermagem em Emergência, Trabalho, Síndrome de *Burnout*.

SILVA, Mônica Evangelista. **Predisposing factors to the syndrome of Burnout in the work in unity of emergence.** 2010. f. 131. Dissertation (Master's degree in Nursing)-School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2010

### ABSTRACT

Emergency work is a big challenge, which can produce stress and exhaustion personal suffering, diseases and, consequently, negative attitudes derived from common stress or Syndrome of Burnout. Targeting to analyze the factors that in the work of nurses the predisposes to the development of Syndrome of Burnout (SB), into the emergency units, this study is explorative with quantitative approach in two large hospital organizations in Salvador-BA, a public and a philanthropic, that caters to the private network. To collect data used an instrument divided into three parts: 1) variables for characterization of the sample; (2) Scale of Vulnerability to Stress at work (EVENT) for identification of vulnerability to stress and 3) Maslach Burnout Inventory (MBI) to identify the risk situation for Burnout. Of the 60 nurses engaged in emergency units chosen, 68.3% participated in the study, between July-August 2009. For the database, was employed the Microsoft Access version 2002. For analysis of the data was employed the software STATA version 8.0. Charts constructed were generated through Harvard Graphics version 98. Between informants, 90.2% are female, 63.4% are between 23-34 years old, young, 56.0% are unmarried, 63.9% no have child, 53.7% with less than 5 years of expertise and, 80.5% of them, post graduates. The nurses are unhappy, in first time, with situations concerning at the factor infrastructure and routine, which have higher level of vulnerability to stress; are unhappy, in first time, with situations concerning at the Pressure factors in the work, organizational climate and functioning, which have average level of vulnerability to stress. The result of MBI showed that 36.6% of nurses are suggestive of burnout, 56.1% at moderate risk, and only 7.3% in low risk to SB. The factors relating to climate and organizational functioning and to pressure at work are those that have correlation with the predisposition of nurses to situations suggestive to burnout. It follows from this study, which stress's factors work can getting nurses to Burnout. These information promotes the development of strategies for human resources management for emergency units, which can minimize the impact of stress's factors this environment on the team that it serves and thus promote prevention and intervention of burnout, consequently favoring the improvement of care to users of emergency care services, as well as improving the financial health of organizations and the health psycho-emotional of these workers.

**Descriptors:** Emergency Nursing; Work; Burnout, Professional.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Quadro 1 -</b>	Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e dimensões do MBI das enfermeiras da UEA (n=24), Salvador – Bahia, julho de 2009.....	100
<b>Quadro 2 -</b>	Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e as dimensões do MBI das enfermeiras da UEB (n=17) Salvador – Bahia, julho de 2009....	100
<b>Quadro 3 -</b>	Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e as dimensões do MBI das enfermeiras para as duas unidades de emergência (n=41) Salvador – Bahia, julho de 2009.....	101
<b>Quadro 4 -</b>	Teste de Kruskal Wallis para os valores medianos das dimensões da escala EVENT das enfermeiras para as duas unidades de emergência, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	102
<b>Quadro 5 -</b>	Teste de Kruskal Wallis para os valores medianos das dimensões da escala MBI das enfermeiras para as duas unidades de emergência, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	102
<b>Gráfico 1 -</b>	Distribuição dos valores médios globais e respectivos intervalos de confiança dos fatores da escala EVENT.....	89
<b>Gráfico 2 -</b>	Distribuição dos valores médios globais e respectivos intervalos de confiança das dimensões da escala MBI.....	97
<b>Gráfico 3 -</b>	Distribuição percentual do Indicador de Síndrome de Burnout nos grupos A e B e global.....	103

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1 -</b>	Perfil sócio-demográfico das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	67
<b>Tabela 2 -</b>	Perfil econômico das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	72
<b>Tabela 3 -</b>	Condições de moradia e de vida das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	74
<b>Tabela 4 -</b>	Hábitos de saúde das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	75
<b>Tabela 5 -</b>	Aspectos funcionais das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	77
<b>Tabela 6 -</b>	EVENT FATOR 1 das enfermeiras(os) entrevistadas(os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	84
<b>Tabela 7 -</b>	EVENT FATOR 2 das enfermeiras(os) entrevistadas(os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	85
<b>Tabela 8 -</b>	EVENT FATOR 3 das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	87
<b>Tabela 9 -</b>	Resultados dos valores globais da escala EVENT das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	88
<b>Tabela 10 -</b>	Descrição dos valores da escala EVENT aplicada às enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	88
<b>Tabela 11 -</b>	Exaustão Emocional (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	93
<b>Tabela 12 -</b>	Despersonalização (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	94
<b>Tabela 13 -</b>	Reduzida realização profissional (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	95
<b>Tabela 14 -</b>	Descrição dos valores da escala MBI das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	95
<b>Tabela 15 -</b>	Indicador da síndrome de <i>Burnout</i> nas enfermeiras (os) entrevistadas(os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.....	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID – Código Internacional das Doenças  
DP – Despersonalização  
DP<sub>UEA</sub> – Desvio Padrão Unidade de Emergência A  
DP<sub>UEB</sub> – Desvio Padrão Unidade de Emergência B  
EE – Exaustão Emocional  
EVENT – Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho  
M – Manhã  
MBI - *Maslach Burnout Inventory*  
MT – Manhã e Tarde  
M<sub>UEA</sub> – Média da Unidade de Emergência A  
M<sub>UEB</sub> – Média da Unidade de Emergência B  
NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health  
OCT – Organização Científica do Trabalho  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
rRP – Reduzida Realização Profissional  
SB – Síndrome de *Burnout*  
SN – Serviço Noturno  
T – Tarde  
UEA – Unidade de Emergência A  
UEB – Unidade de Emergência B  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
2.1	O TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO.....	23
2.2	ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	28
2.3	PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	32
2.4	O ESTRESSE.....	38
2.5	A SÍNDROME <i>DE BURNOUT</i> .....	43
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>53</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2	CAMPO DE ESTUDO.....	53
3.3	POPULAÇÃO ALVO.....	54
<b>4</b>	<b>AMOSTRA.....</b>	<b>55</b>
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4.2	INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....	56
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
4.4	TRATAMENTO DOS DADOS.....	63
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
5.1	EXPOSIÇÃO DO PROBLEMA.....	64
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	67
5.3	A VULNERABILIDADE AO ESTRESSE NO TRABALHO DA ENFERMEIRA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	82
5.4	A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E A ENFERMEIRA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	92
5.5	A VULNERABILIDADE AOS FATORES ESTRESSORES DO TRABALHO E A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	99
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE B – Carta ao Comitê de ética.....</b>	<b>126</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento pós-informação.....</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa da organização hospitalar da UEB nº23/2009.....</b>	<b>130</b>
	<b>ANEXO B – Declaração da Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão da organização hospitalar da UEA autorizando o campo para coleta dos dados.....</b>	<b>131</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, deve ser realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade não só do produto, como da vida do trabalhador, no sentido de possibilitar a realização pessoal e social desse, sem prejuízo à sua saúde, integridade física e mental.

Dessa forma, o trabalho exige ações para a segurança e promoção da saúde do trabalhador, que sejam capazes de contemplar a complexidade das relações, multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais para melhorar a produção-consumo-ambiente e saúde. Vez que, esse, como ação humana social compreende a capacidade de o indivíduo produzir e transformar o meio em que vive, bem como a si mesmo.

O modelo capitalista contemporâneo, marcado pela acumulação flexível do capital, onde se contempla a revolução nos conceitos de tempo e distância, da comunicação, da produção e modos de vida, decorrente do crescimento e evolução rápida da tecnologia da informação e da microeletrônica, no mundo do trabalho, promove a reestruturação produtiva. Esta se apresenta como resposta à atual crise de acumulação do capital mundial e é uma realidade adotada em diversos países, inclusive no Brasil, o que tem gerado conflito entre a individualidade e o coletivo, decorrente da competitividade desleal que se estabeleceu como efeito negativo da globalização e do crescimento econômico irracional conduzindo a sociedade atual em direção a um declínio na qualidade de vida. (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

De acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), no processo de interação com a natureza, tendo como mediador a tecnologia, o sujeito, ao tempo em que a modifica, também é modificado por ela. Assim, entre as inúmeras transformações, identificam-se aquelas que têm ocasionado desequilíbrio do processo saúde-doença, dentre eles, o estresse.

A velocidade das modificações do mundo do trabalho tem sido maior que a capacidade de adaptação dos trabalhadores. É neste ambiente que se estabelecem as demandas psicológicas relacionadas ao labor e, o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa (SILVA, 2000). A grande demanda psicológica e os poucos recursos de enfrentamento produzem a percepção do risco de perda de controle (ADÁN, GARCIA, 2003; SILVA, 2007a; ARAÚJO, 1999). E esse desgaste a que as pessoas estão submetidas, permanentemente, nos ambientes e nas relações com o trabalho são fatores

determinantes para o adoecimento biopsicosocioemocional. Os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças (RODRIGUES, GASPARINI, 1992).

Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que 90% da população mundial são afetadas pelo estresse, tomando aspectos de uma epidemia global (CONTRERA-MORENO, MONTEIRO, 2003), que tem sido observada em todas as partes do mundo, como fator causal de mortalidade, morbidade e ruptura na saúde biopsicosocioemocional e bem estar dos trabalhadores.

Esse comprometimento da saúde do trabalhador decorre da inserção do mesmo, no ambiente do trabalho, como destaca Martins (2003, p.56) ao afirmar: "trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação". O trabalho da enfermeira que, como prática social não está isento às novidades introduzidas no mundo do trabalho, constitui-se numa das categoriais mais atingidas pela morbidade promovida pela reengenharia do modelo de produção contemporâneo. (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

Isto porque, ser enfermeira significa ter como agente de trabalho o ser humano, não só como sujeito de ação, mas também, como receptor do cuidado. Há uma estreita ligação entre o trabalho, o trabalhador e o usuário que vivenciam direta e, ininterruptamente, o processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade, dentre outros sentimentos e reações desencadeadas, pelo processo de doença, circunstâncias estressantes, que favorecem aos problemas como: desmotivação, insatisfação profissional, turnover (rotatividade dos funcionários) que conduzem ao absenteísmo e abandono da profissão.

Nessa condição, o Estresse e a Síndrome de *Burnout* (*SB*) nascem no contexto da explosão da produção e do consumo no capitalismo. O Estresse, que pode apresentar aspectos positivos ou negativos, que interfere na vida do indivíduo mas não necessariamente, na relação com o trabalho e *Burnout* - uma síndrome que envolve atitudes e condutas negativas em relação à qualidade do trabalho comprometido pela desatenção e negligência, especialmente pela relação entre o profissional e a pessoa a quem presta atendimento ou serviços, com o distanciamento, falta de empatia e hostilidade evidenciados com os usuários internos e externos, organização e trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Estudar a Síndrome de *Burnout* entre enfermeiras permite a compreensão e elucidação de alguns problemas do seu trabalho, tais como, a insatisfação profissional, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções

em busca de soluções, visto que este trabalho propicia, dado a forma como se organiza, consequências danosas para o funcionamento psíquico destas profissionais.

De acordo com o pensamento de Dejours, o trabalho pode proporcionar vivências de prazer e/ou sofrimento que serão expressos por meio de sintomas específicos relacionados ao contexto sócio-profissional e à própria estrutura de personalidade do trabalhador. (MENDES, 1995)

Assim, entendendo sofrimento como o elaborado por Dejours em um dos seus textos publicados em 1987 (DEJOURS *apud* SELIGMANN - SILVA, 1994) que diz, que,

[...] entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu limite máximo, onde a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento.

Busquei entender esse sofrimento a partir da minha experiência profissional numa unidade de emergência, onde trabalhei por 13 anos, e tive a oportunidade de vivenciar o “limite máximo” da relação Monica – enfermeira - organização do trabalho da enfermagem na unidade de emergência e o sentimento de “bloqueio” que determinou “situações de luta” contra o mesmo.

Inicialmente, quando convidada para a função, coordenar o serviço de enfermagem da emergência, deparei-me com o medo do desafio, por conta de uma experiência negativa no início da profissão, quando tive que assumir uma unidade de emergência para a qual não estava preparada nem profissionalmente (era recém formada) nem emocionalmente (tinha apenas 22 anos) e, naquela época sem muita opção de escolha, vivenciei situações bastante desagradáveis e prometi a mim mesma que nunca mais trabalharia numa unidade de emergência, optando por desenvolver minha carreira em unidade de terapia intensiva.

Contudo, dez anos depois quebrei a promessa. Na época do convite para a coordenação da unidade de emergência, estava cansada e desmotivada em relação ao trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI) não sentia mais entusiasmo e prazer em ir trabalhar na UTI. Então, apesar do registro negativo do início da profissão em relação à emergência, aceitei o desafio acreditando que neste ambiente poderia encontrar o que se perdeu, o prazer no trabalho.

Entretanto, apesar do entusiasmo inicial, dos sonhos de promover mudanças, com o passar dos anos a sensação de “remar contra a maré”, diante da rotina diária em uma unidade

freqüentemente superlotada, recursos insuficientes para o atendimento com segurança dos usuários e da própria equipe, colegas de trabalho desmotivados, o sofrimento do outro, entre outras questões, como a quase inexistente flexibilidade de negociação da organização do trabalho, com protocolos a serem implantados e cumpridos, independente da irracionalidade dos mesmos, e o discurso contraditório da administração que exigia qualidade e economia e no entanto, a prática sempre se configurava num desperdício de recursos de toda a estrutura tanto no que diz respeito à física e material do ambiente como a humana e o ditado “manda quem pode, obedece quem tem juízo” foram exaurindo a minha coragem e entusiasmo para o enfrentamento das situações estressoras característica da unidade de emergência e do modo como se organizava o processo de trabalho.

Assim, essa situação se constituiu em uma provocação para o desenvolvimento deste estudo, na tentativa de compreender os fatores que propiciavam tal sofrimento, interesse, esse, que foi despertado, ocasionalmente, pela leitura de um artigo sobre a *Síndrome de Burnout* e a conseqüente inquietação – será que não apenas eu, mas a equipe da emergência não está sendo vítima da Síndrome de *Burnout*?

Já que, enquanto coordenadora dessa unidade, também, observei tais ocorrências, em alguns membros da equipe e a minha impotência em desenvolver ações que possibilitassem a melhoria das condições de trabalho, com antecedência, para reduzir o desgaste e o sofrimento tão freqüentes, tanto para o trabalhador, como para a organização, traduzido no alto índice de absenteísmo, insatisfação do usuário, além de outros indicadores que comprometem o resultado desejado.

Diante do exposto, questiona-se: Quais os fatores do trabalho da enfermeira em unidades de emergência que podem predispor ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*?

De maneira geral, a Síndrome de *Burnout* desencadeia-se no meio laboral, como resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo conseqüências negativas tanto individuais, como profissionais, familiares e sociais (MENDES, BORGES, FERREIRA, 2002).

Dessa forma pressupõe-se que os fatores estressores do trabalho das enfermeiras em unidades de emergência podem predispor ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Estes são contínuos e tem características semelhantes àquelas do trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tais como: atividades estressoras, demanda acentuada e diferenciada de clientes, condições e dinâmica de trabalho, já identificadas por Silva (2007b) em sua dissertação de mestrado, Trabalho em UTI: Representações sociais de enfermeiras.

Refletindo sobre essas situações, e coadunando com Tamayo e Tróccoli (2002), ao afirmarem que, para estudar a *SB*, é necessário abandonar a visão deste fenômeno ligado às características da personalidade do indivíduo e do seu vínculo profissional com o usuário e tratar o problema como derivado da relação do profissional com o trabalho e com a organização, para buscar a compreensão do que pode predispor as enfermeiras de unidade de emergência ao desenvolvimento desta Síndrome, conduzi este estudo tendo como marco teórico a Psicodinâmica do Trabalho elaborada por Dejours, a qual se propõe a compreender a relação homem-trabalho a partir da análise do sentimento de prazer e sofrimento que este promove e, as estratégias de enfrentamento que são elaboradas pelos trabalhadores no sentido de manter o equilíbrio de seus processos de saúde-doença.

Importante colocar que foi utilizado o termo enfermeiras em todo o corpo do trabalho, contudo, também estão incluídos os enfermeiros. Optamos pelo termo, enfermeiras, em decorrência do sexo feminino constituir maior número em relação ao sexo masculino na categoria estudada.

Neste sentido delimitam-se para este estudo os seguintes objetivos:

### **OBJETIVO GERAL**

- Analisar os fatores do trabalho das enfermeiras, que predis põem ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, nas unidades de emergência de duas organizações hospitalares de grande porte.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sócio demográfico das enfermeiras atuantes nas unidades de emergência, das referidas organizações.
- Identificar a vulnerabilidade das enfermeiras frente aos estressores do trabalho nas unidades de emergência escolhidas utilizando a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT).
- Identificar a situação sugestiva de Síndrome de *Burnout* nas enfermeiras que trabalham nas unidades de emergência escolhidas utilizando o questionário de *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

- Identificar correlação entre a vulnerabilidade das enfermeiras atuantes nas referidas unidades de emergência, frente aos estressores do trabalho e a Síndrome de *Burnout*.

Para o desenvolvimento desta pesquisa tomaremos o significado ampliado do conceito vulnerabilidade, de acordo com Ayres *et al* (1999) *apud* Sánchez e Bertolozzi (2007), referindo que a vulnerabilidade é:

[...] a chance de exposição ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. O indivíduo não prescinde do coletivo, há relação intrínseca entre os mesmos. (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007, p. 3)

Ayres *et al* (1999) *apud* Sánchez e Bertolozzi (2007), sugere que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior susceptibilidade ao adoecimento e, de modo, inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

O modelo proposto por Ayres possui o indivíduo-coletivo como unidade analítica. Para sua operacionalização o autor sugere que este aconteça através de três aspectos, a saber, da Vulnerabilidade Individual, a qual se refere ao nível e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem a respeito dos problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; da Vulnerabilidade Social, a qual analisa as informações obtidas, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participação nas decisões políticas e em instituições; e da Vulnerabilidade Programática, esta, incidindo na avaliação dos programas destinados ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de acordo das instituições, dos recursos, da administração e do acompanhamento dos programas nos diferentes níveis de atenção. (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007)

De acordo com Lorenzo (2006) “vulnerabilidade porta um sentido de susceptibilidade, ou seja, as características que nos deixam aptos a sermos lesados por um evento qualquer, e um sentido de risco, que se reporta à possibilidade de que a trajetória desse evento nos encontre em seu caminho”.

Portanto, a susceptibilidade e o grau de risco não acontecem ao acaso na sociedade e, como consequência, a gravidade da vulnerabilidade não é a mesma entre todos os membros de uma sociedade (GIDDENS, 1994 *apud* LORENZO, 2006).

Assim, ainda de acordo com Lorenzo (2006),

[...] a vulnerabilidade necessita ser entendida a partir das razões históricas que determinam a distribuição social e espacial dos sujeitos e comunidade nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influencia negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde. Como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entendendo aqueles reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde do Brasil: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais.

Portanto, apenas a partir da formulação e implantação de políticas públicas com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais será possível promover a redução da vulnerabilidade em saúde pública. Para tanto é necessário a compreensão das políticas públicas de saúde como o conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todos os seus aspectos (promoção, proteção e recuperação). Sendo necessário para o alcance das mesmas incluir a melhoria dos determinantes e condicionantes de saúde, citados acima. (LORENZO, 2006).

As unidades de emergência se constituem numa importante porta de entrada para o usuário no sistema de saúde, o que se constitui numa utilização indevida dos serviços hospitalares de emergência no nosso meio. Isto ocorre por conta da fragilidade da Atenção Básica de Saúde traduzida na falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar impactando no atendimento das unidades de emergência que passam a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, o que as transforma em depósito dos problemas não resolvidos.

Esse grande acúmulo de usuários nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências. Atualmente, no nosso país, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos acima dos 100%, numero insuficiente de profissionais, muitos sem treinamento ou educação em serviço, excesso de demanda, demanda inadequada, verba insuficiente, gerenciamento precário de recursos, ausência de leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo, constituindo-se dessa forma num ambiente desafiador para obtenção do seu resultado. (O'DWYER *et al*, 2008)

Assim, trabalhar em unidade de emergência representa um grande desafio aos profissionais que ai atuam. Os fatores estressores são intensos e contínuos demandando dos mesmos, além da competência técnica científica uma habilidade relacional bem elaborada de

modo a manter em equilíbrio seu processo saúde-doença, assim como a qualidade do serviço prestado.

Novas visões de mundo podem emergir de estudos dos sistemas sociais que podem conter características dificultadoras ou facilitadoras das interações entre sujeitos sociais e objetos sobre os quais houve exploração ou estudos. Estas visões podem determinar uma reorganização de valores e atitudes e, conseqüentemente, promover mudanças e intervenções na forma de ver e vivenciar o trabalho.

Dessa forma, espera-se que os resultados dessa investigação contribuam para o aprofundamento do conhecimento dos fatores estressores do trabalho das enfermeiras, atuantes nas unidades de emergência, que as tornam vulnerável ao estresse ocupacional e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*; assim como, favoreça o desenvolvimento de estratégias de gestão de recursos humanos, nessas unidades que possibilitem minimizar o impacto dessa síndrome sobre a equipe, através da adoção de ações preventivas, que as instrumentalizem a lidar com os fatores estressores, através da melhoria das condições de trabalho e redução da vulnerabilidade ao estresse, o qual enseja o sofrimento e adoecimento biopsicosocioemocional.

Outra contribuição é a ampliação dos estudos na área de enfermagem em emergência, não só para formação acadêmica, como para atuação profissional nessa área.

Esta pesquisa encontra-se estruturada em quatro sessões. Na primeira foi contextualizado o trabalho apresentando aspectos históricos sobre o mesmo no mundo contemporâneo, o trabalho da enfermagem, o prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras em unidade de emergência, o estresse e a Síndrome de *Burnout* no trabalho da enfermeira de Unidade de Emergência.

Na segunda sessão está abordado o percurso metodológico, no qual se encontra delineado todo o procedimento que envolve desde o tipo e campo de estudo, critérios de seleção da amostra, instrumento utilizado até as etapas de coleta e análise dos dados.

Na terceira sessão são apresentados os resultados detidos na pesquisa: a caracterização do perfil da amostra; a identificação da vulnerabilidade das informantes aos fatores estressores do seu trabalho; a determinação da situação de risco das enfermeiras, deste estudo, para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*; e, a correlação existente entre a vulnerabilidade aos fatores estressores do trabalho, identificados, e a situação de risco para a síndrome de *Burnout* encontrada entre as informantes desta pesquisa. Ao final, realiza-se uma síntese do trabalho nas considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

A relação do trabalho e as conseqüências sobre a saúde dos indivíduos é antiga. Isto pode ser visto no clássico, “Tempos Modernos” de Charlie Chaplin que foca as degradações físicas e mentais provocadas pela implementação do modelo Taylorista/Fordista sobre os trabalhadores; nas pesquisas da Sociologia do Trabalho de Friedmann e Naville, às quais relatam as conseqüências do trabalho na linha de montagem, na França dos anos 50 do século passado e, ainda, mais remotamente, nos estudos de Ramazzinni que foi considerado o fundador da Medicina do Trabalho no século XVIII, que tratam desta questão (MERLO, LAPIS, 2007).

Taylor, nos Estados Unidos a partir de 1895, tinha como finalidade a proposição da Organização Científica do Trabalho (OCT) com base nos estudos de tempo e movimento, no sentido de aumentar a produção, assim, eliminando o “tempo ocioso” e os “movimentos desnecessários”, devendo o trabalhador estar constantemente sob controle e vigilância de supervisores. Tais idéias acentuaram ainda mais a separação entre o trabalho intelectual e o manual no interior do processo produtivo, transformando-se em técnica social de dominação, promovendo a alienação ao separar o saber do fazer (CHIAVENATO, 2001).

Ainda, de acordo com esse autor, na França, em 1916, surge outro conceito de administração liderada por Henri Fayol, que buscava a eficiência das organizações, assim como Taylor, entretanto, cada um enfatiza diferentes modos de gestão do trabalho, ou seja, estrutura e tarefa, respectivamente. As teorias formuladas por estes autores foi o ponto de partida para a Escola Clássica de Administração e seu desenvolvimento.

O “taylorismo” sofre violenta crítica ao privilegiar somente os aspectos formais do trabalho. Este modelo impede a conquista da identidade no trabalho, a qual ocorre, precisamente, no espaço entre trabalho prescrito e trabalho real. A Organização Científica do Trabalho não se limita apenas, à desapropriação do saber, ela inibe, também, qualquer iniciativa de organização e de adaptação ao trabalho, pois, tal adaptação exige uma atividade intelectual e cognitiva, onde, se inclui os aspectos subjetivos e emocionais, não desejados pelo taylorismo, apesar de na prática não desaparecer totalmente (DEJOURS, 1993).

Diante do conflito e na tentativa de resgatar o ser humano no trabalho, a Administração Científica passou por uma revolução conceitual. Os aspectos técnicos e

formais foram substituídos por aspectos psicológicos e sociológicos, priorizando as pessoas e os grupos sociais.

Surge, assim, em 1930, uma nova concepção nos Estados Unidos, pela Escola das Relações Humanas, com o psicólogo Elton Mayo sustentada por teorias psicossociais sobre a conduta humana, visando despertar a motivação para o trabalho, o que diminuiria a rotatividade da mão de obra e, conseqüentemente, haveria o aumento da produção (CARMO, 1992), constituindo-se num movimento que se opõe à Administração Científica.

Entretanto, apesar da crítica à Administração Científica, o modelo taylorista/fordista permanece prevalecendo como modo de organizar o trabalho e a produção nos países capitalistas desenvolvidos até meados dos anos 1970, quando, progressivamente, a “época de ouro” do capitalismo, com crescimento econômico e relativa distribuição de rendas dá sinais de que está chegando ao fim. O modelo de produção em massa exigia crescimento estável em mercados de consumo constantes (MERLO, LAPIS, 2007).

Por conta disto, os países capitalistas vivem um período de crise. Isto é visto nos movimentos estudantis que passam a criticar os valores e o modo de vida prevalecente no sistema capitalista. As lutas dos trabalhadores tornam-se acirradas diante do trabalho parcelado, repetitivo, especializado, com rígida disciplina e severo controle. Associado a isto, os choques do petróleo, o termino da convertibilidade do dólar em ouro e a flutuação das moedas. Como conseqüências de tal cenário, vêem-se a inflação ascendente e a diminuição dos investimentos na produção. Assim, é iniciada a Terceira Revolução Tecnológica tendo como modelo de organização do trabalho a experiência japonesa conhecida como o toyotismo (MERLO, LAPIS, 2007).

Esta nova fase do capitalismo, conforme destaca o autor acima, difunde-se baseada, em uma nova técnica, a microeletrônica, que desenvolve a informática, a robótica e a telemática, conseqüentemente, os mercados e a produção internacionalizam-se, comprometendo a regulação fordista (MERLO, LAPIS, 2007).

Nesse contexto, na virada do século XX para o XXI, o trabalho, está articulado a uma série de alterações das mais diversas ordens. Nestas, fenômenos como a globalização dos mercados, o aumento da competitividade entre países ou empresas, a reestruturação produtiva, as inovações tecnológicas e/ou sócio-organizacionais, a flexibilização das relações de trabalho, dentre outras intensificaram a exploração da força de trabalho e precarizaram o emprego (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Dessa forma, segundo Offe (1989), o trabalho no capitalismo perde seu papel associativo e a proteção política, que mais racionalizado e precarizado deixa de se constituir na categoria sociológica chave.

Ainda, de acordo com esse autor é a partir dos anos 1980 que se observa o acirramento da chamada reestruturação produtiva. Assim, nesse cenário de maior competitividade, as empresas visando à redução dos custos de produção; a maior variabilidade de suas mercadorias; a melhoria da qualidade de seus produtos e serviços e de sua produtividade investe em mudanças de ordem tecnológica e organizacional, que repercutiram negativamente, nas relações e condições de trabalho e, conseqüentemente, na saúde do trabalhador (MERLO, LAPIS, 2007).

Desse modo, as alternativas ao taylorismo-fordismo considerado muito “rígido”, emergiram em várias partes do mundo, mesclando, fundindo-se ou mesmo superando o fordismo que era predominante. Exemplos dessas novas experiências: o modelo sueco, o modelo italiano e o modelo japonês. Sendo que, este último conseguiu maior capacidade de propagação (MERLO, LAPIS, 2007).

Coadunando com o autor acima, Martins (1994 p.124 *apud* NAVARRO; PADILHA, 2007) ressalta que os métodos produtivos japoneses aparecem sempre como:

[...] a materialização de um novo sistema de organização, desenvolvimento e competitividade industrial, como exemplo de modernidade capitalista a ser reproduzido pelas empresas que pretendem chegar à condição de world class company (empresa de categoria mundial). O toyotismo é a marca de um modelo de exploração vendido mundialmente e adaptado a qualquer situação nacional. Na visão dos capitalistas e da maior parte dos pesquisadores, as relações de produção deste modelo japonês são também a própria realização da harmonia entre capital e trabalhador.

Assim, torna-se o sistema Toyota, um conjunto de inovações organizacionais, cuja importância é comparável ao que foram, em suas épocas, as inovações organizacionais trazidas pelo taylorismo e pelo fordismo. Esse método tem como principal objetivo produzir, a baixos custos, pequenas séries de produtos variados. O conceito de economia é indispensável da busca da “redução de efetivos” e da “redução de custos”. Nesse sentido, obviamente, não se pensa nos altos custos psicossociais, da política Toyotista (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Observa-se neste cenário, uma contradição marcante: enquanto parte significativa da classe trabalhadora é penalizada com a falta de trabalho, outros sofrem com seu excesso (MERLO, LAPIS, 2007). Além da precarização das condições de trabalho, da informalização

do emprego e, do recuo da ação sindical crescem, em variadas atividades, os problemas de saúde, relacionados ao trabalho.

A compreensão dessa questão nos remete, à discussão acerca da necessidade de mudanças do processo de trabalho no capitalismo, que expressam a exigência constante, de reprodução ampliada do capital, ao longo de sua história.

Por conta dessas mudanças na estrutura do setor produtivo, as organizações têm se tornado mais complexa com repercussões nas relações de trabalho, implicando maior instabilidade nos empregos e renovando velhas angústias daqueles que trabalham. A lógica de produzir mais, com menos recursos não é nova, porém, sua revalorização é cada vez mais assimilada.

Novos eixos tecnológicos surgem e exigem novos conhecimentos do trabalhador. As organizações passam a requerer um novo tipo de trabalhador, não só com conhecimento tecnocientífico apurado, habilidades técnicas, saúde perfeita, excelência e competência profissional. O saber-fazer formato torna-se pré-requisito, que não dá espaço à criatividade.

Tais demandas incidem particularmente no setor de serviços, face as suas peculiaridades, como o caráter direto do relacionamento do trabalhador com o cliente ou usuário e a diversidade das informações, complexas e necessárias.

De acordo com Pires (1999):

[...] o trabalho em saúde constitui-se num trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. Trata-se de um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de seu desenvolvimento. O produto é indissolúvel do processo que o produz e se traduz na própria realização da atividade. O trabalho em saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação.

O setor de serviços, apesar da diversidade de atividades e de formas de produzir, sofre grande influência da lógica da acumulação de capital, da tecnologia e das formas de organização do trabalho semelhantes à indústria. Assim, sendo os serviços de saúde, parte da totalidade social, do mesmo modo, como foram influenciados pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, também, o estão sendo pelas inovações tecnológicas e organizacionais, do processo recente de reestruturação produtiva (PIRES, 1999).

Nesses serviços, o saber-fazer, torna-se mais evidente em decorrência da ênfase na nobreza da missão dessas organizações e da busca por equacionar preceitos éticos e racionalidade técnica (SANTANA, 1993). Além disso, estes guardam especificidades

relativas ao trato com a dor, ao sofrimento e ao mal estar orgânico, emocional e social das pessoas, tanto da equipe de saúde, quanto, dos usuários. Desta forma requer dos profissionais uma carga adicional de competências interpessoais, além das condições inerentes ao exercício profissional que incluem trabalho em turnos e escalas com fortes pressões externas.

As organizações hospitalares, até hoje, são fortemente influenciadas pelo modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático, tanto, que a organização do trabalho, a divisão parcelar e a fixação do profissional, a uma determinada etapa do processo terapêutico, tendem a produzir a alienação (SANTANA, 1993).

Esse modelo influencia o gerenciamento e administração de recursos humanos em saúde, o que, nas últimas décadas, têm levado as organizações a resultados insatisfatórios e ineficientes, pois, não respondem as necessidades atuais. As mudanças no modelo assistencial, assim como, o uso intensivo de tecnologia de ponta, flexibilização das relações de trabalho e outros exigem um gerenciamento voltado para a realidade atual.

Para a ocorrência de mudança na realidade do trabalho em saúde é necessário a reaproximação dos trabalhadores do resultado de seu trabalho valorizando o orgulho profissional, promovendo assim a possibilidade de realização pessoal no trabalho. Para tanto, as instituições necessitam favorecer mecanismos que permitam a participação dos trabalhadores para efetuar as mudanças. Ou seja, tornar as reinvenções uma possibilidade cotidiana e garantir a participação dos trabalhadores na maioria nos processos e, conseqüentemente, o compromisso desses, com as instituições e com os pacientes/usuários.

Isto porque apesar das transformações no mundo do trabalho, as pessoas continuam ancorando sua existência, na atividade laboral, mesmo, aquelas que se encontra em situação de desemprego. Tal comportamento decorre do trabalho, não ser apenas meio de satisfação das necessidades básicas, mas, fonte de identificação e auto-estima; de desenvolvimento das potencialidades humanas; meio para alcançar sentimento de participação, nos objetivos da sociedade (NAVARRO; PADILHA, 2007).

De acordo com Navarro, Padilha (2007):

A história da organização do trabalho é a história do desenvolvimento tecnológico em favor da acumulação capitalista, ao mesmo tempo, em que é a história do sofrimento dos trabalhadores. Assim, mesmo os avanços científicos ocorridos em nome do progresso não conseguiram eliminar as formas de exploração física e psíquica dos trabalhadores. Nas fabricas ou fora delas, as técnicas de organização da produção e do trabalho, baseadas nos princípios taylorista, fordista e toyotista só fizeram aumentar estas formas de exploração e sofrimento.

## 2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem, antes da institucionalização da profissão, passou por várias fases. Na época a.C., assistir às pessoas doentes era trabalho de feiticeiros e de mulheres, não sendo considerada uma atividade digna. Na Roma antiga, apenas os estrangeiros ou escravos o realizavam.

Segundo Oguisso, 2005, no primeiro milênio do cristianismo não existiram tentativas de organizar o trabalho da enfermagem. As(os) religiosas(os) assumiram este trabalho, na época da Idade Média, principalmente com a organização das cruzadas, expedições militares a serviço da Igreja (MELO, 1986), promovendo forte influência na gênese da enfermagem.

A rígida hierarquia e disciplina existente na vida militar e mesmo na clerical e religiosa, são em muito assimiladas pelos pioneiros para moldar a formação dos primeiros enfermeiros. Durante este período a ação do cuidar era exercida praticamente pelos homens e as ordens militares com monges enfermeiros caracterizavam a enfermagem como atividade masculina.

Nesse período a religião cristã na alta Idade Média era o alicerce cultural principal, constituindo-se em um dos fundamentos do feudalismo e, conseqüentemente, influenciando as formas de organização da enfermagem (SILVA, 1986). Segundo esta autora o monopólio do conhecimento pertencia aos mosteiros, que dominavam a educação, principalmente a gramática, retórica, lógica, aritmética, geometria, astronomia e música.

O surgimento de hospitais, no século XIII, e das ordens seculares introduziu a enfermagem nos hospitais, pelas religiosas, cujo trabalho era revestido da filosofia de amor ao próximo. Neste contexto, a atividade da enfermagem era muito simples. Consistia em atender as necessidades fisiológicas do doente, ministrar medicamentos, fazer curativos e cuidar da higiene. As práticas se baseavam em conceitos bem diferentes do que se conhece hoje. A história evidencia uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, a mercê, exclusivamente do empirismo das mães de família, dos monges ou dos escravos, detentores somente de um saber do senso comum, e destituída de qualquer conhecimento especializado próprio da enfermagem (GOMES *et al.*, 1997; SILVA, 1986).

A este trabalho manual, não especializado, sem quaisquer conhecimentos, desprovido do poder e prestígio, e sobretudo a cargo das mulheres, escravas (os) e religiosas (os), embora imprescindível, era identificado como tarefa doméstica e, portanto, fora da esfera das trocas

econômicas. Realizado basicamente por mulheres, este trabalho reflete a ideologia de uma sociedade, em que o trabalho manual era desprezado e, assim, relegado às categorias inferiores (ALMEIDA, ROCHA, 1997; MELO, 1986).

Molina (1973) e Rosen (1980), destacam que a enfermagem profissional e o trabalho desta categoria têm origem como um serviço organizado nos primórdios do cristianismo na França, séc. XVII, através da ordem fundada por Louise de Marillac (1591-1660), inspirado por São Vicente de Paula considerado o verdadeiro precursor da enfermagem moderna. As escolas de parteiras em várias cidades européias e escolas de enfermagem são abertas em várias cidades européias a todos que quisessem se instruir a respeito do trabalho de cuidar dos doentes.

Assim, em meados do séc. XVIII, a prática médica em nada se constituía a ser uma medicina hospitalar (FOUCAULT, 1979 *apud* ALMEIDA, ROCHA 1997). A formação médica não se incluía nenhuma experiência no hospital e, sua prática limitava-se à observação do doente e do curso da doença, no sentido de favorecer a ação da natureza sobre esta. Nada permitia à prática médica a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização hospitalar permitia a intervenção da medicina.

A data de nascimento da medicina moderna, segundo Foucault, foi em torno dos últimos anos do século XVIII, mas precisamente 1793, quando a observação ao leito se torna parte essencial dessa nova ciência organizada em torno da clínica, que renascia na França (OGUISSO, 2005).

Dessa forma, a prática da enfermagem, até este momento histórico, onde o hospital não era considerado local de cura, era, por sua vez, independente da prática médica, e suas ações se destinavam a procedimentos de cuidados para o conforto da alma do doente. Enfermagem e medicina, portanto, permanece como trabalhos independentes, até meados do séc. XIX, quando o modelo tecnológico de saúde individual começa a se organizar (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Portanto, para dar conta de acompanhar a transformação do hospital e do saber médico, a enfermagem, antes independente das práticas médicas se encontram, num espaço onde a organização ainda é confusa.

Assim, em certa medida, a enfermagem abandona a finalidade de assistência religiosa e passa a ter suas atividades também direcionadas ao cuidado do corpo, com o objetivo de favorecer a cura.

Com as grandes descobertas do século XIX, referentes ao domínio da física e da química, a ciência médica progride. Dessa forma, o hospital como o local dos excluídos da

ordem pública, assim como dos pobres e desamparados, enseja a observação e a experimentação dos novos conhecimentos e instrumentos para estudar, explorar e tratar o corpo humano. O movimento social de transformação do hospital em local de cura que toma o corpo doente enquanto objeto de trabalho do médico em resposta as novas necessidades sociais emergidas a partir do capitalismo, institucionalizam a enfermagem (ALMEIDA, ROCHA, YAZLLE, 1986).

Neste cenário, o médico como agente no modelo clínico, que histórica e socialmente preside este processo, é o proprietário das condições do processo para fazer o diagnóstico e a terapêutica. Em consequência a complexidade do conhecimento e a ampliação da infraestrutura institucional, outros trabalhadores foram se agregando e transformando o trabalho em coletivo, vez que o médico passa a não mais dá conta de todo o processo (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

O trabalho, assim como, o trabalho na saúde, se separa do momento da execução, ocorrendo à divisão deste, em momentos intelectuais e nos mais manuais.

Segundo, Almeida e Rocha (1997) a enfermagem no modelo clínico de saúde é parte desse processo, é parte do trabalho médico. Sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. Além do cuidar, outro tipo de atividade resultante do momento histórico e social é o administrar que não é realizado por todas as categorias de enfermagem e sim pela enfermeira.

Ainda de acordo com as autoras, além do modelo clínico emerge com o capitalismo para atender a necessidade de cuidar da força de trabalho, o modelo coletivo. É necessário controlar a ocorrência a escassez da força de trabalho, e a saúde foi um dos mecanismos para possibilitar o projeto maior e assim cuidar da força de trabalho que morria em decorrência das epidemias que assolavam os países, por conta das grandes transformações ocorridas na Europa Ocidental nos séculos XVII, XVIII e XIX (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Nesse modelo coletivo, a concepção da doença não é o fenômeno individual centrado no corpo do doente, mas a concepção da doença como fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como um dos saberes fundamentais (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Desenvolve-se na Alemanha, França e Inglaterra o movimento de medicina social que utiliza instrumentos próprios a este recorte da doença visando o controle desta na população. Os instrumentos foram: o saneamento, a higiene social, a policia médica, a quarentena, as estatísticas de mortalidade, entre outros (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Ainda, de acordo com Almeida e Rocha (1997), a enfermagem como parcela do trabalho em saúde, também está presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo.

É, portanto, um instrumento de trabalho, não mais do trabalho médico, e sim um dos instrumentos da saúde coletiva.

A prática da enfermagem subordinada às regras, às normas e às ordens do modelo biomédico, implicando uma divisão entre as profissões, acrescida ainda, da divisão no interior do trabalho, é promovida por Nightingale quando institui duas categorias: a lady-nurse e nurse, evidenciando-se, dessa forma, uma clara distinção entre o saber e o fazer da profissão, favorecendo alguns entraves de ordem sociológica, ou seja, a divisão social de classes, divisão social do trabalho, divisão técnica do trabalho, aspecto cotidiano e conflitante destas profissionais (MELO, 1986).

Ainda de acordo, com a autora acima, Nightingale conduziu o preparo das jovens sob princípios rígidos, desenhando para o futuro, o perfil representado pelas concepções próprias da precursora da enfermagem, a exemplo da conduta pessoal, postura, hábitos comportamentais, vestuário entre outros. Além disso, exigiu que a direção da escola fosse da exclusividade das enfermeiras e que a escola deveria ter autonomia financeira e pedagógica. Nessa escola, o preparo era direcionado a duas categorias citadas: nurses e ladies nurses. Onde as primeiras tinham um preparo mais qualificado para o exercício da supervisão, administração e ensino.

No Brasil Colônia e Imperial, Silva (1986) aponta que a enfermagem se apresentava como um conjunto de práticas rudimentares a cargo de escravos, mães de família, religiosas (os), mesclado com feiticeiras (os). Esse aspecto evidenciava o vínculo do trabalho da enfermagem com os aspectos religiosos, repetindo, o modelo europeu, que traz a religiosidade consubstanciada em princípios éticos, disciplina normativa e com um saber empírico expressivo.

Assim, ao imitar esse modelo, o trabalho da enfermagem, no nosso país, nasce dividida, hierarquizada internamente, com predomínio de trabalhadoras (es) com pouco saber, o que a tornava menos onerosa e de pouco valor social (SILVA, 2007).

Os princípios nightingalianos de formação para o trabalho da enfermagem foram difundidos pelo mundo, alcançando outros países, dentre esses os Estados Unidos da América, entre os anos de 1873/1875. Para o Brasil, foram trazidas enfermeiras americanas, com a finalidade de organizar e instalar a primeira Escola de Enfermagem. Fato este que determinou uma nova fase da enfermagem no país (MELO, 1986).

O trabalho da enfermagem se reproduz em termos de organização, o modo de produção capitalista, reforçando ainda mais essa divisão no início do século XX, quando da organização científica de seus princípios fundamentados nas teorias de Taylor, Fayol e Mayo.

Taylor e Fayol tiveram terreno fértil nas profissões de saúde e especificamente na Enfermagem até meados da década de 40, entretanto a partir da década de 50, a Escola das Relações Humanas de Elton Mayo, começa a despertar o interesse.

Esta influencia fortemente a enfermagem, já que defendia a idéia de que produtividade, harmonia e bem estar estão relacionadas diretamente à valorização e a satisfação no trabalho (ALMEIDA, ROCHA, YAZLLE, 1986).

Entender a enfermagem como profissão é compreender que ela está vinculada, historicamente, ao progresso e a prática da medicina, a evolução dos hospitais e, indiretamente, à ocorrência da Revolução Industrial e da emancipação feminina (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Assim, a enfermagem ainda luta em busca da sua identidade, existe uma contradição entre o seu objeto de trabalho que se constitui no cuidado e o modelo econômico capitalista, onde a subjetividade deve ser ignorada em nome da objetividade do resultado – o lucro. Romper com essas amarras impostas por essa sociedade constitui-se no desafio para a sobrevivência desta categoria como profissão.

### 2.3 PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO

Em 1987, na França, Dejours desenvolve estudos que criticam o modelo taylorista demonstrando que a organização do trabalho é a responsável pelos resultados penosos ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador. Afirma que as vivências de prazer e/ou sofrimento são expressas através de sintomas específicos relacionados ao contexto sócio-profissional e a própria estrutura de personalidade dos trabalhadores (MENDES, 1995).

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora (DEJOURS, 1987 *apud* MENDES, 1995, p.34)

A sistematização dos conceitos utilizados por Dejours apóia-se “na teoria psicanalista do sujeito, a psicopatologia do trabalho que é sempre intersubjetiva, uma vez que privilegia as relações com outros sujeitos e com os coletivos” (OLIVEIRA, MOREIRA, 2006).

*Psico* se refere ao psiquismo e tem sua origem do termo grego *psýhein* (soprar, respirar). Significa sopro ou princípio vital. *Psiqué* significa a alma individual personificada e psíquico é o que diz respeito às “coisas da alma”. Logos que vem de logia o qual porta o significado de estudo, pensamento, discurso, razão e se refere à ciência ou estudo sobre algo, ou seja, ciência dos fenômenos patológicos do psiquismo. *Páthos* tem o sentido etimológico de passividade e sofrimento, entretanto, também é sinônimo de paixão e significa muito mais que doença (PEREIRA, 2010).

Os seres humanos são racionais e passionais. A redução do psiquismo, na história do pensamento humano, à sua parte racional, acabou ligando a parte não racional ao errado ou doente. As manifestações ditas patológicas não se restringem ao desequilibrado ou à doença, mesmo que *páthos* porte uma idéia de passividade (PEREIRA, 2010).

Pereira (2010) adverte que “estudar o psiquismo ligado ao *páthos* requer que se pergunte sobre os movimentos e alterações desse psiquismo, sobre as suas relações com o mundo e com os outros, as suas manifestações afetivas, perturbações, confusões e desmedidas, as suas maneiras de adoecer, os seus prazeres e sofrimentos e os seus desejos, impulsos, tendências e apetites”.

A visão dejouriana toma o sofrimento do trabalhador, a partir da perspectiva psicanalista de Freud onde o *páthos* humano não é mais entendido como no âmbito do “doente”, mas como uma expressão da irredutibilidade de nossos desejos e conflitos inconscientes (PEREIRA, 2010).

Freud não negava a importância dos fatores biológicos em sua produção, mas insistia sobre o fato de que o *páthos* – simultaneamente paixão, passividade e sofrimento – se coloca na perspectiva das fantasias carregadas de desejo, de sua relação com o laço social e, portanto, de sua inscrição no campo da ética (PEREIRA, 2010, p. 45).

Para Freud, as atividades do homem possuem dois sentidos – a busca de ausência de sofrimento e desprazer, e de experiência intensa de prazer.

Por conta da contrariedade imposta pela civilização, o prazer se torna uma manifestação episódica relacionada à satisfação das necessidades representadas em alto grau pelos sujeitos. O sofrimento se caracterizaria, por outro lado, pelas sensações desagradáveis provenientes da não satisfação dessas necessidades. Sendo essas necessidades de origem inconsciente e relacionadas aos desejos mais profundos dos sujeitos são reveladas, muitas vezes, ao consciente em forma de projetos e expectativas de vida (MENDES, 1995).

Para Freud (1930) *apud* Mendes (1995), o sofrimento é originado nas relações que o sujeito estabelece com a realidade exterior. Ele considerava que o sofrimento ameaçava o sujeito em três direções: a do próprio corpo, do mundo externo e dos relacionamentos com os outros.

Portanto, sendo o trabalho, algo externo ao sujeito e do seu próprio corpo e relações sociais, este representa uma fonte de prazer ou sofrimento, a partir das condições externas oferecidas que atendam ou não à satisfação dos desejos inconscientes (MENDES, 1995).

Inicialmente a Psicopatologia do Trabalho abordava a relação do homem-trabalho a partir de um “modelo casualista emprestado da patologia somática de origem profissional” (MENDES, 1995).

A partir da perspectiva acima Dejours (1987), considerava que o sofrimento possuía uma dimensão dinâmica que implicava num estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurravam em direção à doença mental.

[...] o sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa [...] a certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento. (MERLO, ALMEIDA, 2008 *apud* DEJOURS, 1987, p. 52).

Entretanto, na medida em que os estudos avançaram, “os resultados não evidenciavam doenças mentais específicas, mas comportamentos estranhos, insólitos e paradoxais [...]”, conduzindo os pesquisadores “[...] a renunciar à idéia de que o comportamento dos trabalhadores fosse determinado pela própria vontade ou pela força das pressões da situação” (DEJOURS, ABDOUCHELI, 2007).

Nos anos 90, Dejours abandona o termo psicopatologia do trabalho e adota a denominação Psicodinâmica do Trabalho, para os estudos da relação homem-trabalho, os pesquisadores não mais observam ou descrevem as doenças mentais do trabalho, o foco está em considerar que, “em geral, os trabalhadores não se tornam doentes mentais”. A psicodinâmica do trabalho “toma como objeto de estudo o sofrimento no trabalho” (DEJOURS, ABDOUCHELI, 2007), onde o trabalho e a forma como se organiza pode se constituir em fonte de prazer e de sofrimento, e que tal fato, pode apresentar-se de forma ambígua.

[...] a organização do trabalho é caracterizada pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico, pelos mecanismos de mobilização subjetiva, com participação ativa do trabalhador frente às imposições e a capacidade de transformar de fato as situações de trabalho, no sentido que possam trazer benefícios para saúde mental (MENDES, 1995).

Dessa forma, para os adeptos dessa teoria, a busca do prazer no trabalho e a fuga do desprazer se constituem em um desejo permanente para o trabalhador em face das exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (MENDES, 1995).

O trabalho das enfermeiras em unidades de emergência, constituído de uma luta diária contra a morte, exige esforços e competências da equipe para que a vida vença, tudo deve acontecer harmoniosamente, tanto no processo de trabalho integrado da equipe, quanto na existência de materiais e equipamentos adequados, visando segurança e bem estar do usuário e da equipe; entretanto, a forma como se dá a organização desse trabalho, muitas vezes, se oferece condições contrárias a este propósito. Tal situação promove o desprazer, o que se expressa numa vivência de sofrimento, com sintomas específicos, transformando esta atividade em necessidade de sobrevivência, no lugar de fonte sublimatória de prazer.

De acordo com as pesquisas de Dejours, o trabalho, também pode ser fonte de prazer e, conseqüentemente, permitir a “emancipação, o aprendizado e a experimentação da solidariedade e da democracia” (DEJOURS, 1999, p.141). Como, da mesma forma, ser “um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicização do sujeito” (DEJOURS, ABDOUCHELI, 2007, p.143).

Desta forma, ainda de acordo com Dejours, a organização do trabalho sendo resultado de um processo intersubjetivo, no qual se encontram envolvidos diferentes sujeitos em interação com uma dada realidade está implícita uma dinâmica de interações própria às situações de trabalho, enquanto, lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais (DEJOURS, ABDOUCHELI, 2007).

A psicopatologia do trabalho é intersubjetiva por privilegiar as relações com outros sujeitos e com os coletivos. O trabalho não se constitui unicamente da técnica, unicamente do cognitivo ou unicamente do físico. As pressões técnicas são sujeitas a um contexto intersubjetivo sempre secundária e mediatizada pelas relações: hierárquicas, de solidariedade, de subordinação, de formação, de reconhecimento, de luta e de conflitos. Portanto, a intersubjetividade é sobredeterminada pelas relações sociais de trabalho. Assim, a psicopatologia do trabalho possui a tendência de observar sobretudo os compromissos de uma propensão decisiva entre concepção e reconcepção da organização do trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI, 2007; DEJOURS, 1994 *apud* OLIVEIRA, MOREIRA, 2006).

Desse modo, a influência positiva ou negativa, no funcionamento psíquico dos trabalhadores, depende do confronto entre as características de personalidade e a margem de liberdade admitida pelo modelo de organização vigente, que permite ou não a transformação da realidade do trabalho. De acordo com Mendes (1995) “o modelo de organização do trabalho prescrito pela organização, como as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho têm papel fundamental na determinação de vivências de prazer, com conseqüências para a produtividade”.

Segundo a concepção dejouriana, o aumento do sofrimento está relacionado à rigidez da organização do trabalho, ou seja, quanto menos legível é o trabalho ao indivíduo, mais difícil de modificá-lo. A existência de normas e estruturas rígidas que castrem a liberdade do exercício de alguma autonomia, característica da forma de organização do trabalho das enfermeiras, freqüentemente torna-se fatores de sofrimento (ALMEIDA, MERLO, 2008).

As enfermeiras de unidade de emergência vivem expostas a situações de tensão que afeta não só a produtividade, mas também a sua satisfação em relação à organização. Essa sobrecarga de papéis percebidos, pelas mesmas, através das demandas de atenção e rendimentos são maiores do que sua capacidade e tempo para atendê-las. Constituindo-se, assim, uma estreita relação entre a sobrecarga de trabalho e a insatisfação em relação a ele.

Do mesmo modo, o conflito e a ambigüidade de papéis decorrente de uma posição hierárquica intermediária, uma posição de conflito entre seus superiores e seus subordinados, tendo que lidar com os limites de seu poder, constitui-se em outra fonte de tensão ligada ao papel da enfermeira no âmbito da organização do seu processo de trabalho.

Assim, além da insatisfação quanto ao conteúdo do trabalho e à impossibilidade de exercer certa autonomia para adaptá-la, outros fatores, como as relações sociais inerentes ao trabalho traduzidas por um ambiente hostil e relações carentes de cooperação são destacados por Dejours (1999) *apud* Almeida e Merlo (2008) como sendo capazes de desencadear processos de sofrimento.

A falta de reconhecimento se constitui em outro fator que exerce forte influência no processo de sofrimento dessas trabalhadoras(es). Grande parte dos profissionais empenha-se em empregar esforço e dedicação em sua atividade de trabalho e esperam o reconhecimento por tal empenho, bem como pelo resultado de seu trabalho. Contudo, raramente este reconhecimento é conferido de modo satisfatório. De acordo com Dejours,

O reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da

inteligência e da personalidade no trabalho (o que é classicamente designado em psicologia pela expressão “motivação no trabalho”) (DEJOURS, 1999, p. 35).

Entretanto, na interação entre a história particular de cada sujeito e a organização do trabalho, inevitavelmente, surgirão conflito. Dejourns e Abdoucheli (2007) advertem que encontrar apenas o prazer, e fugir completamente do sofrimento no trabalho é uma proposta inatingível.

Então, de acordo com a visão dejouriana, a questão a se pensar na relação trabalho-sofrimento está em se saber qual trabalho se quer na manutenção do bem estar e da saúde. A partir desta perspectiva, o trabalho ideal seria aquele que permitisse “empregar as aptidões psíquicas e descarregar a carga (energia) psíquica – algo que soa próximo ao conceito de autonomia” (ALMEIDA; MERLO, 2008).

Para ajudar num melhor entendimento do sofrimento vivenciado pelas enfermeiras de unidade de emergência diante de um trabalho complexo e das exigências que dele demandam se requer citar a discussão de Canguilhem (1995) a respeito do normal e do patológico. Para o referido estudioso a normalidade estaria relacionada à capacidade do indivíduo de impedir a doença, a qual não ocorre sem a presença do sofrimento, Moreira e Oliveira (2006) re-significa o que foi exposto por Canguilhem (1995), afirmando que “o sofrimento pode ser entendido, no âmbito da normalidade, como a capacidade do indivíduo reagir diante da dor e às demandas do trabalho”.

A enfermagem, apesar do movimento de busca de sua identidade sofre, ainda, desde a sua formação, forte influência do modelo da Administração Clássica e do modelo burocrático, quando ainda vivencia na organização do seu trabalho, a divisão parcelar e a fixação do profissional a uma determinada etapa do processo de assistência de enfermagem (enfermeiras – técnicos de enfermagem) o que tende a produzir a alienação dos seus integrantes, e dessa forma, constituindo-se em técnica social de dominação.

Dejourns (1996) afirma que a qualidade do trabalho é uma condição de prazer, da saúde mental e da identidade singular. Contudo, estas estão na dependência da construção de espaços públicos e coletivos na organização, espaços que ensejem a cooperação, os debates que envolvam o cotidiano da organização e das vivências no interior do local de trabalho. Tal conduta favorece ações contrárias ao individualismo e à negligência nas organizações (OLIVEIRA, MOREIRA, 2006).

O significado válido ao sofrimento no trabalho é fruto do fortalecimento da identidade que acontece, a partir da prática do reconhecimento do trabalho, ao conferir sentido aos desconfortos gerados pelo mesmo e, se constitui em retorno ao investimento subjetivo

empregado na atividade, o qual se dá, na maioria das vezes, no emprego da criatividade na solução de problemas, quando isso é permitido e reconhecido (ALMEIDA, MERLO, 2008).

Assim, sendo o ser humano, um ser do mundo e, como tal, sujeito às paixões e inserido em uma dimensão histórica, esse Ser do mundo, do conflito e da escolha, da liberdade e do limite, precisa exercitar a arte da política, da negociação, para manter-se no equilíbrio saúde-doença, no mundo do trabalho, que é um desafio diário dos profissionais, que atuam nas unidades de emergência.

## 2.4 O ESTRESSE

Diversas são as definições deste construto, a maioria deles enfoca a relação entre demandas e capacidades de enfrentamento.

O estresse pode ser considerado um processo psicofisiológico normal e está presente na vida do homem contemporâneo e, de maneira especial, nos trabalhadores que executam atividade de risco, constituindo-se nos dias atuais um problema de saúde pública.

O termo estresse foi aportuguesado da palavra inglesa “stress” e utilizado pela engenharia para referir o efeito de forças físicas aplicadas sobre estruturas mecânicas.

Os fisiologistas, Claude Bernard (1879), no século XIX demonstrou a necessidade que todo ser vivo tem de manter a constância do equilíbrio interno para manutenção da vida, independente do meio ambiente (SELYE, 1956, 1965; BIANCHI, 1999; BRUNNER, SUDDARTH, 2002); e, Cannon em 1939 que definiu homeostase como estado de equilíbrio interno do organismo, conseguido através de processos fisiológicos para mantê-lo, influenciaram um dos principais percussor e pesquisador do termo estresse na Medicina, Hans Selye (1907-1982).

Para ele, o corpo possui mecanismos específicos para sua auto-recuperação quando da sua exposição a diferentes patogenias. Selye (1965) definiu o estresse como:

O estado manifestado por uma síndrome específica que consiste em todas as mudanças não específicas induzidas dentro de um sistema biológico. (SELYE, 1965: 54)

Ele sistematiza sua teoria sobre a síndrome do estresse, com a formulação do conceito General Adaption Syndrome, resultando em seu primeiro artigo, o que lhe rendeu violentas críticas, sem, que, nem por isto, desistisse de seus estudos (SELYE, 1936, 1956).

Ao definir o estresse, Selye (1965), o associa a Síndrome de Adaptação Geral e o concebe como consequência de uma demanda superior ao que o corpo permite, levando a resultados cognitivos e somáticos (BELANCIERI, 2005).

Posteriormente, Vasconcelos, Lipp e França, a partir da teoria de Selye, definem o estresse, construindo um conceito mais abrangente, ampliando a perspectiva biológica deste para uma perspectiva biopsicossocial, na qual se observa uma interdependência entre as dimensões biológicas, psicológica e social do ser humano, implicando numa relação interativa entre o indivíduo e o contexto em que está inserido (*apud* BELANCIERI, 2005).

Nessa mesma linha de pensamento, estudiosos como, Lazarus se refere ao construto em termos de um processo que ocorreria quando as demandas do ambiente superassem os recursos de ajustamento do indivíduo; Haan, o compreende como um conjunto de eventos bons ou ruins, que ocasionaria efeitos adversos em pessoas mais vulneráveis (*apud* SISTO *et al*, 2006).

Do mesmo modo, Eriksen, Holger(1999), Olff, Brosschart, Godaert (1993) e Shuval (1982) (*apud* SISTO *et al*, 2006) defendem a concepção de que o estresse ocorre a partir do momento que situações adversas abalam as pessoas, que não possuem estratégias de enfrentamento adequadas para solucioná-las.

Já Vasconcelos (1992) estabelece uma relação direta entre o estresse e determinadas enfermidades, através da abordagem conhecida como teoria da integração, a qual considera tanto as reações neuroendócrinas, como os processos psicológicos no surgimento e administração das emoções (BELANCIERI, 2005).

Belancieri (2005), Lipp (1996, 2000), estudiosas do assunto, definem o estresse utilizando uma abordagem cognitiva comportamental, como uma resposta do organismo com componentes físicos e psicológicos, causadas pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações que, de um modo ou de outro, o irrite, amedronte, excite ou confunda.

Embora exista uma ampla divulgação do termo estresse, observa-se que ainda não existe um consenso acerca da definição deste. Algumas vezes definido com base nos estímulos que ameaçam ou desafiam o organismo; outras entendidas em razão das respostas do organismo aos estímulos ameaçadores.

Optaremos, neste estudo, utilizar o conceito de estresse como um processo biopsicosocial normal, no qual, diante de um estímulo (evento estressor) desencadeia-se um processo psicofisiológico (estresse), em que o organismo responde (reações de estresse), quer seja através de manifestações adaptativas ou patológicas.

No ambiente hospitalar, o trabalho é considerado rico, estimulante e heterogêneo por aqueles que fazem deste espaço seu ambiente de labor. Entretanto, abarca, simultaneamente, atividades insalubres, penosas e difíceis para todos os trabalhadores, dentre os quais destacamos as(os) enfermeiras(os).

O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), em estudo sobre saúde mental, revelou que entre as 130 ocupações estudadas a enfermagem ocupava o 27º lugar, entre aquelas de alto estresse quando considerado problemas de saúde mental relacionados à ocupação (ARAÚJO, 1999).

As enfermeiras, responsáveis pelo cuidado da saúde e que vivem com o organismo sob a pressão de agentes estressores contínuos, estabelecerem como forma de preservar a própria sobrevivência psicológica, estratégias para evitar a exposição das suas emoções. Esse sistema defensivo que garante o equilíbrio do organismo funciona com a demanda de uma grande quantidade de energia psíquica.

Assim, quando os recursos de adaptação desse organismo não conseguem atender as exigências que lhe são feitas para o desenvolvimento do seu trabalho, submetido à pressão organizacional, o estresse profissional poderá ocorrer (LOVALLO, 1997; LIPP, 1996, 1998a, 1998b, 2003; MASLACH e LEITER, 1999; RANGÉ, 2003 e SCHAUFELI e BUUNK, 2003 *apud* CARDOSO 2004).

As pessoas experimentam níveis diferentes de estresse, em diferentes situações. Assim, algumas exigências, às quais o indivíduo fica exposto, têm sua origem em fontes externas, provenientes das relações construídas no meio social, enquanto outras exigências “promanam da atividade interior dos tecidos” (LAZARUS, 1969:17 *apud* CARDOSO 2004).

As exigências provenientes de fontes ambientais, às quais as enfermeiras de unidade de emergência, encontram-se submetidas, no cotidiano do seu trabalho, podem promover o desajuste das mesmas na organização, influenciando a sua motivação e o grau de satisfação social.

Nos hospitais que atendem usuários em situação de emergência, em função do ritmo frenético e constante de trabalho, torna-se necessária a integração de vários especialistas em equipes de trabalho coesas, com senso de cobertura e nas quais esteja clara a noção de complementaridade. Entretanto a hegemonia do modelo biomédico, tanto do ponto de vista

tecnológico como cultural, reforça as especialidades e a centralidade do ato médico, sendo determinante do modelo de atenção prestado por todos.

Tal condução na forma de organização do trabalho da saúde produz uma concentração quantitativa de profissionais médicos e pouca valorização e integração de outras categorias profissionais ao cuidado dispensado aos pacientes, sempre marginais e secundárias as ações médicas. Tem-se, também, seguindo a tradição do modelo biomédico, os usuários valorizando mais a consulta médica, mesmo que, naquele momento, a intervenção de outro profissional ou de vários profissionais seja a mais oportuna (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005).

Numa unidade de emergência, o trabalho articulado é uma imposição para a assistência integral ao usuário em situação de risco eminente de morte, freqüentemente vítima de agravos diversos e que necessita de abordagem interdisciplinar, na qual existam troca e cooperação em prol da pessoa atendida (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005). Entretanto, a força do modelo biomédico inviabiliza, muitas vezes o resultado desejado.

Trabalhar em unidades de emergência requer das enfermeiras lidarem com todas as especialidades e categorias profissionais, não raro, experimentando sua impotência diante de situações que não podem resolver sozinha. Como elemento articulador das diversas inter-relações, torna-se mais duramente atingida pela fragmentação da assistência de saúde imposta pelo modelo biomédico, por estarem diretamente envolvidas com o cuidado e com a gerência de recursos e do processo de trabalho da equipe de enfermagem, além de serem intermediárias entre a família e a equipe de atendimento (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005).

Como características marcantes do trabalho da enfermeira numa unidade de emergência têm-se: falta de controle sobre a demanda de atendimento; expectativa constante quanto à chegada de situações de emergência; exigência de raciocínio objetivo, rápido e efetivo para o pronto atendimento e estabilização do usuário; alta exposição aos riscos de acidentes biológicos, físico, químico, ergonômico, mecânico, psicológico e social; dificuldade de encaminhamento do usuário para as unidades de internação, por falta de vagas, e conseqüentemente, a descaracterização da unidade, sendo freqüente encontrar usuários, desde indicação de internamento em unidade aberta até aqueles que necessitam de cuidados intensivos, dividindo espaço com os que continuam a chegar, gerando uma excessiva carga de trabalho e um ambiente potencialmente gerador de conflitos e, conseqüentemente, rico em fatores estressores. Esse estresse profissional que pode se iniciar por uma demanda emocional, que tem origem, na maioria das vezes, no atendimento de vítimas com sofrimento físico, se intensifica quando a dinâmica organizacional funciona como um complicador para o atendimento do objetivo da unidade.

As atividades desenvolvidas, neste ambiente repleto de fatores geradores de insalubridade e penosidade, produzem agravos à saúde da enfermeira e dos demais trabalhadores deste setor. Pode-se observar que nos ambientes hospitalares existe pouca preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários. Tornando-se uma situação paradoxal, já que, ao mesmo tempo em que o hospital tem a missão de salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, pode favorecer o adoecimento das pessoas que nele trabalham.

O estresse no trabalho da enfermeira de unidade de emergência decorre da inserção da mesma nesse contexto, já que “trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação” (MARTINS, 2003, p.56).

Portanto, segundo Maslach e Leiter (1999), quando os fatores psicossociais afetam os indivíduos, desorganizando a sua estrutura psíquica, podem surgir problemas físicos, psicológicos e sociais, capazes de conduzir os trabalhadores ao desgaste emocional e físico

Desse modo, o nível de tensão que as enfermeiras de unidade de emergência vivenciam em situações que persistam por um longo período de tempo ou que ultrapassem a sua capacidade de resistência, influencia a sua qualidade de vida não só no trabalho, como em seu meio social.

Então, o sofrimento manifestado em níveis de exaustão emocional pode se tornar crônico, com tendências para se transformar em *Síndrome de Burnout*, cuja conseqüência pode ser a morte (MASLACH, 1993; MASLACH; LEITER, 1999; GELLER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; SCHAUFELI; BUUNK, 2003).

Maslach e Leiter (1999) apontam que, em decorrência do modelo biomédico diante do processo saúde-doença, apenas o desgaste físico é reconhecido pela organização do trabalho, enquanto o desgaste emocional, sem sintomas ou sinais apresentados no corpo, não possui espaço para ser manifestado no local de trabalho e nem ser aceito como conseqüência do ambiente organizacional.

Contudo, o sofrimento provocado pelo estresse que se manifesta nas relações de trabalho, pode resultar num comprometimento irreversível na saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Entretanto, os aspectos relativos à saúde psíquica dos trabalhadores ainda são tratados com reservas nas organizações em decorrência das dificuldades objetivas de avaliações que representam. Conseqüentemente, parte considerável dos responsáveis pelas organizações, não aceita o afastamento do trabalho por causas que não sejam comprovadas no corpo.

Tais atitudes acabam sendo refletidas na área da atuação da enfermeira através do absenteísmo, desmotivação, ocorrências adversas ao usuário, acidentes, abandono da profissão ou da área e outros; que muitas vezes são interpretados como descaso, desvalorização, desconhecimento da função, sendo ignoradas pelos administradores como um problema de saúde dessas trabalhadoras.

Sem escolha, as enfermeiras se submetem a relações, organizações, condições e ambientes que contribuem significativamente para um sofrimento inevitável e ubíquo, que idealmente demandaria ser gerenciado por elas, em proveito de sua saúde e qualidade de vida.

Desse modo, coaduna-se com Cardoso (2004), quando ele coloca que “o fenômeno do estresse profissional é definido como reações psicofisiológicas responsáveis pelas respostas comportamentais do indivíduo, quando os eventos do ambiente são percebidos como ameaçadores às suas necessidades de realização pessoal e profissional, e que podem ser capazes de prejudicar o seu bem-estar”.

Estudos realizados com base no modelo biomédico definem o estresse psicológico como o fenômeno que poderá ocorrer quando os recursos de adequação do organismo, dos indivíduos submetidos à pressão organizacional, não conseguiram atender às exigências que lhe são feitas para o desenvolvimento das atividades de trabalho (LOVALLO, 1997; LIPP, 1996, 1998 a, 1998b, 2003; MASLACH, LEITER, 1999; SPECTOR, 2002; RANGÉ, 2003; SCHAUFELI, BUUNK, 2003).

Assim, o bem-estar da enfermeira de uma unidade de emergência enquanto um estado psicológico está associado à adequação das suas necessidades, a certas exigências do meio em que se encontra. Essa adequação consiste de um conjunto de processos por meio do qual seja capaz de dominar as exigências que lhe são impostas pelo seu contexto ambiental físico e social.

## 2.5 A SÍNDROME *DE BURNOUT*

O termo "*Síndrome de Burnout*" surgiu nos Estados Unidos, a partir de Freunderberger em 1974, médico psicanalista, que teve uma vida profissional permeada de frustrações e dificuldades que o levaram à exaustão física e mental. Apesar de não ter sido o primeiro a discutir e utilizar este termo para se referir ao esgotamento físico e mental, assim

como aos transtornos comportamentais observados em profissionais da área de saúde, os estudos sobre essa síndrome começou a se multiplicar a partir dos seus artigos (1974, 1975).

Anteriormente a Freunderberger (1974), Brandley em 1969 adotou o termo *staff Burnout*, ao fenômeno psicológico (sofrimento) que acomete os trabalhadores assistenciais, sugerindo uma nova forma de estruturar a organização com o objetivo de conter o processo (SCHAUFELI, EZMANN, 1998 *apud* BENEVIDES, 2002).

Freunderberger em 1974 observou que muitos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um processo gradual de desgaste no humor e ou desmotivação. Geralmente, esse processo durava, aproximadamente um ano, e era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um particular estado de estar "exausto". (CARDOSO, GUIMARÃES, 2004).

De acordo com Benevides (2002) a propagação e divulgação do fenômeno *Burnout* no meio científico deve ser creditada a Freudenberger, Christina Maslach e a Susan Jackson através dos artigos que publicaram nos anos 70.

Os estudiosos deste fenômeno são unânimes em considerar que *Burnout* vai além do estresse. Ele está associado especificamente ao mundo do trabalho e deriva de um processo de cronificação do estresse vivenciado pelos trabalhadores, que como forma de se protegerem da exaustão emocional a qual estão submetidos, despersonalizam não que signifique que o indivíduo deixou de ter sua personalidade, mas que esta sofreu ou vem sofrendo alterações, ou seja, passa a adotar um contato frio e impessoal com atitudes de cinismo e ironia em relação aos usuários de seus serviços emergindo, conseqüentemente, o sentimento de reduzida realização pessoal e profissional que é evidenciado através dos sentimentos de insuficiência, baixa auto-estima, desmotivação causando ímpetus no profissional de abandonar o emprego.

Benevides (2002) aponta que apesar do crescimento dos estudos direcionados a este fenômeno, por conta das diversas denominações que o constructo vem recebendo é difícil um levantamento preciso dos mesmos. A mesma apresenta alguns dos termos designados para descrição do Burnout por alguns autores como: Estresse Laboral, o qual é adotado no sentido de pontuar que não se trata de uma síndrome específica, mas um tipo de estresse que ocorre no meio laboral; Estresse Laboral Assistencial, por conta da implicação do trabalho possuir o caráter de ajuda; Estresse Profissional, por ressaltar a dimensão profissional da síndrome; Estresse Ocupacional com o objetivo de salientar que não seria propriamente a profissão ou o trabalho, mas o tipo de atividade desenvolvida os responsáveis pelos distúrbios; Neurose Profissional ou Neurose de Excelência, destacando os transtornos psíquicos agregados ao

trabalho, entre outros. Entretanto, esta autora, adota o termo *Burnout* por acreditar na inexistência de uma palavra que sintetize de forma adequada o conceito de tal síndrome.

Assim, coadunando com Benevides (2002), neste estudo estaremos adotando o termo Síndrome de *Burnout*, com o objetivo de não acrescentar mais uma expressão à já tão vasta lista de nomenclaturas existentes, de modo a não dificultar o esclarecimento sobre este fenômeno.

As definições sobre Síndrome de *Burnout* são agrupadas em quatro perspectivas: clínica, sociopsicológica, organizacional e sociohistórica (CARLOTTO, GOBBI, 2003; CODO, VASQUES-MENEZES, 1999 *apud* MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

A perspectiva clínica, proposta por Freudenberger (1974), é descrita como um estado de exaustão conseqüente de um trabalho exaustivo onde até as próprias necessidades são deixadas de lado (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

Para Benevides (2002), trata-se de um conjunto de sintomas como: a fadiga física e mental, a falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, o sentimento de impotência e inutilidade e a baixa auto-estima, que podem levar o profissional à depressão e até ao suicídio.

Na abordagem sociopsicológica da síndrome, Maslach e Jackson (1986) definem *Burnout* como estresse laboral que leva ao tratamento mecânico do cliente. A mesma aparece freqüentemente em profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, como médicos, enfermeiras, bombeiros, policiais, professores e outros. Para essas pesquisadoras, o trabalhador ao se envolver afetivamente com seus clientes, desgasta-se, entra em exaustão, desiste, entra em *Burnout* (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999 *apud* MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

Na perspectiva organizacional, os sintomas que compõem a síndrome seriam respostas possíveis para um trabalho estressante, frustrante ou monótono. A diferença entre Síndrome de *Burnout* e alienação seria que a alienação diminui a liberdade do sujeito para concluir sua tarefa; no caso do *Burnout* a situação é inversa, o sujeito tem liberdade para agir, mas sobre uma tarefa impossível de realizar (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Na perspectiva sociohistórica, pondera-se que, pelo fato de as condições sociais não canalizarem os interesse de uma pessoa para ajudar outra, torna-se difícil manter o comprometimento de servir aos demais no trabalho (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999 *apud* MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

O diagnóstico para essa síndrome tem como concepção mais utilizada, a sociopsicológica de Maslach e Jackson (1986) na qual, 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) (CHERNISS, 1980b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998 *apud* TRIGO *et al* 2007).

Para tanto, torna-se importante a compreensão do significado de cada dimensão desse fenômeno, a partir das definições de Maslach e Jackson (1986), a saber:

A Exaustão emocional (EE), relaciona-se a sentimentos de fadiga e esgotamento energético emocional. O indivíduo se sente superexigido e reduzido nos seus recursos emocionais. Refletindo o aspecto do estresse individual do *Burnout* (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002); constitui-se numa falta de energia e um sentimento de esgotamento de recursos tendo como causa maior a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal nas relações. A exaustão emocional está ligada à falta de recursos emocionais, a sensação de que não se é útil aos outros, e que não se tem nada para lhes oferecer (SANTINI, 2004). Um dos sintomas mais comuns são o receio e o temor de voltar ao trabalho no dia seguinte.

A Despersonalização se traduz nas atitudes negativas de dureza e distanciamento excessivo dos profissionais em relação aos usuários dos seus serviços, representando o aspecto interpessoal do *Burnout* (TAMAYO, TRÓCCOLI 2002); ou seja, o trabalhador trata os usuários, colegas e a organização como objetos. Conforme Codo-Vasquez-Menezes (1999, p. 242) *apud* Santini (2004) “A despersonalização ocorre quando o vínculo afetivo é substituído por um racional. É um estado psíquico em que prevalece o cinismo ou a dissimulação afetiva, a crítica exacerbada de tudo e de todos e do meio ambiente”. As sintomatologias nesta dimensão mais comum são ansiedade, irritabilidade, desmotivação, descomprometimento com os resultados, alienação e individualismo forte.

E a terceira e última dimensão, diminuição da realização pessoal, reflete o aspecto da auto-avaliação do *Burnout*, e se associa ao sentimento de incompetência à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002); o trabalhador se sente infeliz com ele próprio e insatisfeito com seu resultado na profissão, então vivencia um declínio no sentimento de competência e no êxito no seu trabalho e de sua capacidade de interagir com outras pessoas. “O baixo investimento pessoal no trabalho, que também pode ser entendido como baixa realização pessoal no trabalho ocorre nessa relação afeto-trabalho, sendo na verdade, a perda do investimento afetivo” (CODO, VASQUEZ-MENEZES, 1999, p. 242). Essa perda do investimento afetivo pode acarretar problemas de ordem prática e emocional para o profissional e à organização. Para Silva (2000) o sentimento de incompetência em decorrência da não realização profissional desencadeia uma diminuição das

expectativas pessoais e uma crescente auto-depreciação, o que origina, dessa forma, sentimentos de insucesso e baixa auto-estima.

A Síndrome de *Burnout* é a maneira encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional. Sobrevêm, quando falham outras estratégias para lidar com o estresse.

As enfermeiras que atuam nas unidades de emergência vivenciam cotidianamente um ambiente complexo e potencialmente estressor. Além das características inerentes de um processo de trabalho hierarquizado, verticalizado, fragmentado, desprovido de poder, este se dá num ambiente complexo como as unidades de emergência, portas de entrada ao sistema de saúde, assim instituídas pela população, carente de serviços de saúde, que possuem essas unidades como principal acesso à saúde o que ocasiona a superlotação e as transforma em depósito de problemas não resolvidos pela rede de atenção básica, conseqüentemente refletindo no resultado negativo desses serviços. Apesar das políticas de saúde implantadas o dia a dia das unidades de emergência ainda não reflete as propostas das mesmas, tornando-se ambientes de estresse contínuo para os profissionais que aí atuam e, especificamente as enfermeiras, sendo freqüente observar-se a desvalorização e o abandono dessa área pelas mesmas, assim como um alto absenteísmo e muitos profissionais visivelmente desmotivados.

Vieira *et al* (2006) definem que *Burnout* é uma condição de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. A mesma está associada com alterações fisiológicas decorrentes do estresse (maior risco de infecções, alterações neuro endócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidemia, hiperglicemia e aumento do risco cardiovascular), abuso de álcool e substâncias ilícitas, risco de suicídio e transtornos ansiosos e depressivos, além de implicações sócio-econômicas (absenteísmo, abandono da profissão, queda de produtividade).

Esta síndrome foi reconhecida como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com a saúde, educação e serviços humanitários (GOLEMBIEWSKI, 1983; MASLACH, 1998; MUROFUSE *et al*, 2005). Apesar disto, ainda é um fenômeno desconhecido dos profissionais, especialmente, entre os profissionais de saúde o que se reflete nos poucos estudos existentes nessa categoria.

No Brasil, o decreto nº. 3.048, de seis de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID 10) cita a “Sensação de Estar Acabado” (“Síndrome de Burnout”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) como sinônimo do Burnout, que, na CID-10, recebe o código Z 73.0.

Apesar de tal fato se constituir num avanço, a síndrome é considerada um “problema”, entretanto, Burnout é o resultado de um desajuste entre a subjetividade dos trabalhadores e os interesses da organização, onde os fatores estressores organizacionais são os responsáveis pelo desencadeamento do processo do Burnout, no qual as dimensões (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional no trabalho) se constituem em mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores (CHERNISS, 1980 *apud* BENEVIDES, 2002) e não um “problema”.

Alguns pesquisadores, como Schaufeli e Buunk (1996) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002) consideram arbitrária a distinção feita entre os sintomas e as conseqüências do Burnout, por conta disso abordam esses aspectos como manifestações, classificando-as em diferentes grupos, ou seja, afetivas, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais, atitudinais e organizacionais e do trabalho.

Para eles as principais manifestações no campo afetivo seriam traduzidas pelo humor depressivo, a ansiedade e os sentimentos de impotência no trabalho, a desesperança, a falta de significado, acompanhados por uma baixa auto-estima. Portadores da síndrome possuem baixa tolerância a frustrações, demonstram hipersensibilidade, irritabilidade e comportamento hostil e defensivo com os usuários, colegas e superiores hierárquicos (SCHAUFELI; BUUNK, 1996 *apud* TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Em relação às manifestações cognitivas, as principais são dificuldade de concentração, perda de memória, dificuldade na tomada de decisões e a presença de sintomas sensório-motores (KAHILL, 1988 *apud* TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

No que diz respeito aos sintomas físicos são apontados os resfriados constantes, problemas gastrointestinais, cefaléia, cansaço, insônia, sensação de exaustão, tremores e dispnéia (FREUDENBERGER, 1974; ARCHES, 1991 *apud* TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Freudenberger (1974), Arches (1991) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002), no que diz respeito ao aspecto comportamental se referem à hiperatividade, dificuldade para controle das emoções, frustração, irritação, condutas de evitação, consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais. Ainda neste grupo, estudiosos como Schaufeli e Buunk (1996) *apud* Tamayo e Tróccoli, (2002), mencionam o absentéismo, baixa produtividade, roubos, negligências, acidentes, distanciamento afetivo dos usuários dos seus serviços, colegas, como forma de proteção do ego, atrasos no trabalho e intenção de abandono da área.

Para Maslach (1978) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002) as manifestações sociais estariam presentes nos problemas relacionados com usuários, pares, subordinados e superiores hierárquicos, tanto que a tendência do trabalhador portador da síndrome é o isolamento por

conta da atitude de evitar os contatos. Outro ponto a se considerar e de grande importância nessa esfera é a interferência dos problemas do trabalho na vida familiar, potencializando os conflitos interpessoais com os membros da família.

Ainda de acordo com os autores acima como manifestações atitudinais mais significativas citam: a desumanização, a insensibilidade, indiferença e cinismo no relacionamento com os usuários do serviço, assim como com os demais atores do cenário trabalho.

No que concernem as manifestações à organização e ao trabalho, observa-se a perda do entusiasmo, do idealismo o que leva ao absenteísmo e, muitas vezes, ao abandono do emprego. O trabalhador desenvolve um comportamento de reatividade e a atitude de estar sempre na defensiva, pois não se sentem mais estimados pela organização nem pelos colegas. Apesar da menor preocupação com a organização e com os colegas possuem uma postura hiper-crítica e desconfiada com todos do ambiente do trabalho (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002).

As abordagens teóricas para compreensão do *Burnout* o explicam como uma resposta ao estresse ocupacional crônico do ambiente de trabalho que resulta de um modelo de organização do trabalho prescrito pela organização e as relações subjetivas dos trabalhadores com o mesmo, o que possui papel fundamental na determinação das vivências de prazer ou de sofrimento, deste trabalhador.

Abaixo, apresentam-se algumas abordagens da síndrome de *Burnout* citadas por Tamayo e Tróccoli (2002):

*Burnout* como sobrecarga emocional: Maslach e Jackson (1986), Maslach (1993) *apud* Tamayo e Tróccoli, (2002). De acordo com esta abordagem a carga emocional e o relacionamento complementar do vínculo profissional-usuário característico das categorias profissionais de serviços humanos (p.ex.: enfermeiras, médicos, policiais, bombeiros, professores, etc.) favorecem o desenvolvimento da síndrome, por decorrência da alta frequência e intensidade que o trato com as pessoas, muitas vezes, requer. Os autores que defendem esta abordagem descrevem o processo como seqüencial, inicialmente se apresenta a exaustão (resultado da alta demanda emocional da relação profissional-usuário), que continua com a despersonalização (conseqüente de técnicas defensivas utilizadas pelo trabalhador para distanciar-se do estresse resultante dessa interação) terminando com a diminuição da realização pessoal (fruto do baixo desempenho, do relacionamento negativo com os usuários, colegas e dos fracassos freqüentes das tentativas de lidar adequadamente com os mesmos).

*Burnout* como um “Processo Virulento”: Golembiewsky, Munzenrider e Carter (1983) *apud* Tamayo e Tróccoli, (2002), consideram que a síndrome pode atingir qualquer profissional e não apenas aos profissionais de serviços humanos e que a mesma surge a partir do trabalho dos indivíduos sob condições precárias o que provoca perda de autonomia e controle, diminuição da auto-estima, sentimentos de irritabilidade e cansaço e um conseqüente distanciamento da situação de trabalho estressante. Estes autores propõem como seqüência de desenvolvimento da síndrome, inicialmente, a despersonalização, seguida da diminuição da realização profissional e, por fim, a exaustão emocional.

*Burnout* como uma questão existencial: Pines e Aronson (1988), Pines (1993) *apud* Tamayo e Tróccoli, (2002) entendem este fenômeno como o desfecho final de um processo gradativo de desilusão, vivenciado pelos profissionais quando não conseguem obter um sentido existencial do seu trabalho. Esta abordagem considera o *Burnout* como um estado de exaustão físico, emocional e mental, decorrente da dissonância entre as expectativas do indivíduo e a sua vivência no trabalho. De acordo com esses autores indivíduos com altos objetivos pessoais e expectativas em relação ao que o trabalho pode oferecer são os mais susceptíveis a desenvolver a síndrome. Consideram, ainda, que o ambiente do trabalho pode ser fonte de suporte ou de estresse, potencializando ou não condições favoráveis ao alcance das metas individuais e que a probabilidade de aparecimento da síndrome fica na dependência da existência ou não de um equilíbrio entre os fatores de suporte e de estresse.

*Burnout* como reflexo da falta de auto-eficácia e sucesso psicológico: Chernis (1993) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002) incorpora as idéias Hall (1976) a respeito da relação entre desempenho e sucesso psicológico, e de Bandura (1989) sobre auto-eficácia. Para este autor os sentimentos de insucesso descritos por Hall correspondem aos sintomas conhecidos posteriormente como *Burnout*, a saber: retirada emocional da situação, queda na produtividade, apatia, desinteresse, valorização das recompensas materiais em detrimento das intrínsecas, defesa do auto-conceito através de mecanismos defensivos, desavenças com a organização e, por fim, abandono da área de atuação. E, a partir das idéias de Bandura, sobre auto-eficácia, Chernis (1993) estabelece o estresse como ponto de união entre os sentimentos de ineficácia do profissional e o *Burnout*. Para este autor, os profissionais com percepção de baixo desempenho vivenciam em maior intensidade o estresse, inviabilizando a possibilidade de alcance dos objetivos estabelecidos provocando, assim, sentimentos de fracasso e, por conseguinte, *Burnout*.

*Burnout* como falta de reciprocidade: Schaufeli, Van Dierendonck e Gorp (1996) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002) relacionam a síndrome aos processos de trocas interpessoais e

organizacionais. Esta está fundamentada na reciprocidade, na teoria da equidade e no contrato psicológico. Esta abordagem possui como premissas principais que o *Burnout* se desenvolve, primordialmente, no contexto social do trabalho e que tanto as relações interpessoais quanto a relação do profissional com a organização seriam reguladas pelos mesmos processos de troca social.

*Burnout* como desajuste entre a pessoa e o trabalho: Maslach e Leiter (1997) *apud* Tamayo e Tróccoli (2002) fazem uma abordagem mais organizacional e menos clínica. Para estes autores, a síndrome decorre de um processo desordenado entre o que as pessoas são e o que elas têm de fazer no trabalho, aqui o foco de observação desse fenômeno é mais direcionado aos aspectos organizacionais. Assim, o *Burnout* passa a ser compreendido como consequência de um desequilíbrio crônico, em que o trabalho exige mais do que o profissional pode oferecer e promove menos do que ele precisa. Por conta dessa nova visão as dimensões foram renomeadas.

A exaustão emocional fica só como exaustão e é definida como sentimentos de superexigência e de redução dos recursos emocionais e físicos; a despersonalização transformou-se em cinismo e se traduz como resposta de negativismo, de dureza e de distanciamento excessivo em relação a vários aspectos do trabalho; e o sentimento de baixa realização pessoal passa a ser denominado ineficácia, ou seja, sentimentos de incompetência, ausência de realização e de queda na produtividade (MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001 *apud* TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002).

Segundo Maslach e Leiter (1997) *apud* Trigo *et al* (2007):

[...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste.

Os autores acima apresentam como fontes de desajuste na relação homem-trabalho que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de Burnout, situações como: sobrecarga de trabalho, baixo controle sobre as tarefas a serem executadas, recompensas insuficientes, falta de convivência coletiva, ausência de justiça e conflito de valores.

Portanto, a partir do entendimento do que acontece com o mundo do trabalho, sua precarização, diante dos processos de reestruturação do modo de produção, ao quais os

serviços de saúde não são isentos; das características do modo como se organiza o trabalho da enfermagem, fortemente influenciado pelo modelo taylorista, hierarquizado, verticalizado e desprovido de poder diante de um modelo de assistência biomédico; e do cotidiano das unidades de emergência que se traduz em superlotação por conta da falta de controle sobre a demanda de atendimento; a expectativa constante quanto à chegada de situações de emergência; exigência de raciocínio objetivo, rápido e efetivo para o pronto atendimento e estabilização do usuário; alta exposição aos riscos de acidentes biológicos, físico, químico, ergonômico, mecânico, psicológico e social; as dificuldades de encaminhamento do usuário para a rede básica e unidades de internação, por falta de vagas, e conseqüentemente, a descaracterização da unidade, sendo freqüente encontrar usuários, desde indicação de atendimento que poderia ser efetuado na rede de atenção básica, outros com indicação de internamento em unidade aberta até aqueles que necessitam de cuidados intensivos, dividindo espaço com os que continuam a chegar, o que gera excessiva carga de trabalho e, conseqüentemente, um ambiente de conflitos constante, é possível presumir que a demanda psíquica imposta às enfermeiras e aos demais profissionais que aí atuam os conduzam a um processo de exaustão, despersonalização e baixa realização profissional.

Tal situação enfraquece o interesse de alguns membros dessa equipe de saúde por práticas inovadoras, contribuindo como fator impeditivo na disseminação de condutas baseadas em evidência (CORRIGAN *et al.*, 2003; GIL-MONTE, 1997; MASLACH, LEITER, 1997; MASLACH *et al.*, 2001).

É consenso entre os estudiosos que as repercussões desse fenômeno atingem o trabalhador interferindo na sua vida pessoal, social e institucional e que a mesma pode se instalar já durante a fase acadêmica, principalmente em indivíduos entusiastas e idealistas, que no contato com o mundo profissional vai mudando seu modo de ser e apresentando formas de enfrentamento inadequadas, dificultando a elaboração do sofrimento que o trabalho representa para o sujeito.

Dessa forma, conhecer as causas, conseqüências e formas de prevenção/intervenção constituem-se o primeiro recurso para os profissionais estarem alerta sobre o fenômeno e buscarem ajuda caso necessitem. A falta de conhecimento faz com que o profissional culpe-se pela situação o que incrementa mais ainda o sofrimento, deixando em curso uma situação que tenderá a agravar-se cada vez mais.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a vulnerabilidade aos fatores estressores do trabalho da enfermeira, atuante nas unidades de emergência escolhidas para este estudo, que podem predispor à *Síndrome de Burnout*, este trabalho foi concebido na forma de um estudo exploratório descritivo, destacando aspectos quantitativos, dados, indicadores e tendências observáveis, conforme Minayo (2000).

O estudo exploratório, segundo Lakatos e Marconi (1991) possui uma característica empírica objetivando a formulação de problemas e permitindo aumentar a familiaridade com um fato e fenômeno para a realização de novas investigações. Propicia maior embasamento acerca do objeto estudado e dá visibilidade ampliada de um fato social, que permite ao investigador aumentar a experiência em torno de determinado problema.

Quanto ao estudo descritivo, Polit, Beck e Hungler (2004) destacam que esse possui como principal objetivo identificar o retrato preciso das características dos indivíduos, situações ou grupos, bem como a frequência com que ocorrem determinados fenômenos. Este requer do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, no sentido de que os seus resultados possam ser descritos com exatidão, considerando o fato ou fenômeno de determinada realidade. Assim, ficam garantidos ao pesquisador subsídios para efetivar seu estudo de forma fidedigna (TRIVIÑOS, 2007).

### 3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades de Emergência de duas organizações hospitalares de grande porte situadas na cidade do Salvador-Ba, classificadas como tipo III pelo Ministério da Saúde, 2001 (BRASIL, 2001), uma pública e uma privada caracterizadas para atendimento das urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas nas vinte e quatro horas, doravante denominados A e B.

Esses foram escolhidos por atender aos seguintes critérios: ter como finalidade a assistência, o ensino e a pesquisa; prestar serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde; possuir Serviço de Enfermagem estruturado e organizado com base em regimento próprio,

onde a unidade de emergência constitui um dos seus setores, além de possuir enfermeira atuante nessa unidade, durante vinte e quatro (24) horas.

A organização A é pública, de grande porte, mantida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e conveniado ao SUS. Localizado na cidade do Salvador-Ba, inaugurada em março de 1979. Possui 680 leitos, incluindo de UTI adulto, pediátrico e neonatal e leitos de cuidados semi-intensivos. Dispõe de recursos humanos e tecnologia para prestar atendimento de média e alta complexidade, realizando em torno de 8.000 atendimentos de urgência e emergência e 12 mil consultas ambulatoriais/mês.

A estrutura administrativa está composta de diretoria geral, diretoria médica, administrativas, de enfermagem e diretorias adjuntas. A diretoria de enfermagem possui quatro diretorias adjuntas, supervisão noturna e uma enfermeira supervisora em cada área. Funcionando diariamente em regime de 24 horas, com cobertura aos sábados, domingos e feriados e jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A unidade de emergência da organização A (UEA) possui 40 enfermeiras e 98 profissionais de nível médio entre auxiliares e técnicos de enfermagem. É conduzida por uma diretora enfermeira e uma coordenadora além de, duas enfermeiras supervisoras, sendo uma no turno da manhã e outra no turno da tarde.

A organização B é filantrópica de grande porte e alta complexidade. Inaugurada em 1990, situa-se a 15 quilômetros do aeroporto e da rodoviária e a ela se tem acesso rápido por avenidas largas de diversos pontos da cidade e das rodovias interestaduais. Disponibiliza equipamentos de bioimagem, hemodinâmica, radioterapia e videoendoscopia para atendimento além de usuários do SUS, também de convênios e particulares.

Atualmente, conta com mais de 2600 colaboradores, 304 leitos distribuídos entre UTI, apartamentos, enfermarias e Day hospital, além dos serviços de oncologia e de hemodiálise. Realiza mais de 250 cirurgias mensais e cerca de 8000 atendimentos de emergência

A estrutura administrativa da gerência de enfermagem está organizada com uma gerente de enfermagem, uma subgerente, cinco enfermeiras assessoras e onze coordenadoras de enfermagem e dez enfermeiras em regime de 8hs/dia de segunda a sexta feira e aos sábados em jornada de 4hs na função de suporte aos coordenadores.

A unidade de emergência (UEB) possui uma enfermeira coordenadora e 19 de assistência totalizando 20 enfermeiras com jornada de trabalho semanal de 44 horas; 65 profissionais de nível médio entre técnicos e auxiliares de enfermagem com jornada de 36 horas semanais subordinados a gerência de enfermagem.

### 3.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo foi constituída por todas as enfermeiras atuantes nas unidades de emergência das organizações escolhidas num total de 60 (sessenta enfermeiras), respectivamente, 40 (quarenta) na organização A e 20 (vinte) na B, considerando os seguintes critérios: aceitar participar da pesquisa e ser atuante nas unidades de emergência das respectivas organizações, há pelo menos doze meses, tempo considerado, como necessário para adaptação e convivência com essa realidade, para conhecimento do serviço e adequação ao mesmo. Essas condições permitem ao profissional a capacidade de formar algum juízo de valor que, segundo Rocha (2005) se caracteriza como a faculdade de julgar, de ajuizar e atribuir valor, a significação exata de uma determinada condição.

## 4 AMOSTRA

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Para composição da amostra aleatória foram consideradas aquelas enfermeiras que atenderam, além dos critérios acima, assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme recomendações da resolução 196/96 do MS (BRASIL, 1996).

Do universo de 60 enfermeiras das duas organizações participaram do estudo (41) enfermeiras que representaram 68,3% da população alvo.

Na unidade de emergência da organização A, com 40 enfermeiras, (24) 60%, participaram do estudo, (16) 40% se recusaram alegando não terem visto resultados concretos de outras pesquisas, já efetuadas na unidade durante sua vivência profissional e por conta disso, não se sentiam motivadas a participar, apesar da tentativa de convencê-las a acreditar no potencial deste estudo.

Já na organização B com 20 enfermeiras, obtivemos (17) 85% do universo, sendo excluídas do total das enfermeiras, apenas (03) 15% pelos seguintes motivos: uma, era enfermeira coordenadora, autora desta pesquisa e duas por não atenderem ao critério pré estabelecido relativo ao tempo de atuação.

Inicialmente, foi providenciado registro do projeto de pesquisa na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e posteriormente encaminhada carta de apresentação da pesquisadora, elaborada pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA juntamente com cópias do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética de uma das organizações escolhidas; a outra organização, também, recebeu uma cópia do projeto de pesquisa, entregue à Diretoria Científica, as quais autorizaram a coleta de dados.

Obtida a aprovação do Comitê de Ética da organização B, um dos campos escolhidos (Protocolo nº 23/2009), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do MS (BRASIL, 1996), deu-se início o momento da coleta dos dados.

Para tanto, as informantes foram previamente orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, liberdade de participar ou não do estudo, possibilidade de retirar sua participação a qualquer tempo, sem prejuízo pessoal e/ou organizacional, sigilo, relevância da pesquisa e importância de sua participação para o êxito da pesquisa.

Também foi solicitada sua anuência, para o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde as informações acima citadas estão relacionadas,

considerando, desta forma, todas as recomendações da Resolução 196/96 do MS sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

## 4.2 INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto de três partes: a primeira com dados objetivos de identificação para a caracterização do perfil sócio demográfico dos informantes da pesquisa, perfil econômico, hábitos de saúde e informações relativas aos aspectos funcionais.

A segunda parte foi constituída da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT de Sisto *et al* (2007) que inicialmente a construiu com 154 itens de situações estressoras relacionadas ao trabalho. As questões envolvem a percepção do indivíduo frente à instituição organizacional, à filosofia da empresa, relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e de sentimentos do respondente frente às suas atividades laborais, como motivação e autonomia (SISTO *et al*, 2007).

Nesse sentido, contamos com a participação de uma psicóloga que acompanhou o processo de utilização e interpretação dos resultados, atendendo a recomendação do Conselho Regional de Psicologia.

Barbosa *et al* (2006) em análise preliminar do referido instrumento observaram que 73 dos 154 itens apresentados possibilitaram diferenciar os participantes do estudo e denotam que os trabalhadores da saúde estão mais suscetíveis aos eventos estressores quando comparados com outras áreas de atuação.

Esses autores ainda realizaram análise fatorial, na qual o instrumento foi reduzido para 68 itens e dividido em três dimensões denominadas, inicialmente, de *Sobrecarga*, *Ausência de reconhecimento e Instabilidade nas condições de trabalho*.

Em estudos posteriores, Sisto *et al* (2007) reviram o instrumento e o estruturaram em 40 itens renomeados nas seguintes dimensões:

- a) Fator 1, Clima e Funcionamento Organizacional, refletidos nas situações de ambiente físico inadequado, chefia despreparada, dificuldades pessoais com a chefia, expectativa excessiva de superiores, falta de oportunidades e de ascensão no trabalho, falta de perspectiva profissional, ausência de plano de cargos e salários, de

solidariedade, de não ser valorizado, salário inadequado para a função, autoridade rejeitada pelos iguais ou superiores, além de, tom autoritário de seus superiores.

b) Fator 2, Pressão no trabalho, englobando os aspectos acúmulo de funções e de trabalho, trabalhos não pertencentes à função exercida, excesso de responsabilidade nas atividades diárias, necessidade de fazer o serviço de colegas, prazos reduzidos para realização de trabalhos, ritmo acelerado e ter mais obrigações que demais colegas.

c) Fator 3, Infra-estrutura e Rotina, que compreende os aspectos de jornadas dobradas, doença ou acidente pessoal, equipamento precário, licença de saúde recorrente de colegas, mudança do horário de trabalho, mudança de *status* financeiro, mudanças de chefia, perspectivas de promoção vinculadas à idéia de transferência, escassa cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em grupo, salários atrasados e problemas no ambiente físico, como iluminação.

Esses fatores são distribuídos em uma escala do tipo *likert* com três pontos, na qual os respondentes assinalaram (0) para opção nunca, (1) para às vezes e (2) para freqüentemente o que avalia a vulnerabilidade do trabalhador frente aos estressores, no ambiente de trabalho, ou seja, frente, as circunstâncias do cotidiano que influenciam a conduta do mesmo, a ponto de caracterizar certa fragilidade.

O instrumento possibilita a interpretação de cada fator separadamente, bem como, da pontuação total que se dá pela soma dos itens assinalados pelos sujeitos, variando de zero a oitenta pontos. Quanto maior a pontuação, maior a vulnerabilidade ao estresse.

Os estudos de fidedignidade do manual da EVENT foram feitos com base nos procedimentos relacionados à precisão por consistência interna, cuja estimativa informa quão bem os itens refletem o mesmo constructo ou fornecem resultados similares. Em outros termos a precisão por consistência interna avalia a uniformidade do instrumento por meio de um estudo da relação entre seus itens. Entre as formas para estudar a consistência interna escolheram-se o coeficiente alfa de Cronbach e a correlação entre duas metades, sob a perspectiva da Teoria Clássica dos Testes e a Teoria de Resposta ao Item permitiu o estudo por meio do modelo Rasch.

Em termos do modelo Rasch, para os itens os índices variaram entre 0,98-0,99 e para as pessoas a variação esteve no intervalo de 0,71-0,91, todos eles bastante altos. Ao usarem os procedimentos relacionados à Teoria Clássica dos Testes, os valores de alfa ficaram entre 0,77 e 0,91, os de Spearman-Brown e Guttman entre 0,75-0,85, valores esses que podem ser

considerados altos. Assim, com base nesses resultados, pode-se considerar que as dimensões do instrumento apresentaram uma precisão ótima (SISTO *et al*, 2008)

Como resultado da avaliação de confiabilidade do instrumento, nesse estudo, o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,86 (tanto para UEA como para UEB), apresentando, portanto, uma boa consistência interna e, conseqüentemente, boa precisão.

A terceira parte, essencial ao objeto de pesquisa foi constituída do Questionário de Maslach Burnout Inventory (MBI), traduzido e adaptado para o português por Tamayo (1997), constando de 22 itens.

O instrumento é auto aplicado, escala tipo *Likert*. Em sua versão original americana, a freqüência das respostas é avaliada por uma escala de pontuação que varia de 0 a 6. Utilizamos, neste estudo, o sistema de pontuação de 1 a 5, pois foi verificado que os sujeitos apresentavam dificuldade em responder muitos itens dos instrumentos, devido à especificidade dos critérios da escala original. Entretanto, o tipo de categorias de freqüência utilizado foi o da versão americana (MASLACH, JACKSON, 1986). Isto é, os informantes responderam indicando a freqüência experimentada do conteúdo sugerido pelos itens, que possuíam os seguintes significados: (1) “nunca”, (2) “algumas vezes no ano”, (3) “algumas vezes no mês”, (4) “algumas vezes na semana” e (5) “diariamente”.

Assim, o MBI avalia como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões estabelecidas pelo Modelo de Maslach e Jackson (1986): Os itens medem as três dimensões: Esgotamento Emocional, Diminuição da realização Pessoal e Despersonalização.

- (a) Esgotamento emocional (EE) – nove itens (sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho; quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado; quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado; sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa; sinto que meu trabalho está me desgastando; sinto-me frustrado com meu trabalho; sinto que estou trabalhando demais; sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa; sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades);
- (b) Reduzida realização profissional (rRP) – oito itens (sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender; sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas que tenho que atender; sinto-me vigoroso em meu trabalho; sinto que posso criar um clima agradável em meu trabalho; sinto-me

estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender; creio que consigo coisas valiosas nesse trabalho; no meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma, sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender);

- (c) Despersonalização (DP) – cinco itens (sinto que estou tratando algumas pessoas de meu trabalho como se fossem objetos impessoais; sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho; preocupo-me se esse trabalho está me enrijecendo emocionalmente; sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente; parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas).

Carloto e Câmara (2007) assinalam que este questionário é utilizado exclusivamente para avaliação da síndrome de *Burnout*, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências resultantes de seu processo. Ele identifica índices de *Burnout* de acordo com os escores de cada dimensão; os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *Burnout*, segundo Maslach e Jackson (1986). Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um constructo tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas a fim de manter sua perspectiva da síndrome.

O MBI é o questionário mais utilizado de acordo com a bibliografia consultada, contudo autores como Gil-Monte e Peiró (1997), Jimenez, Rodrigues, Alvarez e Caballero (1997) e Cadiz e colaboradores (1997) indicam certas debilidades psicométricas, principalmente, no que concerne à consistência do fator de Despersonalização. Esta fragilidade está provavelmente associada ao próprio processo evolutivo da síndrome onde, a Despersonalização é o componente que por último se estabelece. Entretanto, o MBI é o questionário que melhor dá conta do caráter multidimensional da síndrome.

A avaliação da confiabilidade do instrumento foi realizada pelo método de alfa de Cronbach, considerando como satisfatório índice superior a 0,60 (MASLACH, JACKSON, 1986).

Neste estudo, constatou-se que o instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,89/0,90 e as sub-escalas: exaustão emocional 0,89/0,88, baixa realização profissional 0,66/0,79 e despersonalização 0,68/0,79 para UEA e UEB, respectivamente, revelando uma boa consistência interna, estando inclusive superior ao encontrado pelas autoras do instrumento original que foi de 0,60 (MASLACH, JACKSON, 1986). Esses resultados

indicam que o Inventário de *Burnout* e cada uma das suas subescalas possuem sua confiabilidade interna de moderada a alta.

Este instrumento de coleta foi submetido a um pré teste numa unidade de emergência com características semelhantes às unidades escolhidas para realização do estudo com dez enfermeiras, no período de maio 2009 e alguns ajustes foram realizadas apenas na primeira parte do mesmo, de modo a favorecer uma melhor identificação do perfil das enfermeiras que estão atuando nas unidades de emergência. Assim, após esses reajustes o instrumento se tornou apropriado para sua aplicação.

#### 4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Anteriormente à coleta de dados, foram realizadas outras visitas a unidade de emergência da organização A, sempre através da gerência de enfermagem, no sentido de melhor familiarização com o campo e aproximação com as informantes da pesquisa, segundo orientação de Minayo (1996). Em todas as visitas, o conteúdo e objetivos da pesquisa foram discutidos, para viabilização do apoio e colaboração de toda a equipe envolvida. Na organização B, essas visitas, não foram necessárias, devido à autora ser coordenadora da unidade de emergência e já ter preparado todas as informantes da pesquisa, antes de se ausentar para o procedimento cirúrgico a que foi submetida.

A coleta dos dados foi efetivada nos meses de julho e agosto de 2009. Em ambas as organizações essa coleta foi realizada por duas enfermeiras treinadas e orientadas em relação à aplicação do instrumento por conta da pesquisadora se encontrar em licença médica. Tal ocorrência, para a coleta no hospital B, foi conveniente em razão de a pesquisadora pertencer ao quadro de servidores da organização, lotada na emergência em estudo, o que poderia interferir nos resultados ou causar constrangimentos.

No momento da aplicação do instrumento de pesquisa foram tomados todos os cuidados para não interferir na rotina de trabalho das informantes, assim buscou-se adequar o momento da aplicação do instrumento, conforme a disponibilidade das profissionais, em seus turnos de trabalho, aguardando o instante mais propício, conforme as demandas do plantão.

As coordenadoras de enfermagem da UEA e da UEB permitiram o acesso às escalas de serviço, o que facilitou o controle e o planejamento da coleta de dados, assim como contribuíram de maneira significativa, na mobilização da equipe para responder ao instrumento.

A parte referente à caracterização da amostra estudada, no questionário aplicado, esteve dividida em cinco tópicos composto com variáveis que permitiram:

- Identificação do perfil sociodemográfico através das variáveis, sexo, grupo etário, raça/cor, estado civil, religião, se possui filhos, tempo de formada e se possuía curso de pós-graduação;
- Do perfil sócio econômico a partir das informações a respeito da renda pessoal, familiar, sobre quem é o responsável pelo sustento da família, existência de outro vínculo empregatício e se possuíam dependentes;
- Informações sobre a condição de moradia e de vida questionando sobre o tipo de residência, número de moradores e de cômodos, sobre a existência de harmonia no convívio familiar e sobre a percepção da locomoção de casa para o trabalho;
- Hábito de saúde questionando sobre a percepção das enfermeiras sobre seu estado de saúde, prática de atividades físicas, tabagismo, etilismo e hobby;
- Informações sobre os aspectos funcionais através de informações a respeito do tempo que trabalha em unidade de emergência, tempo que trabalha nesta unidade de emergência, percepção do ambiente de trabalho, carga horária semanal desenvolvida, quais os turnos de trabalho, surgimento de plantões extras e o número de atestados médico apresentados no período de um ano.

Para conhecimento da vulnerabilidade das enfermeiras aos fatores estressores do trabalho, utilizamos a escala EVENT. O manual da EVENT orienta a interpretação dos resultados através de uma pontuação bruta e normatiza a leitura dos mesmos por grupo ocupacional e geral (SISTO *et al*, 2007). Assim para interpretação dos resultados utilizaremos os pontos médios do grupo de profissões 3, no qual estão incluídas as enfermeiras, conforme normatização do manual da EVENT.

Assim, a pontuação bruta da EVENT se deu através da soma dos itens assinalados pelos respondentes. Essa pontuação teve os seguintes pontos de corte para situar às enfermeiras em relação ao estresse: inferior até 24; médio inferior 25-35; médio 36; médio superior 37-45 e a superior, 46 ou mais (SISTO *et al*, 2007).

Do mesmo modo, em relação a cada fator, a nota de corte utilizada foi para o fator 1, Clima e Funcionamento Organizacional uma pontuação até 9, indicou nível inferior; 10-14,

médio inferior; 15, médio; 16-19, médio superior e 20 ou mais, superior; para o fator 2, Pressão no trabalho até 10, inferior; 11-14, médio inferior; 15, médio; 16-18, médio superior e 19 ou mais, superior; e para o fator 3, Infra-estrutura e Rotina até 3, inferior; 4- 5, médio inferior; 6, médio; 7-9, médio superior e 10 ou mais, superior.

Para o conhecimento da situação sugestiva da síndrome de Burnout entre as enfermeiras utilizamos o Maslach Burnout Inventory (MBI).

O manual do MBI traz como princípio para o diagnóstico de *Burnout* a obtenção de nível alto para EE e DP e nível baixo para realização profissional. Assim, o enquadramento do profissional nesses três critérios dimensionais indica a manifestação de *Burnout* (MASLACH, JACKSON, 1986).

Desta maneira, de forma independente, são descritas cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional. A nota de corte utilizada foi à empregada no estudo de Maslach. Para exaustão emocional (EE), uma pontuação maior ou igual a 27 indicou alto nível; de 17 a 26, nível moderado; e menor que 16, nível baixo. Para despersonalização (DP), pontuações iguais ou maiores que 13 indicaram alto nível, de 7 a 12 moderado e igual ou menor que 6 nível baixo. Em relação à pontuação da baixa realização profissional (rRP), de zero a 31 indicou alto nível, de 32 a 38 nível moderado e maior ou igual a 39, baixo. O MBI possui validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias (MASLACH, JACKSON, 1986).

A análise dos questionários nos permitiu identificar os valores de três variáveis para cada indivíduo, as quais, conforme a pontuação obtida optou por caracterizar como situação sugestiva da síndrome de *Burnout*: exaustão emocional (EE) igual ou maior que 27, baixa realização profissional (rRP) menor ou igual a 30 e despersonalização (DP) igual ou maior que 13.

Como situação de risco moderado para a síndrome de Burnout foi definida aquela em que dois dos critérios tivessem sido preenchidos.

E o preenchimento de apenas um critério, como não pode ser considerado ausência de situação de risco, que se caracteriza por valores abaixo dos referidos para EE e DP e acima do referido para rRP, a consideramos como situação sugestiva de baixo risco para a síndrome de *Burnout*.

#### 4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Para a constituição da base de dados, foi utilizado o Microsoft Access versão 2002, e para análise dos dados utilizou-se o Software STATA versão 8.0 e os gráficos construídos foram gerados por meio do Harvard Graphics versão 98.

Para descrição das principais características de interesse do estudo foram realizadas análises de distribuições de frequências univariadas e bivariadas, medidas descritivas medianas, médias e desvios padrão e gráficos.

Posteriormente, para atender aos objetivos do estudo, as diferenças entre as proporções foram verificadas por meio do Teste estatístico  $\chi^2$  *Exato de Fischer*, considerando um nível de confiança de 95% ( $\alpha \leq 0,05$ ).

Para validação da consistência interna dos instrumentos utilizados, foram estimados os coeficientes Alfa de Cronbach<sup>1</sup>.

Para a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) o resultado da avaliação de confiabilidade do instrumento, nesse estudo, apresentou um alfa de Cronbach de 0,86 (tanto para UEA como para UEB), portanto, o instrumento apresentou uma boa consistência interna em comparação com os estudos de Sisto *et al* (2007) que variaram entre 0,71-0,91.

Para o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) o instrumento apresentou alfa de Cronbach superior a 0,60 em todas as suas dimensões, demonstrando uma boa consistência interna, inclusive com resultado superior ao encontrado pelas autoras do instrumento original que foi de 0,60 (MASLACH, JACKSON, 1986).

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar o grau de correlação existente entre os valores médios dos fatores da EVENT e as dimensões do MBI e, assim identificar a correlação entre a vulnerabilidade das enfermeiras atuantes nas referidas unidades de emergência, frente aos estressores do trabalho e a Síndrome de *Burnout*

Por fim, para verificação das diferenças dos valores médios dos fatores da EVENT e as dimensões do MBI foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal Wallis.

---

<sup>1</sup> Coeficiente de confiabilidade baseado na consistência interna dos itens de um teste. Seus valores variam entre 0 e 1. Valores negativos mostram absoluta inadequação psicométrica.

## 5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 EXPOSIÇÃO DO PROBLEMA

O trabalho das enfermeiras em unidade de emergência, conforme caracterização anterior, favorece um alto nível de tensão. Nesse cenário elas vivenciam situações que persistem por um longo período de tempo e que muitas vezes ultrapassam a sua capacidade de resistência, influenciando a sua qualidade de vida não só no trabalho como em seu meio social, gerando o estresse contínuo. Este, crônico, é responsável pela Síndrome de *Burnout* (SN).

Visando responder aos objetivos propostos, foi realizada uma leitura sobre o trabalho da enfermagem e da enfermeira em Unidade de Emergência, baseada no referencial teórico da psicopatologia do trabalho, estresse e Síndrome de *Burnout*. Essa leitura foi fundamental para o levantamento dos aspectos históricos sobre o trabalho e como a saúde destas trabalhadoras se comporta diante dos fatores estressores característicos desse mundo.

Nessas leituras, verificou-se que é no ambiente de trabalho que se estabelecem as demandas psicológicas relacionadas ao labor, e o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa (SILVA, 2000) e, dentre eles, os desafios e enfrentamentos. O enfrentamento é considerado qualquer recurso, seja atitude, comportamento, entre outros, que pode ser utilizado por uma pessoa ou profissional para conviver com certas situações que implicam em alterações no modo de vida e trabalho. Mc Haffie (1992) ressalta que no cotidiano, quase todos os indivíduos, onde incluímos as profissionais atuantes, em unidade de emergência repleta de experiências complexas e estressantes, requer alguma forma de enfrentamento para a qual, muitas vezes, a equipe não está preparada e o impacto com esses varia conforme as características organizacionais, com mudanças de papéis, de acordo com as exigências das condições emergenciais.

A grande demanda e os poucos recursos de enfrentamento produzem a percepção do risco de perda de controle (ADÁN, GARCIA, 2003; SILVA, 2007<sup>a</sup>; ARAÚJO, 1999) onde incluímos o controle emocional.

A perda do controle emocional pode propiciar o desgaste a que o profissional está submetido, permanentemente, nas unidades de emergência, onde as relações com o trabalho podem gerar fatores determinantes para o adoecimento. Nessas, os agentes estressores

psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças (RODRIGUES, GASPARINI, 1992).

As doenças, no contexto das unidades de emergência se encontram relacionadas ao aparato tecnológico, ao trabalho complementar das várias categorias profissionais, que integram a equipe, às relações interpessoais no cotidiano, à necessidade de atendimento personalizado e, mais recentemente, ao conhecimento de que nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém o saber necessário para responder todas as demandas (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005).

Em nosso meio, as unidades de emergência se configuram em importante porta de entrada para assistência médica de boa parte da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca das consultas de pronto atendimento, que ocorrem nesses setores hospitalares, pela impossibilidade de outro tipo de atendimento inicial, na rede básica de saúde (porta de entrada presumida) que muitas vezes, não está disponível (O'DWYER, MATTA, PEPE, 2008). Por conta disto, as emergências funcionem com grande demanda espontânea, culminando, com a superlotação possibilitando baixa qualidade de assistência e em consequência o estresse, a exaustão emocional e a baixa realização profissional dos que aí atua. Dessa forma, de acordo com O'Dwyer, Matta, e Pepe (2008), esse ambiente se traduz potencialmente estressor e insalubre para os trabalhadores dessa área, situação, que ocorre nos serviços de emergência do Brasil, tanto, público como privado, assim como, no exterior, em países de grandes potências.

Conseqüentemente, nos atendimentos nas unidades de emergência observam-se profissionais, os quais formados de forma fragmentada, que se debatem em um exercício permanente de articulação de saberes, buscando reciprocidade e respeito para chegar à melhores resultados ou, simplesmente, para menor desgaste físico e emocional.

As enfermeiras que trabalham, nessas unidades, em geral lidam com todas as especialidades e categorias profissionais e se defrontam com situações e circunstâncias das mais diversas, que exigem ações precisas, e não raro, experimentam sua impotência pela necessidade de habilidades de negociação permanente, diante das mesmas, já que não podem resolver sozinhas. Torna-se, portanto, a mais duramente atingida neste ambiente conflituoso, por estar diretamente envolvida com o cuidado e com a gerência de recursos do processo de trabalho da equipe de enfermagem, além de serem, também, intermediárias entre a família e a equipe de atendimento.

No sentido de responder a questão norteadora desse estudo foi efetivada a pesquisa de campo em duas organizações hospitalares de grande porte na cidade de Salvador-Ba. Com

base na metodologia adotada, os dados foram submetidos à análise quantitativa. Esta foi efetivada, a partir dos dados objetivos, obtidos do instrumento utilizado que esteve composto por três partes: a primeira com dados de identificação para a caracterização do perfil sociodemográfico, perfil econômico, hábitos de saúde e informações relativas aos aspectos funcionais, das informantes do estudo. A segunda parte foi constituída pela Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT, com questões que envolvem a percepção do indivíduo frente à instituição organizacional, à filosofia da empresa, relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e de sentimentos do respondente frente às suas atividades laborais, como motivação e autonomia (SISTO L L , 2007), que avalia a vulnerabilidade dessas trabalhadoras frente aos estressores, ou seja, frente, as circunstâncias do cotidiano do seu trabalho que influenciam a conduta das mesmas, a ponto de caracterizar certa fragilidade. E a terceira parte, pelo Questionário de *Maslach Burnout Inventory* (MASLACH, JACKSON, 1986), traduzido e adaptado para o português por Tamayo (1997), para avaliação da síndrome de *Burnout*, entre as mesmas.

Portanto, para responder aos objetivos propostos, iniciamos a apresentação e análise dos resultados com a caracterização sociodemográfica, perfil econômico, hábitos de saúde e informações relativas aos aspectos funcionais, das informantes; seguido da apresentação e discussão sobre os resultados da EVENT, identificando a vulnerabilidade dessas enfermeiras aos agentes estressores do trabalho; posteriormente, trazemos a discussão sobre o resultado do MBI, através do qual, identificou-se a situação de risco para a síndrome de *Burnout* em que se encontram essas enfermeiras; e por fim, a correlação existente entre os fatores estressores do trabalho e as dimensões da síndrome de *Burnout*, no sentido de proporcionar aos gestores, dessas organizações e categoria, informações para que se reflita sobre políticas de recursos humanos mais adequadas para preservação da saúde física e emocional, dessas trabalhadoras, abrindo possibilidades para o salto qualitativo na atenção às necessidades do cliente através do desenvolvimento de estratégias de prevenção e manutenção da saúde psicoemocional das mesmas.

A partir do universo de 60 enfermeiras das duas organizações participaram do estudo (41) enfermeiras que representaram 68,3% da população alvo.

Na unidade de emergência da organização A (UEA) com 40 enfermeiras, (24) 60%, participaram do estudo, (16) 40% se recusaram alegando não terem visto resultados concretos de outras pesquisas, já efetuadas na unidade, durante sua vivência profissional e, por conta disso, não se sentiam motivadas a participar, apesar da tentativa de convencê-las a acreditar no potencial deste estudo.

Já na unidade de emergência da organização B (UEB), com 20 enfermeiras, obtivemos (17) 85% do universo, sendo excluídas do total das enfermeiras, apenas (03) 15% pelos seguintes motivos: uma, era enfermeira coordenadora, autora desta pesquisa e duas por não atenderem ao critério pré-estabelecido relativo ao tempo de atuação.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Considera-se importante caracterizar as informantes, deste estudo, para compreender como os dados do perfil sócio-demográfico, econômico, hábitos de saúde e informações relativas aos aspectos funcionais podem subsidiar, durante o curso da análise, o entendimento das discussões. Abaixo a **Tabela 1**, inicia a apresentação desses resultados.

**Tabela 1.** Perfil sócio-demográfico das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VARIÁVEL	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Sexo</b>					
Feminino	23	95,8	14	82,3	90,2
Masculino	1	4,2	3	17,6	9,8
<b>Grupo etário (anos)</b>					
19-24	3	12,5	-	-	7,3
25-34	13	54,2	13	76,5	63,4
35-44	4	16,7	4	23,5	19,5
45 ou mais	3	12,5	-	-	7,3
Sem informação	1	4,1	-	-	2,5
<b>Raça/cor</b>					
Branca	7	29,2	4	23,5	26,8
Preta	2	8,3	-	-	4,9
Parda	13	54,2	11	64,7	58,5
Amarela	1	4,2	2	11,8	7,3
NRA	1	4,1	-	-	2,5
<b>Estado Civil</b>					
Casada (o)	6	25	6	35,3	29,3
Solteira (o)	13	54,2	10	58,8	56,0
União estável	3	12,5	-	-	7,3
Divorciada (o)	2	8,3	-	-	4,9
NRA	-	-	1	5,9	2,5
<b>Religião</b>					
Católica	16	66,7	11	64,8	65,8
Evangélica/Protestante	1	4,1	3	17,6	9,8
Espírita	4	16,7	3	17,6	17,1
Nenhuma	3	12,5	-	-	7,3

<b>Possui Filhos</b>					
Sim	11	45,8	4	23,5	36,6
Não	13	54,2	13	76,5	63,4
<b>Tempo de formado</b>					
< 5 anos	14	58,4	8	47,1	53,7
5-10 anos	5	20,8	6	35,3	26,8
> 10 anos	5	20,8	3	17,6	19,5
<b>Pós Graduação</b>					
Sim	19	79,2	14	82,4	80,5
Não	5	20,8	3	17,6	19,5

Fonte de dados: pesquisa direta

Analisando, a **Tabela 1**, que traz as informações referentes ao perfil sociodemográfico das informantes, observa-se que, neste estudo, o sexo feminino representou 90,2% da população pesquisada, cujo resultado coaduna com as reflexões de Lopes (1992) ressaltando que tradicionalmente, as mulheres sempre estiveram presentes na área de saúde, e em maioria na prestação formal e informal de cuidados, enquanto os estudos sobre o estresse apontam para a maior propensão das mulheres sucumbirem ao mesmo mais do que os homens, em relação à síndrome de *Burnout*, já não são unânimes, quanto esta possibilidade de maior incidência dizer respeito ao sexo (BUSSING, GLASER, 2000; JANSSEN, SCHAUFELI, HOUKEST, 1999).

Ainda, conforme os autores acima, de modo geral, as mulheres têm apresentado pontuações mais elevadas em exaustão emocional e os homens em despersonalização. Tais diferenças podem ter explicação nos papéis socialmente aceitos, ou seja, o fato de, às mulheres serem permitida expressão mais livre de suas emoções, que se destaca como a fonte de expressão de suas dificuldades e conflitos, aliviando os sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto que aos homens, sem essa permissão familiar e socialmente construída imposta, pela característica de ser homem, essas emoções acabariam sendo expressas, somente, de forma inadequada, após atingir um nível insuportável.

Desse modo, a exaustão emocional, nas mulheres pode ser relacionada à dupla, tripla jornada de trabalho (profissional, lar) a que a maioria está sujeita. Outro aspecto a se considerar é a possibilidade de interferência, entre as características da profissão e a questão de gênero, uma vez que, algumas são predominantemente masculinas, como a de policiais ou bombeiros, e outras femininas como na enfermagem ou docência (MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001; SCHAUFELI, ENZMANN, 1998).

Ainda na tabela 1, observa-se a predominância da faixa etária de 25-34 anos, na qual 63,4% das enfermeiras dessas unidades, se encontram. A média de idade das enfermeiras na

UEA foi de 29,5 anos com desvio padrão (DP) de 13 e, na UEB 31 anos com desvio padrão (DP) de 4,5, configurando desta forma uma população jovem.

De acordo com Nogueira (2003) no que se refere aos aspectos sociológicos das profissões da área da saúde, há um rejuvenescimento da força de trabalho, que representa uma crescente inserção de jovens com idade entre 20 e 29 anos.

Nesse estudo, levanta-se o seguinte questionamento: será que as profissionais mais jovens, diante da complexidade do trabalho em unidades de emergência estão menos preparadas para o estresse ou estão mais susceptíveis a essa situação pela demanda de atividades que exigem urgência no atendimento, para o qual ainda se sentem inseguras?

A resposta a essa questão é demonstrada nas pesquisas de Carlotto e Nakamura (2006), nas quais destacam que os jovens estão mais susceptíveis a apresentarem maiores níveis de estresse e *Burnout*, provavelmente devido ao entendimento irreal a respeito do que podem ou não fazer e, portanto, tornam-se freqüentes as frustrações profissionais.

Essas ocorrem, ainda, de acordo, com os autores acima, principalmente, nos recém formados, que necessitam aprender a lidar com as demandas do trabalho e, por este motivo, podem vir a, com maior freqüência, desenvolver transtornos psíquicos menores, por conta, provavelmente, de que toda situação nova desencadeia insegurança e, constitui-se em um agente estressor capaz de contribuir para o surgimento do estresse contínuo, que pode conduzir a síndrome de *Burnout*.

Nessa mesma linha, Araujo (1999) encontrou prevalência de 33% para Transtornos Mentais Menores entre trabalhadores de enfermagem com 36 anos ou mais em seu estudo. Já Mallar e Capitão (2004) colocam que, os mais velhos por serem, provavelmente dotados de estratégias mais eficazes de enfrentamento, aprendidas ao longo dos anos, se tornam menos vulneráveis, aos agentes estressores, conseqüentemente, adquirem maior domínio sobre a sua prática e maior autoconfiança.

Conforme, pode ser visto na tabela 1, a raça, religião e estado civil dentre as enfermeiras, deste estudo, 58,5% se auto-intitulam pardas, característica predominante no estado da Bahia; 65,8% católicas e 56 % são solteiras. Diante desses resultados levanta-se a seguinte questão: por que a maioria, das informantes, cujos dados somados resultam em 92,7% que tem um suporte na crença religiosa não apresenta diferenças no surgimento do estresse? Será que realmente, o suporte religioso tem impacto no controle desse fenômeno ou as informantes o utiliza, apenas, em momentos de conflitos, sem a devida confiança e segurança religiosa?

Quanto ao aspecto da maioria ser solteiras, pode mostrar menor resistência, ao enfrentamento do estresse, pois, geralmente, se atribui ao casamento, ou ao fato de ter um companheiro(a) estável, menor propensão ao *Burnout*. Os autores ressaltam que os maiores valores da síndrome têm sido apontados nos solteiros, viúvos ou divorciados (BURKE, GREENGLASS, 1989; LEITER, 1990; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001; RAQUEPA, MILLER, 1989 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002), já outros, sinalizam para o contrário (CONSTABLE, RUSSELL, 1986; ROSS, RUSSELL, 1989) ou para nenhuma interferência significativa entre as variáveis (ACKERLEY, BURNELL, HOLDER, KURDEK, 1988 *apud* BENEVIDES, 2002).

Desse modo, é indispensável, conforme Schaufeli e Ezzmann (1998), se atentar para o que diz respeito à qualidade do relacionamento e não somente a ter ou não um parceiro. Esses autores afirmam, ainda, que a idade e questões psicossociais podem estar presentes, devendo portanto, ser consideradas.

Destaca, neste estudo, que 63,4% das enfermeiras não possuem filhos. Tal ocorrência se traduz numa tendência da contemporaneidade, onde a família tem sido reduzida a um número menor de membros, que pode ser observado através, do resultado onde 61% dessas enfermeiras informam uma quantidade de apenas, 1 a 3 moradores em sua residência nas quais estão inclusas, no caso das solteiras, os pais e das casadas ou com uniões estáveis, o casal e apenas um filho.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o fato de ter ou não filhos, assim como a quantidade são variáveis controvertidas; entretanto, outro pesquisador, Cobb (ANO), afirma que a paternidade equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações de conflito e dos agentes estressores ocupacionais (BENEVIDES, 2002).

Coaduna-se com esse autor, pois, na experiência profissional, observa-se que a preocupação da mãe com os filhos melhora a forma de enfrentamento do estresse, na prática profissional.

Nessa mesma linha, Vega e Urbániz (1997) não encontraram diferenças significativas neste fator. Em uma pesquisa conduzida por Sampson (1990) foi encontrado níveis baixos de estresse, em psicólogos com filhos do que, naqueles que não os tinham morando consigo.

Quanto à experiência profissional (tempo de formada), ainda na tabela 1, este estudo revela que 53,7% das enfermeiras possuem menos de 5 anos de formadas. Neste aspecto não se encontra consistência, por alguns estudiosos que descrevem o *Burnout*, como um processo de desgaste progredindo com o tempo, enquanto outros têm apontado maior incidência, nos

recém ingressos, no mercado de trabalho, possivelmente, devido a pouca experiência na profissão ou organização, por não ter desenvolvido formas de enfrentamentos adequados a situação, ou ainda, a soma de outros fatores associados a pouca idade (SCHAUFELI, 1999), que conduz a inferência de que é causa, muitas vezes, de abandono da profissão ou a mudança de área de atuação.

Ainda, nessa linha de pensamento os estudos de Codo, Menezes (1999) reportam um incremento gradativo do *Burnout*, através dos anos, na função docente, atingindo os valores mais elevados entre 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente, embora, na realidade infere-se que este fato não acontece com frequência, pois, na experiência atual observa-se, informalmente, que a maioria desses profissionais busca a aposentadoria, demonstrando insatisfação, como forma de alívio do sofrimento, na função a que estão submetidos, ou quando impedidos, buscam afastamento por problemas de saúde.

Quanto, à qualificação (existência de pós-graduação), observa-se que 80,5% das informantes possuem curso de pós-graduação com predominância nas áreas de emergência e terapia intensiva, revelando a valorização do aperfeiçoamento profissional para o desenvolvimento da função, nas respectivas áreas, ressaltando o interesse de atuarem, nas unidades correspondentes.

Embora, parecendo optarem pela área, Benevides (2002) destaca que o nível de *Burnout* tem se apresentado mais elevado nas pessoas que possuem maior nível educacional que naquelas de menor nível. Nos grupos, com nível educacional mais elevado, as pontuações de exaustão emocional (EE) e despersonalização (DP) encontram-se mais altas, que em grupos, com menor grau de escolaridade, assim como, para a escala de realização profissional (RP), em que estes últimos sentem-se menos realizados.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), Schaufeli e Ezzmann (1998) destacam que maiores expectativas profissionais ou maior nível de responsabilidade pode, talvez explicar o aumento da EE e DP. Quanto à realização profissional, pode estar relacionada ao status e o reconhecimento de que desfruta muita das profissionais de nível superior com grau de pós-graduação, aspecto este, cada vez mais requerido pelo mercado de trabalho.

Completando a análise e discussão dos resultados, referente a tabela 1, observou-se que entre as unidades de emergência estudadas não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes, o que sugere que o perfil sócio demográfico das mesmas tendem a ser parecidos.

A **Tabela 2** traz o perfil econômico das enfermeiras, desse estudo. Observa-se que 85,4% delas possuem renda pessoal e familiar superior a quatro salários mínimos; 51,2% são

responsáveis pelo sustento da família; 56.1 % possuem outro vínculo e 52,5% não têm dependentes.

**Tabela 2.** Perfil econômico das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VARIÁVEL	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Renda pessoal</b>					
2 a 3 salários mínimos	1	4,2	-	-	2,4
3 a 4 salários mínimos	2	8,3	2	11,8	9,8
Superior a 4 salários mínimos	20	83,3	15	88,2	85,4
Não quis responder	1	4,2	-	-	2,4
<b>Renda Familiar</b>					
Até 1 salário mínimo	-	-	1	5,9	2,4
3 a 4 salários mínimos	1	4,2	1	5,9	4,9
Superior a 4 salários mínimos	20	83,3	15	88,2	85,4
Não quis responder	3	12,5	-	-	7,3
<b>Responsável pelo sustento da família</b>					
A entrevistada (o)	14	58,4	7	41,2	51,2
O companheiro/companheira	2	8,3	5	29,4	17,1
Todos da família	4	16,7	3	17,6	17,1
Não se aplica	2	8,3	1	5,9	7,3
Outros	2	8,3	1	5,9	7,3
<b>Possui dependentes</b>					
Sim	12	52,2	7	41,2	47,5
Não	11	47,8	10	58,8	52,5

Fonte de dados: pesquisa direta

Nesta tabela pode-se observar que as enfermeiras, desse estudo possuem uma situação econômica confortável. De acordo com Attomakl *et al* (2003), melhores condições sócio econômicas são apontadas como associadas a uma melhor condição da capacidade para o trabalho. Entretanto, acreditamos que essa condição mais confortável, economicamente, resulta de duplos, triplos vínculos empregatícios, já que a atual situação econômica e política brasileira, somada à diminuição do valor salarial, redução do mercado de trabalho e, conseqüentemente desemprego, conduz a este comportamento, o que provoca aumento da carga horária semanal e como resultado uma carga de trabalho extenuante.

No Brasil é comum, tal pratica, que o profissional de enfermagem mantenha no mínimo dois empregos, tal comportamento tem sido prejudicial à saúde dessas trabalhadoras, pois acabam comprometendo suas horas de descanso, lazer, estudo. Como conseqüência, no cotidiano dos serviços, observa-se, principalmente, o surgimento dos atestados médicos de

curto período, como, por exemplo, aqueles de dois, três dias, que coincidentemente acontece, quando está voltando de uma folga (que na maioria das vezes, trabalhou em outro serviço) e estaria trabalhando, doze por vinte e quatro, no caso, das que fazem a jornada de trabalho de 36 hs/semanais e, naquelas que vivenciam a jornada de 44hs/semanais e iniciariam a seqüência de M ou T ou SN, após o final de semana de folga (?).

Sabe-se que o trabalho das enfermeiras em ambiente hospitalar tem sido apontado como estressante e fatigante, aspecto apontado por Pinho e Araujo (2007), em seu estudo, sobre o trabalho da enfermagem, em uma unidade de emergência hospitalar, e transtornos mentais, o qual revelou que as enfermeiras que possuem jornadas prolongadas, assim como aquelas que ocupam cargos de chefia são as mais afetadas pelos transtornos mentais.

Nessa mesma linha de pensamento, Brito (2000) e Portela *et al* (2005) confirmam que longas jornadas de trabalho estão estritamente relacionadas a desordens músculo esqueléticas, hipertensão arterial, doenças do coração, estresse, tensão, irritabilidade, insônia, síndromes gripais freqüentes, reações alérgicas, dermatites, fatores relevantes para qualidade de vida dessas trabalhadoras.

Dessa forma, a sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis mais apontadas como predisponente ao estresse ocupacional e a *Burnout*. Esta diz respeito tanto à quantidade quanto à qualidade excessiva de demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou da infra-estrutura organizacional.

Entendendo por sobrecarga quantitativa, o excesso de atividades a realizar, num determinado período de tempo e por sobrecarga qualitativa, excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador (PEIRÓ, 1993 *apud* MARTINS, 2003). Entretanto, ainda de acordo com esse autor, o trabalho demasiado leve, também pode resultar também num importante estressor, situação que não ocorre para a categoria da enfermagem, principalmente, as de unidade de emergência.

A **Tabela 3** descreve as condições de moradia e vida dessas enfermeiras. 65,9% delas possuem casa própria; 63,4% diz que esta possui seis cômodos ou mais; 61% informaram que o numero de moradores é de uma a três pessoas e 97,6% que a convivência é harmoniosa. Em relação à locomoção de casa para o trabalho, 44% delas alegam que é fácil, 41,5% que é cansativa.

**Tabela 3.** Condições de moradia e de vida das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VARIÁVEL	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Tipo de Residência</b>					
Própria	16	66,7	11	64,7	65,9
Alugada	7	29,2	4	23,5	26,8
Outros	1	4,1	2	11,8	7,3
<b>Numero de moradores</b>					
1-3	13	54,2	12	70,6	61,0
4-5	8	33,3	5	29,4	31,7
6 ou +	3	12,5	-	-	7,3
<b>Numero de cômodos</b>					
1-3	4	16,7	5	29,4	22,0
4-5	3	12,5	3	17,6	14,6
6 ou +	17	70,8	9	53,0	63,4
<b>Convivência Harmoniosa</b>					
Sim	23	95,8	17	100,0	97,6
Não	1	4,2	-	-	2,4
<b>Locomoção de casa para o trabalho</b>					
Fácil	11	45,8	7	41,2	44,0
Difícil	-	-	1	5,9	2,3
Cansativa	12	50,0	5	29,4	41,5
Estressante	1	4,2	4	23,5	12,2

Fonte de dados: pesquisa direta

Sobre as condições de moradia e vida dessas enfermeiras, os resultados demonstram boa estrutura. A casa é própria e confortável, número pequeno de moradores, convivência harmoniosa e locomoção para o trabalho fácil, apesar de cansativa. Esses provocam alguns questionamentos: estarão essas enfermeiras mais protegidas do estresse e da síndrome de *Burnout*, já que os resultados demonstram uma boa estrutura econômica, assim como condições boas de moradia?

Sabe-se da importância do suporte familiar e social diante das diversas situações estressoras que se apresentam em nossas vidas, através de estudos epidemiológicos, como o de Penninx *et al*, 1997; Dalgard, Haheim, 1998; Berkman, Glass, 2000, ressaltando a importância do ambiente psicossocial na saúde, onde eles observaram consistentemente uma relação inversa entre a intensidade de laços sociais e a mortalidade geral, por exemplo. Além disso, foram demonstradas associações inversas entre laços sociais e utilização de serviços de saúde para fins de diagnóstico e tratamento (DRESSLER, BALIEIRO, SANTOS, 1997). Assim, questiona-se, será que essas enfermeiras possuem laços sociais e familiares

construídos e alimentados de forma a protegê-las das demandas psicossociais a que estão submetidas no cenário das unidades de emergência?

Como garantir o suporte familiar e social diante da realidade contemporânea que exalta constantemente o aumento da produção e do consumo? Sendo que o aumento da produção requer dos trabalhadores o máximo da sua força de trabalho por um mínimo na participação dos lucros e, como forma de atender ao apelo consumista da sociedade, os trabalhadores abdicam da sua condição de Ser, o que, como consequência se traduz sofrimento, adoecimento e morte solitárias, pois não foram fortalecidos os laços familiares e sociais. A **Tabela 4**, demonstrada abaixo, traz informações a respeito dos hábitos de saúde. Os resultados obtidos revelam que, 61% das enfermeiras consideram que sua saúde é boa, enquanto 39% a consideram regular. Conveniente observar que as enfermeiras da UEA se dividem, metade afirma que é boa e a outra regular; na UEB 76,5% afirmam que ela é boa enquanto 23,5% a percebem regular. Um dado curioso é, quando questionadas sobre a prática de atividades físicas, 68,3% das enfermeiras colocam que não a praticam. Em compensação, nota-se que 97,6% delas não são tabagistas, aspecto que conta a favor da saúde das coronárias e dos pulmões, dessas enfermeiras. No que diz respeito ao consumo de bebidas, 53,6% delas alegam não ingerir bebidas alcoólicas; 70,7% delas possuem um *hobby*.

**Tabela 4.** Hábitos de saúde das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VARIÁVEL	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Como percebe seu estado de saúde</b>					
Bom	12	50,0	13	76,5	61,0
Regular	12	50,0	4	23,5	39,0
<b>Pratica atividade física</b>					
Sim	5	20,8	8	47,1	31,7
Não	19	79,2	9	52,9	68,3
<b>Tabagista</b>					
Sim	-	-	1	5,9	2,4
Não	24	100,0	16	94,1	97,6
<b>Etilismo</b>					
Não bebe	14	58,4	8	47,1	53,6
Bebe socialmente	8	33,3	9	52,9	41,5
Apenas nos finais de semana	2	8,3	-	-	4,9
<b>Possui algum hobby</b>					
Sim	16	66,7	13	76,5	70,7
Não	8	33,3	4	23,5	29,3

Fonte de dados: pesquisa direta

Quanto aos hábitos de saúde, um dado preocupante é, quando questionadas, sobre a prática de atividades físicas, mais da metade coloca que não a pratica, aspecto que contribui, de forma negativa, para o controle dos resultados desfavoráveis promovidos pela vivência, num ambiente complexo e conflituoso, como as unidades de emergência.

De acordo com Tamayo (2001), variáveis situacionais que não se restringem aos aspectos organizacionais, como a atividade física regular, parecem ter influência sobre o estresse ocupacional, apontando que trabalhadores que não praticam exercícios físicos, regularmente tendem a apresentar um nível de estresse superior. Ainda, de acordo com esse autor, o exercício físico regular desenvolve o condicionamento cardíaco, e este provoca na corrente sanguínea, uma redução de substâncias associadas ao estresse. Assim, além da dimensão fisiológica dos efeitos da atividade física, destaca-se a dimensão psicossocial de várias modalidades que esta promove, sendo a interação social e a comunicação interpessoal poderosas ferramentas para lidar com situações estressantes, podendo servir de estratégias para o equilíbrio saúde-doença dessa equipe.

Smeltezer e Bare (2000) advogam que, o estilo de vida saudável, neutraliza os efeitos dos estressores. Assim, equilibrar as atividades físicas e o repouso, alimentar-se adequadamente, não fumar, não ingerir café, refrigerantes e bebidas alcoólicas, em excesso, pode contribuir para a manutenção da capacidade de adaptação e homeostase do organismo, que se configura em fator de proteção contra as demandas de esforço, com as quais se convive no cotidiano.

Dessa forma, ações que estimulem e promovam a prática dos exercícios físicos para essas profissionais, devem ser consideradas como ponto importante no planejamento de estratégias para a saúde dessas enfermeiras. Apesar do aspecto negativo, relativo a não prática de exercícios, essas não são tabagistas, aspecto que conta a favor de sua saúde.

A atenção a saúde tem sido foco de muitas matérias na mídia em geral. Fala-se muito sobre a necessidade de uma boa alimentação, manutenção de atividade física, assim como a ênfase em relação ao lazer e no quanto essas atitudes possuem impacto sobre a nossa qualidade de vida. Contudo, além de todas as considerações acima serem importantes para o alcance da tal almejada felicidade, antes é necessário que os indivíduos tenham consciência do que acontecem consigo, como percebem sua saúde, suas vidas; de forma que, atitudes positivas sejam assumidas diante das necessidades de mudanças para o alcance da saúde e do bom viver.

No que diz respeito à prática de hobby, este ficou em sua maioria relacionada a atividades de pouco movimento, como ouvir musica, leituras, shows, passear com a família,

etc. aspecto, esse, que contribui de acordo com o exposto acima, uma fonte de alívio do estresse, promove o convívio social e familiar e, dessa forma, fortalecimento do suporte psicossocial.

Finalmente, no que diz respeito à caracterização da amostra, apresentamos a tabela 5, que nos traz informações a respeito dos aspectos funcionais das mesmas.

Em relação, a esses, dos resultados obtidos e apresentados nessa tabela, 83,4% das enfermeiras da UEA trabalham em emergências há menos de 5 anos, assim como, também, 91,3% delas nesta emergência. Já as enfermeiras da UEB se distribuíram de forma mais heterogênea em relação ao tempo que trabalham em unidade de emergência, 52,9% menor que 5 anos e 41,2% entre 5-10 anos. Diferem, também, das enfermeiras da UEA em relação ao período que trabalham nesta emergência, 70,6% menor que 5anos e 29,4% entre 5-10 anos. Essas diferenças são estatisticamente significantes, como pode ser observado através do valor de p menor que 0,05.

**Tabela 5.** Aspectos funcionais das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VARIÁVEL	valor de p	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
		A		B		
		n	(%)	n	(%)	
<b>Período que tempo trabalha em emergência</b>						
< 5 anos	<b>0,031</b>	20	83,4	9	52,9	70,7
5 a 10 anos		2	8,3	7	41,2	22,0
> 10 anos		2	8,3	1	5,9	7,3
<b>Período tempo que trabalha nesta emergência</b>						
< 5 anos	<b>0,005</b>	21	91,3	12	70,6	82,5
5 a 10 anos		-	-	5	29,4	12,5
> 10 anos		2	8,7	-	-	5,0
<b>Percepção ambiente do trabalho</b>						
Ótimo		-	-	1	5,9	2,4
Bom	<b>0,010</b>	2	8,3	7	41,2	22,0
Ruim		2	8,3	3	17,6	12,2
Inadequado		19	79,2	4	23,5	56,1
Não respondeu		1	4,2	2	11,8	7,3
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>						
30 - 36		15	62,5	-	-	36,7
37 – 40	<b>0,000</b>	4	16,7	-	-	9,7
Superior a 40		4	16,7	17	100,0	51,2
Não informou		1	4,1	-	-	2,4

<b>Turnos trabalhados</b>						
Manhã		2	8,7	2	11,8	10,0
Tarde	0,135	2	8,7	5	29,4	17,5
Noturno		4	17,4	5	29,4	22,5
Misto		15	65,2	5	29,4	50,0
<b>Surgimento de plantões extras</b>						
Sim	0,028	9	37,5	1	5,9	24,4
Não		15	62,5	16	94,1	75,6
<b>No período de 01 ano nº de Atestados médico</b>						
Nenhum		12	50,0	8	47,1	48,8
1 - 2	0,884	8	33,3	7	41,2	36,6
3 - 5		4	16,7	2	11,8	14,6
<b>Existência de outro vínculo</b>						
Sim	0,538	16	66,7	7	41,2	56,1
Não		8	33,3	10	58,8	43,9

Fonte de dados: pesquisa direta

Os resultados apresentados nessa tabela, referentes ao tempo de trabalho em unidade de emergência, reproduzem o que é encontrado nos diversos estudos envolvendo as unidades de emergência, ou seja, os profissionais que ai está atuando são jovens na idade e jovens na profissão. Questiona-se por que unidades complexas como as emergências, que requerem um profissional amadurecido profissionalmente e emocionalmente está povoada por trabalhadores tão jovens? Será que este aspecto se dá por conta do desafio que essas unidades representam e, em decorrência da característica do comportamento das pessoas jovens, no que diz respeito à maior propensão a aventuras e descobertas, aceitam mais facilmente a proposta de trabalhar num cenário como as emergências? Ou o desconhecimento dessa realidade os leva a aceitarem, essa proposta? Ou isto acontece em decorrência da dificuldade dos gestores captarem profissionais mais amadurecidos profissionalmente e emocionalmente para essas unidades? Sendo uma porta de entrada para o profissional jovem, por que não os encontramos ou encontramos uma parcela pouco representativa na faixa de 5 – 10 anos ou mais de 10 anos?

Para responder a esses questionamentos, os estudos não apresentam concordância quando descrevem o *Burnout* como um processo de desgaste que se incrementa com o tempo. Enquanto uns o descrevem como um fator desencadeante outros tem apontado maior incidência nos que ingressam no mercado de trabalho, possivelmente devido a pouca experiência na profissão e/ou na instituição, por não haver ainda desenvolvido formas de enfrentamento adequadas à situação, ou ainda, fatores associados à baixa idade (SCHAUFELI, 1999).

Codo, Menezes (1999) reportaram um incremento gradativo do *Burnout* através dos anos na função docente, atingindo os valores mais elevados entre 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente.

Já Freudenberger (1974) coloca que a síndrome de *Burnout* começa a manifestar-se a partir do primeiro ano na organização. Aqui, devem-se agregar os efeitos do tempo de profissão.

Ao serem questionadas sobre a percepção do ambiente de trabalho, conforme tabela 5, 79,2% das enfermeiras da UEA colocam ser Inadequado. Na UEB 41,2% das enfermeiras, o consideram ruim e inadequado, enquanto que 41,2% delas o consideram Bom e 5,9% Ótimo. As enfermeiras da UEB avaliam melhor seu local de trabalho do que as da UEA, a percepção do ambiente de trabalho é muito importante para o enfrentamento dos fatores estressores do mesmo, provavelmente, essa diferença ( $p=0,010$ ) se dê, por conta, como se pode observar de, as enfermeiras da UEB possuir uma frequência, proporcionalmente mais equilibrada, entre as que possuem menos de 5 anos e as que se encontram entre 5-10 anos, do que a UEA, ou seja, as enfermeiras da UEB, podem ter desenvolvido um ambiente mais confortável, em decorrência de uma maior maturidade, tanto profissional como emocional, entre elas, diferentemente do ambiente das enfermeiras da UEA, onde a maioria é de menos de 5anos, aspecto que é validado pelas pesquisas, quando colocam que a idade e o tempo de exercício da função promovem a segurança e melhora o enfrentamento dos desafios que são impostos.

Albert e Ururahy (1997) *apud* Fiorelli (2000) *apud* Silva *et al* (2009) sinalizam para as questões referentes às relações interpessoais, como um dos principais fatores causadores de tensão exagerada nas organizações. A inexistência ou insuficiência de treinamento para lidar com colegas ou clientes agressivos, falta de treinamento em expressão verbal, preparação insuficiente de líderes e chefes, falta de informações que originam interpretações equivocadas de motivos, que levaram determinado funcionário a agir de uma forma ou de outra, entre outros, podem se caracterizar como fatores, que iniciam ou acentuam conflitos entre as pessoas da organização e, conseqüentemente, favorecer o adoecimento delas. Conflitos disfuncionais no trabalho atrapalham o bom desempenho dos trabalhadores, desencadeando situações de risco às doenças emocionais.

Para Robbins (2005), conflitos oriundos de relações interpessoais são quase sempre disfuncionais; o atrito e a hostilidade interpessoais aumentam o choque de personalidade, reduzindo a compreensão mútua, impedindo ou dificultando as tarefas organizacionais.

Para as enfermeiras que trabalham em unidades de emergência, por todas as suas características complexas e estressantes, discutidas anteriormente, e diante das considerações

dos autores acima citados, trabalhos que promovam o autoconhecimento e a interação, entre as equipes, são necessários serem desenvolvidos, em ambas as organizações, sendo mais premente para as enfermeiras da UEA, contudo, isto não diminui a importância e a urgência do estabelecimento dessa estratégia, também, para as enfermeiras da UEB, pelo fato de existir uma melhor avaliação do ambiente que das da UEA. Essa consideração é feita, principalmente, por saber que, as unidades de emergência, constituem-se de profissionais jovens e que, quando mais amadurecidos e seguros, tecnicamente e emocionalmente, tendem a abandonar a área por compreender o que ela representa para a sua saúde física, psíquica e emocional.

Assim, trabalhar com enfermeiras jovens e, portanto, pouco amadurecidas no aspecto emocional, requer dos gestores um olhar atento a questão dos relacionamentos interpessoais que se estabelecem nesse ambiente, e a importância de promover de ações que favoreçam um ambiente de trabalho saudável, onde os conflitos sejam tratados de forma clara com a participação da equipe na busca das soluções.

Ainda, conforme Tabela 5, em relação à carga horária semanal desempenhada na UEA, 62,5% das enfermeiras ficaram entre 30 -36 horas, enquanto, na UEB, 100% delas trabalham mais de 40 horas semanais, apresentando entre os grupos diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ).

A diferença encontrada entre a carga horária semanal desempenhada na UEA e na UEB, se dá por conta de que em dezembro de 2008, a organização B, modificou a jornada de trabalho mês para 44hs/semanais para todas as enfermeiras. As escalas são elaboradas com equipes de M ou T fixas durante a semana e MTs nos finais de semana e feriados, sendo que, para poder usufruir de um final de semana de folga elas fazem MTs, as segundas e sextas que precedem e antecedem seu final de semana. Quando na escala nos finais de semana, trabalham MT no sábado e MT no domingo. As escalas da equipe do noturno, também são fixas, possuem jornada de 12 horas (19 às 7) e são elaboradas com SN, descanso, SN; e, para desfrutarem de um final de semana de folga, configurado com saída do SN no sábado e folga no domingo, precisam, pelo menos, em um dos finais de semana, trabalhar SN no sábado e SN no domingo seguidos; nos demais finais de semana estarão trabalhando ou no sábado ou no domingo de SN.

A conformação da escala na UEA, enfermeiras de assistência, trabalham num regime de 12hs (MT ou SN) fazendo um total de 36hs semanais, quando não é necessária a dobra de serviço, por conta da ausência do seu substituto.

As horas trabalhadas estão distribuídas em quatro turnos de trabalho 10% das enfermeiras informam que trabalham pela manhã, 17,5% no período da tarde, enquanto 22,5% no noturno e 50% no misto. Observando os resultados por unidade têm-se, 82,6% das enfermeiras na UEA e 58,8% na UEB, quando somando o noturno e misto. No turno misto estariam inclusas as enfermeiras que possui mais de um vínculo composto por MT (7 às 19) e SN (19 às 7), ou M (7 às 13) e SN, ou T (13 às 19) e SN, nessa variável, os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significantes.

Em relação aos turnos de trabalho a maioria das enfermeiras desse estudo ficou no misto, seguido pelo noturno, o que sinaliza para a prática de mais de um vínculo empregatício, aspecto que, em ambas as organizações, entre as enfermeiras, não apresentam diferenças estatisticamente significantes.

Estudos revelam que a sobrecarga de trabalho, rodízios de horários e sistema de plantão são fontes de pressão para os profissionais no exercício de suas atividades, e o prolongamento da jornada de trabalho acaba intensificando o desgaste físico e psicológico do trabalhador, resultando em fator desencadeante de estresse e sofrimento mental (PINHO, ARAÚJO, 2007).

Outra informação a ser considerada, que observa-se na tabela 5, é que 51,6% das informantes, possuem mais de um vínculo, o que acaba sendo mais um fator de sobrecarga, além das já impostas pela modelo de escala com jornadas longas, num ambiente potencialmente estressor. Ainda, como fonte de sobrecarga e estresse elas convivem com a possibilidade de dobra de serviço e o desgaste resultante do processo de deslocamento para o outro local de trabalho, para aquelas, que possuem outros vínculos empregatícios.

De acordo com Benevides (2002) a sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis mais apontadas como predisponentes ao *Burnout*. Refere-se tanto à quantidade como à qualidade excessiva de demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo, ou da infra-estrutura organizacional. Também o contrário pode vir a ter conseqüências, de acordo com Gil-Monte (1999), as poucas tarefas diuturnamente (quantitativa) ou então atribuições simples, rotineiras e pouco desafiantes, em relação às habilidades e destreza do trabalhador, podem se configurar como causa do estresse laboral.

Em seu estudo Martini, Arfken e Balon (2006), colocam que 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. A isso se tem, também, as jornadas de trabalho extenuantes, dado o volume de

usuários e a reposição de energia dessas trabalhadoras que nem sempre é adequada. Assim como, a submissão a plantões que, especialmente os noturnos, 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. Todos esses fatores acabam contribuindo para o desequilíbrio da saúde dessas profissionais.

Dessa forma, é fundamental o conhecimento de que, o suporte organizacional, reside na dinâmica estabelecida pelos colegas e superiores e, tal aspecto tem a ver com o sentimento de união, a percepção de que os demais, no ambiente de trabalho, estão disponíveis para ajudar e orientar, em um clima de respeito e consideração. Assim, quanto menor o suporte sentido por um profissional, maior será a probabilidade de desenvolver o *Burnout* (GILMONTE, PEIRÓ, 1997; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001; SCHAUFELI, 1999).

Para tanto, é importante compreender a diferença entre motivação e satisfação no trabalho. Enquanto a primeira é um elemento intrínseco, ligado ao significado e ao caráter do trabalho em si realizado, a última é extrínseca, ligada a aspectos como salário, benefícios, reconhecimento, liderança, relacionamento interpessoal, dentre outras condições presentes no ambiente de trabalho. Esses últimos são os elementos formadores do clima organizacional, o qual reflete uma estimativa dos níveis de satisfação da organização e das pessoas integrantes (CODO, 1997).

Assim, conhecer as características, dessas enfermeiras, serem, predominantemente, de mulheres, jovens, solteiras, recém formadas, sem filhos, além de todas as outras apontadas, e entender que, essas, podem favorecer, num terreno já propício como, as unidades de emergência, o desenvolvimento do estresse e, muito provavelmente, da síndrome de *Burnout*, permite aos gestores, educação permanente e equipe da UE, refletir sobre a forma como está sendo organizado o processo de trabalho, nesse setor, de forma a orientar políticas de recursos humanos que favoreçam a construção de estratégias de proteção e manutenção da saúde física, emocional e psicológica, dessas trabalhadoras, e a saúde financeira, dessas organizações.

### 5.3 A VULNERABILIDADE AO ESTRESSE NO TRABALHO DA ENFERMEIRA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O trabalho das enfermeiras, objeto deste estudo, é entendido como todas as atividades do cotidiano, desta profissional, no contexto de uma unidade de emergência, que visam concretizar o restabelecimento da saúde dos usuários sob seus cuidados. Estas atividades

podem ser desmembradas em assistenciais, coordenação, controle e avaliação do trabalho de cuidar, assim como, a gestão dos recursos materiais e das pessoas necessárias a sua execução.

Este trabalho amplo e de alta complexidade exige das profissionais que o executam características pessoais e profissionais que possam dar sustentação aos propósitos para os quais esta unidade foi criada. Em razão das especificidades dos usuários, destes serviços, é necessária uma logística de acolhimento com estratificação e classificação de risco, um suporte tecnológico, assim como, um sistema de referência e contra referência bem estruturada para a realização do trabalho.

Estes suportes, são vitais, pois permitem que seja administrada, de forma menos conflituosa, a questão da superlotação, característica ímpar das unidades de emergência, e que se constitui num fator desestruturante do processo de trabalho das equipes que aí atuam, repercutindo tanto na qualidade do atendimento aos usuários desse setor quanto no equilíbrio da saúde psicoemocional dos profissionais de saúde que convivem, diariamente, nesse contexto.

Neste sentido, os profissionais precisam manter-se em estado de alerta e atenção contínuos para validação da utilidade dessas tecnologias, o que contribui para um alto nível de tensão neste ambiente. Associados a estes fatores, incluímos ainda, o fato de que, esses profissionais, assistem, diariamente, a fragilidade das pessoas, diante de todas as formas de violência instalada na nossa sociedade, da qual não estão isentas, assim como, seus familiares e amigos, e a necessidade de ter de lidar com a essa situação e com os conflitos que dela emanam.

Isto corrobora a idéia trazida por Padilha e Kimura (2000 *apud* LEITE, VILA, 2005), quando afirmam que as dificuldades decorrentes da escassez de recursos materiais, recursos humanos e aceitação da morte são alguns dos dilemas que criam tensão entre os profissionais e podem influenciar negativamente na assistência prestada.

As atividades, nas unidades de emergência, abrangem uma série de fatores geradores de insalubridade e penosidade, podendo produzir agravos à saúde das enfermeiras e dos demais trabalhadores deste setor.

Desse modo, o nível de tensão que essas enfermeiras vivenciam e que persistam por um longo período de tempo ou que ultrapassem a sua capacidade de resistência, influencia a sua qualidade de vida não só no trabalho, como em seu meio social gerando o estresse.

Objetivando identificar o quanto os agentes estressores, desse trabalho, estão fragilizando estas enfermeiras, a ponto de promover o estresse, usou-se a EVENT, que permite além da avaliação de cada fator separado, também há a possibilidade de análise do

resultado Total obtido. Abaixo, apresentam-se os resultados desse teste, sua análise e discussão, observando como as informantes se comportaram em relação a cada fator que compõe a escala e, se existiu diferença, entre os grupos, de cada organização, utilizando o teste estatístico do qui-quadrado exato de Fischer, com nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 6 .** EVENT FATOR 1 das enfermeiras (os) entrevistadas (os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

CLIMA FUNCIONAMENTO ORGANIZACIONAL (FATOR 1)	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	N	(%)	
Inferior (até 9)	2	8,3	3	17,7	12,2
Médio inferior (10 – 14)	10	41,7	6	35,3	39,0
Médio (15)	2	8,3	1	5,9	7,3
Médio Superior (16 – 19)	6	25,0	4	23,5	24,4
Superior (20 ou +)	4	16,7	3	17,6	17,1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte de dados: pesquisa direta

Observa-se que em relação aos fatores estressores do trabalho relacionados ao Clima e Funcionamento Organizacional, fator 1, na **Tabela 6** acima e, a partir da pontuação bruta, as enfermeiras, tanto da UEA como as da UEB, apresentam-se menos vulneráveis, comparado com os outros dois fatores que compõe a EVENT ao se observar as tabelas 7 e 8, seguintes.

Como estatisticamente os grupos não apresentaram diferenças significantes, pode-se considerar o percentual das duas organizações juntas para análise. Assim, observa-se que 39% delas se encontram em nível médio inferior de vulnerabilidade ao estresse, nas situações que compõem este fator.

Entretanto, quando somado os resultados, das que se encontra em nível médio e nível superior de vulnerabilidade ao estresse, totaliza 41,5% da amostra em estresse, diante de situações, referentes ao ambiente físico inadequado, chefia despreparada, existência de dificuldades pessoais com a chefia, existência de expectativa excessiva de superiores, falta de oportunidades e de ascensão no trabalho, falta de perspectiva profissional, ausência de plano de cargos e salários, de solidariedade, ausência de valorização profissional, salário

inadequado para a função, percepção de que sua autoridade é rejeitada pelos iguais ou superiores, além de, tom autoritário de seus superiores.

Quando verificado a existência de diferença de respostas, entre os grupos, por cada questão, que compõe esse fator, encontrado apenas na questão relativa à *chefia despreparada*, diferença entre os grupos estatisticamente significativa (valor de  $p=0,004$ ), na UEA, 62,5% das enfermeiras acham que às vezes o são, enquanto 25% os consideram preparados para a função; já as enfermeiras da UEB, 76,5% os consideram preparados, enquanto 23,5% alegaram que às vezes estão despreparados. As demais respostas, às questões relativas a esse fator, não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

Abaixo, a **Tabela 7**, apresenta como as enfermeiras se encontram em relação aos fatores estressores gerados pelas situações: acúmulo de funções e de trabalho, trabalhos não pertencentes à função exercida, excesso de responsabilidade nas atividades diárias, necessidade de fazer o serviço de colegas, prazos reduzidos para realização de trabalhos, ritmo acelerado e ter mais obrigações que demais colegas.

**Tabela 7.** EVENT FATOR 2 das enfermeiras (os) entrevistadas (os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

PRESSÃO NO TRABALHO (FATOR 2)	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
Inferior (até 10)	1	4,1	-	-	2,4
Médio inferior (11 – 14)	3	12,5	2	11,8	12,2
Médio (15)	1	4,2	1	5,8	4,9
Médio Superior (16 – 18)	6	25,0	6	35,3	29,3
Superior (19 ou +)	13	54,2	8	47,1	51,2
<b>TOTAL</b>	24	100,0	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Observa-se que, assim como, em relação ao fator 1, não existiu diferenças estatísticas significantes entre os grupos de enfermeiras. Na UEA encontrou-se que 54,2% das enfermeiras estão em nível superior, 25% em nível médio superior, 4,2% nível médio, 12,5% em nível médio inferior e 4,1% inferior de vulnerabilidade ao estresse; na UEB 47,1% em nível superior, 35,3% em nível médio superior, 5,8% nível médio, 11,8% em nível médio inferior de vulnerabilidade ao estresse.

Quando verificado a existência de diferença de respostas, entre os grupos, por cada questão, que compõe esse fator, encontrado apenas na questão relativa a *desenvolverem o trabalho do outro* que, 58,3% das enfermeiras da UEA referem que às vezes o fazem e, 37,5% o dizem fazer freqüentemente, enquanto que 94,1% das enfermeiras da UEB referiram que às vezes isto acontece ( $p= 0,017$ ). As demais respostas, às questões relativas a esse fator, não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

Assim, pode-se concluir que independente da organização onde essas enfermeiras se encontram, as situações estressoras consideradas nesse fator, permite a observação do resultado das mesmas em conjunto. Dessa forma, tem-se que 51,2% das enfermeiras atuantes, nas emergências estudadas, estão em nível superior, 29,3% em nível médio superior, 4,9% em nível médio, 12,2% em nível médio inferior e 2,4% em nível inferior de vulnerabilidade ao estresse.

Resultado esperado por esta autora, uma vez que, empiricamente já considerava tais situações fonte de estresse, o que demanda, das enfermeiras, maturidade profissional e emocional, para lidar com as mesmas, à custa de não as desenvolvendo, abandono da área e quando não o fazem, por falta de opção, o desenvolvimento de comportamentos prejudiciais para o receptor do seu cuidado e para si própria, refletido em acidentes de trabalho, erros de conduta e, conseqüentemente, punições administrativas entre outras.

A **Tabela 8**, apresentada a seguir, demonstra os resultados, no que diz respeito aos agentes estressores que compõe o fator 3, Infra-estrutura e rotina, refletidas nas situações: jornadas de trabalho dobradas, doença ou acidente pessoal, equipamento precário, licença de saúde recorrente de colegas, mudança do horário de trabalho, mudança de *status* financeiro, mudanças de chefia, perspectivas de promoção vinculadas à idéia de transferência, escassa cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em grupo, salários atrasados e problemas no ambiente físico, como iluminação.

Assim como, em relação aos fatores anteriores, não houve diferença significativa entre os grupos.

**Tabela 8.** EVENT FATOR 3 das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009

INFRA ESTRUTURA E ROTINA (FATOR 3)	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
Médio inferior (4 – 5)	-	-	1	5,9	2,4
Médio (6)	2	8,3	-	-	4,9
Médio Superior (7 – 9)	8	33,3	7	41,2	36,6
Superior (10 ou +)	14	58,4	9	52,9	56,1
<b>TOTAL</b>	24	100,0	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Nessa **Tabela 8**, na UEA 58,4% as enfermeiras estão em nível superior, 33,3% em nível médio superior e 8,3% nível médio de vulnerabilidade ao estresse. Na UEB se observa que 52,9% estão em nível superior, 41,2% em nível médio superior e 5,9% em nível médio inferior de vulnerabilidade ao estresse.

De modo geral, observa-se que nas enfermeiras estudadas, 56,1% delas se encontram em nível superior, 36,6% em nível médio superior, 4,9% em nível médio e 2,4% em nível médio inferior de vulnerabilidade ao estresse, no que diz respeito às situações que podem fragilizá-las e promover o estresse, acima descritas.

Neste fator as questões que apresentaram posicionamentos diferentes entre os grupos, estatisticamente significante, foram em relação a *equipamentos e tecnologia*, na qual, a maioria das enfermeiras da UEA sinalizou ser freqüente a insuficiência, dos mesmos, para a realização do seu trabalho; enquanto que as enfermeiras da UEB avaliaram de uma forma melhor, contudo, mais da metade delas, ainda, assim, consideram que os equipamentos e tecnologia, às vezes são insuficientes ( $p=0,003$ ).

Outra situação, neste fator, em que as enfermeiras se posicionam de forma diferente, estatisticamente significante, foi sobre a questão, *mudança do horário de trabalho*, na qual as enfermeiras da UEB se sentem mais afetadas do que as da UEA. Isto pode ter ocorrido, pelo fato de que, no ano de 2009, as enfermeiras da UEB, tiveram sua jornada de trabalho modificada de 36 para 44 horas semanais e, isto possivelmente, ter sido um aspecto gerador de estresse para essa equipe, que se viu diante de uma mudança em suas vidas em todos os sentidos ( $p=0,030$ ).

A **Tabela 9**, que é apresentada em seguida classifica estas enfermeiras em relação ao estresse geral.

**Tabela 9.** Resultados dos valores globais da escala EVENT das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

VULNERABILIDADE AO ESTRESSE NO TRABALHO GERAL	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
	A		B		
	n	(%)	n	(%)	
Inferior (até 24)	1	4,2	-	-	2,5
Médio inferior (25 -35)	2	8,3	5	29,4	17,1
Médio superior (37 – 45)	13	54,2	6	35,3	46,3
Superior (46 ou +)	8	33,3	6	35,3	34,1
<b>TOTAL</b>	24	100,0	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Através dos resultados dessa tabela, a qual traz a classificação geral dessas enfermeiras frente ao estresse do ambiente de trabalho, das unidades de emergência estudadas, constata-se que 46,3% delas se encontram em nível médio superior de estresse, enquanto que 34,1% estão em nível superior. Aspecto que sinaliza a presença de diversos fatores estressores que estão promovendo o estresse nessa equipe, independente da organização possuir uma gestão pública ou privada.

Demonstra-se a seguir, através da **Tabela 10**, a estatística descritiva, média, desvio padrão e o alfa de Cronbach dos resultados obtidos, esses resultados permitem analisar a situação, das informantes.

**Tabela 10.** Descrição dos valores da escala EVENT aplicada às enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

FATORES ORGANIZAÇÕES	F1		F2		F3		ESTRESSE	
	A	B	A	B	A	B	A	B
MÉDIA	15,4	14,5	18,6	18	10,2	9,8	44,2	42,2
DESVIO PADRÃO	4,3	4,9	4,01	3,2	2,7	2,4	9,3	8,9
ALFA DE CRONBACH	0,70	0,79	0,77	0,63	0,65	0,63	0,86	0,86

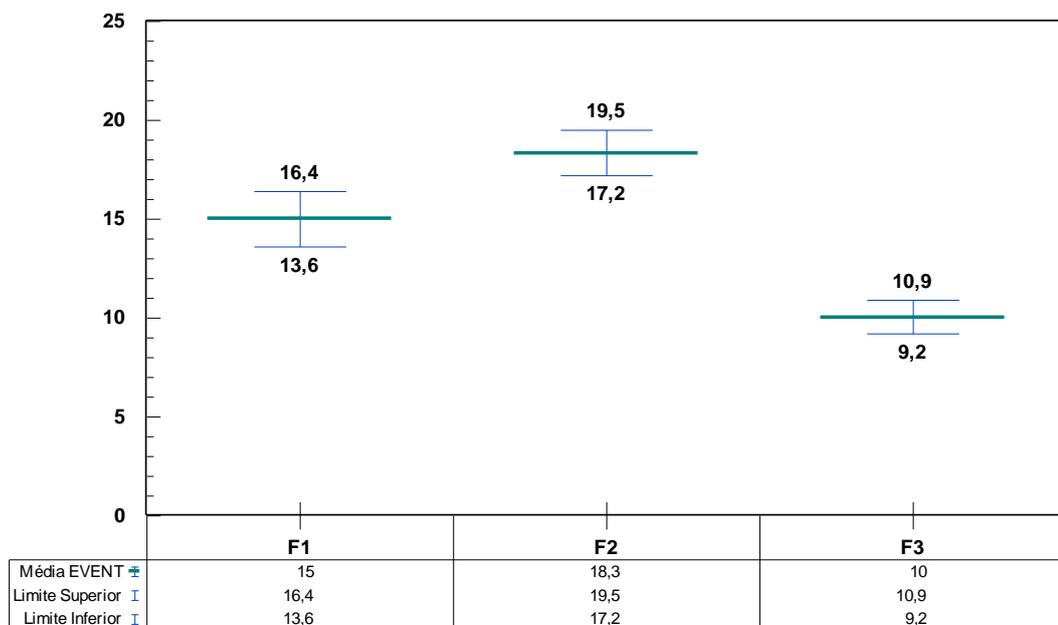
Fonte de dados: pesquisa direta

Como pode ser observado, o resultado da avaliação de confiabilidade do instrumento nesse estudo apresentou um alfa de Cronbach de 0,86 (tanto para UEA como para UEB), portanto, o instrumento apresentou uma boa consistência interna em comparação com os estudos de Sisto *et al* (2007) que variaram entre 0,71-0,91.

As médias e seus respectivos desvios padrão, a partir da normatização do instrumento (SISTO, BAPTISTA, NORONHA, SANTOS, 2007), comparados com os resultados do Grupo de profissão 3, no qual, estão incluídas as enfermeiras, permite classificar a situação em que essas se encontram, em relação à vulnerabilidade aos agentes estressores das unidades de emergência em estudo.

Assim, tanto para as enfermeiras da UEA como para as da UEB, os resultados sugerem que elas se sentem mais incomodadas, ou seja, encontra-se em nível superior de vulnerabilidade ao estresse, com as situações relacionadas ao fator 3, infra-estrutura e rotina ( $M_{UEA}=10,2$ ;  $DP_{UEA}=2,7$ ), ( $M_{UEB}=9,8$ ;  $DP_{UEB}=2,4$ ); seguida pelas do fator 2, pressão no trabalho ( $M_{UEA}=18,6$ ;  $DP_{UEA}=4,01$ ), ( $M_{UEB}=18$ ;  $DP_{UEB}=3,2$ ), e do fator 1, clima e funcionamento organizacional ( $M_{UEA}=15,4$ ;  $DP_{UEA}=4,3$ ), ( $M_{UEB}=14,5$ ;  $DP_{UEB}=4,9$ ) com nível médio superior de vulnerabilidade ao estresse.

Abaixo, apresenta-se o **Gráfico 1**, com a distribuição dos valores médios globais e respectivos intervalos de confiança dos fatores da escala EVENT.



**Valores Globais da escala EVENT**

**Gráfico 1.** Distribuição dos valores médios globais e respectivos intervalos de confiança dos fatores da escala EVENT.

Fonte de dados: pesquisa direta

Finalmente, ao comparar as médias e os desvios padrão obtidos, pelas informantes, na análise do resultado total ( $M_{UEA} 44,2$ ;  $DP_{UEA} =9,3$ ), ( $M_{UEB} 42,2$ ;  $DP_{UEB} =8,9$ ), com o resultado do ponto médio de 40,5 pontos, esperado para o grupo de profissões 3, classifica-se, as enfermeiras, desse estudo, em nível superior de vulnerabilidade, aos fatores estressores presentes, nesse ambiente, o que pareceu algo esperado, a partir dos resultados obtidos nos fatores e anteriormente apresentados.

Esses resultados coadunam com o do *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), que em estudo sobre saúde mental, revelou que entre as 130 ocupações estudadas a enfermagem ocupava o 27º lugar, entre ocupações de alto estresse quando considerado problemas de saúde mental relacionados à ocupação (ARAÚJO, 1999).

Para as enfermeiras que trabalham em unidade de emergência, destaca-se: a importância de escutar a queixa, os medos e as expectativas dos usuários; identificar a vulnerabilidade e os riscos, valorizando a avaliação do próprio usuário e; responsabilizar-se por uma resposta ajustada ao problema, associando as necessidades imediatas do cliente por meio de protocolos, conforme a classificação de risco.

Então, surge o questionamento, como desenvolver essa habilidade, ou seja, cuidar da saúde do outro se a sua está comprometida? E o agravante dessa situação é que a consciência, por parte, dessas profissionais, assim como, muitas vezes dos próprios gestores, sobre essa realidade é ignorada, ou muitas vezes, banalizada; conseqüentemente, medidas que promovam melhorias nesse ambiente não são promovidas nem a nível individual, a partir da autoconsciência dessas profissionais sobre seu estado de saúde, nem a nível organizacional, o que não deixa de ser uma visão estrita dos gestores sobre a repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação na organização.

Não são poucos os estudos que demonstram que o desequilíbrio na saúde do profissional traz conseqüências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção. Os lucros são afetados na medida em que os custos se incrementam em absenteísmo, auxílio-doença, reposição de funcionários, transferências, novas contratações e educação permanente. Portanto, a perspectiva de se investigar e investir na qualidade de vida do trabalhador se traduz numa atitude sensata.

Observa-se, nessas profissionais, com atividades voltadas a cuidar da vida das pessoas e que vivem com o organismo sob a pressão de agentes estressores, que uma forma de preservar a própria sobrevivência psicológica, é o desenvolvimento de determinadas estratégias para evitar a exposição das suas emoções. Esse sistema defensivo que garante o

equilíbrio do organismo funciona com a demanda de uma grande quantidade de energia psicológica gerando sentimentos de tensão e desprazer.

Um estudo realizado em uma unidade de emergência clínica de um hospital público de Porto Alegre no Rio Grande do Sul verificou que o nível de estresse é alto e, o principal fator estressor é a carga de trabalho, dificuldades relacionadas com o cliente e processos e estrutura organizacional (PANIZZON, LUZ, FENSTERSEIFER, 2008).

Outro estudo referente ao trabalho em unidades de emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem, também em Porto Alegre (RS) num hospital público, levou suas autoras a compreensão de que a saúde dessas trabalhadoras é constituída a partir da dinâmica de trabalho, por vezes danosas, resultante do contexto organizacional, mas que apesar dessa revelação, também, permite que o sentido do trabalho atue como elemento fundamental para a capacidade de se manter o equilíbrio e não adoecer diante das exigências do mesmo (PAI, LAUTERT, 2008).

Trazendo Dejours (1994), para essa discussão, onde ele coloca que o sofrimento presente no contexto organizacional se vincula a dados relativos à história singular de cada indivíduo e aos aspectos referentes à sua situação atual, e que este possui uma dimensão temporal que implica em processos construídos pelo próprio trabalhador no âmbito de sua atividade; ele distingue dois tipos específicos de sofrimento, o primeiro como patogênico e o segundo criativo.

O referido autor, expõe que o patogênico se inicia no momento em que foram explorados todos os recursos defensivos do indivíduo. Esse tipo de sofrimento é uma espécie de resíduo não compensado, que leva a uma destruição do equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o para uma lenta e brutal destruição orgânica. No momento em que a organização do trabalho se torna autoritária, ocorre um bloqueio da energia pulsional que, se acumula no aparelho psíquico do indivíduo, gerando desta forma, sentimentos de tensão e desprazer intensos; os resultados encontrados, através da EVENT, permitem posicionar. Essas enfermeiras, nessa situação.

Quanto ao segundo tipo, Dejours denomina de sofrimento criativo pelo fato de o indivíduo elaborar soluções originais que favorecem ou restituem sua saúde. O sofrimento criativo chega a adquirir um sentido, pois favorece ao indivíduo um reconhecimento de uma identidade. Neste contexto o indivíduo se propõe a ação criativa que promove descobertas, fazendo com que, este experimente e transforme, de maneira criativa, prática e astuciosa, soluções inéditas frente às situações móveis e cambiantes de seu trabalho. A competência e a astúcia, promovida pela inteligência coletiva ou individual, proporcionam o surgimento de

estratégias defensivas, que aliviam ou combatem o sofrimento psíquico; aspecto que deverá ser explorado por essas enfermeiras e gestores, dessas organizações, no sentido de restabelecer e manter o equilíbrio psicoemocional, dessas trabalhadoras, diante de um contexto altamente complexo como as unidades de emergência.

Em consonância com estudiosos sobre estresse profissional, nessa categoria, esse está ocorrendo em decorrência dos recursos de adaptação do organismo destas, submetidas à pressão organizacional, não conseguirem atender as exigências que lhes são feitas para o desenvolvimento das atividades de trabalho (LOVALLO, 1997; LIPP, 1996, 1998<sup>a</sup>, 1998<sup>b</sup>, 2003; MASLACH, LEITER, 1999; RANGÉ, 2003; SCHAUFELI, BUUNK, 2003).

E dentre os tipos de respostas a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, a Síndrome de *Burnout* ou síndrome do esgotamento profissional é uma das principais conseqüências desse, e esta se constitui no desgaste do indivíduo na luta constante pelo sucesso e para satisfazer os ideais de excelência determinados pela sociedade (FIGUEIRA, HIPPERT, 2002).

#### 5.4 A SÍNDROME DE *BURNOUT* E A ENFERMEIRA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A enfermagem, por ter por base a filosofia humanística e, predominantemente, contato direto com o sentimento e problemas de outras pessoas, é uma das profissões mais afetadas por esta síndrome, que acomete seus profissionais progressivamente (LAUTERT, 1997), constituindo-se num fator que promove a deserção de muitas enfermeiras da área.

Então, diante dos resultados encontrados na EVENT, as enfermeiras estão em estresse resultante dos fatores do trabalho nesta unidade, questiona-se: como se encontram essas enfermeiras em relação à síndrome de *Burnout*, entendendo que, a mesma é conseqüente do estresse contínuo?

Respondendo a esse questionamento apresenta-se a interpretação e discussão do resultado obtido do questionário de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) aplicado a estas enfermeiras, atendendo a terceiro objetivo proposto desse estudo.

Carloto e Câmara (2007), colocam que este questionário é utilizado exclusivamente para avaliação da síndrome de *Burnout*, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências resultantes de seu processo. Ele identifica índices de *Burnout* de acordo com os escores de cada dimensão; os altos escores em exaustão emocional e

despersonalização e baixos escores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *Burnout*, segundo Maslach e Jackson (1986), critérios que este estudo utiliza para classificar as enfermeiras frente a *SB*.

Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um constructo tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas a fim de manter sua perspectiva da síndrome.

Nesse sentido, para observar como essas enfermeiras se comportam em relação a cada dimensão da síndrome de *Burnout*, foram construídas, conforme apresentação abaixo, as tabelas com a distribuição de frequência relativa e absoluta resultante da aplicação do instrumento.

Na **Tabela 11**, apresentada abaixo, observa-se como as enfermeiras estão com relação à dimensão exaustão emocional. Na UEA 70,8% das enfermeiras se encontram em alto nível de exaustão emocional, 25% moderado e 4,2% baixo. Com relação às da UEB, 47,1% estão em alto nível de exaustão, 47,1% em moderado e 5,8% em baixo.

Observando todas as enfermeiras que participaram desse estudo, tem-se que 61% delas estão exaustas, 34,1% em moderado nível de exaustão e 4,9% em baixo nível de exaustão.

**Tabela 11.** Exaustão Emocional (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

EXAUSTÃO EMOCIONAL	valor de p	ORGANIZAÇÕES				TOTAL
		A		B		
		n	(%)	n	(%)	
Baixo		1	4,2	1	5,8	4,9
Moderado	<b>0,317</b>	6	25,0	8	47,1	34,1
Alto		17	70,8	8	47,1	61,0
<b>TOTAL</b>		24	100,0	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Desse modo, essas enfermeiras, com relação à EE, que reflete a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho e se refere a sentimentos de fadiga e esgotamento energético emocional, onde o indivíduo se sente superexigido e reduzido nos seus recursos emocionais, encontrado que as informantes estão exaustas emocionalmente. Uma vez exaustas, essas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar. A exaustão é a característica central do *Burnout*, a manifestação mais óbvia, constituindo-se na principal queixa dos sujeitos que sofrem dessa síndrome (MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001).

A **Tabela 12**, abaixo, mostra como as enfermeiras se apresentam com relação à dimensão despersonalização. Na UEA 50% estão em alto nível, 45,8% em moderado e 4,2% em baixo nível de despersonalização. Na UEB 47,1% encontra-se em alto nível, 35,3% em moderado nível e 17,6% em baixo nível de despersonalização.

Avaliando todas as enfermeiras desse estudo conjuntamente, tem-se que 48,9% estão em alto nível, 41,5% em moderado nível e 9,8% em baixo nível de despersonalização.

**Tabela 12.** Despersonalização (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

DESPERSONALIZAÇÃO	valor de p	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
		A		B		
		n	(%)	n	(%)	
Baixo	<b>0,424</b>	1	4,2	3	17,6	9,8
Moderado		11	45,8	6	35,3	41,5
Alto		12	50,0	8	47,1	48,9
<b>TOTAL</b>		24	100,0	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Em relação a essa dimensão, despersonalização (DP), que se caracteriza pelas atitudes negativas de dureza e de distanciamento excessivo dos profissionais em relação às pessoas beneficiárias dos seus serviços, e que representa a dimensão interpessoal do Burnout, observa-se, nesse estudo, que metade das enfermeiras apresenta alto nível e a outra metade está em moderado nível de DP. A porcentagem dessas profissionais que demonstram esse sentimento, revela, por si só, a necessidade urgente de uma ação interventiva, em especial, ao considerar-se a importância do relacionamento interpessoal no bem-estar e nas perspectivas de restabelecimento da pessoa que procura os serviços de emergência.

Na **Tabela 13** apresentamos o resultado referente a terceira e última dimensão, reduzida realização profissional, que retrata o aspecto de auto-avaliação do *Burnout*, sendo associada ao sentimento de incompetência à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho. Na UEA 75% das enfermeiras estão em alto nível e 25% em moderado nível de baixa realização profissional. Na UEB 53% encontra-se em alto nível, 26,8% em nível moderado de baixa realização profissional e apenas 17,6% satisfeitas profissionalmente.

No conjunto total das enfermeiras atuantes nessas unidades de emergência 65,8% estão insatisfeitas profissionalmente, 26,8% demonstram moderado nível de satisfação e apenas 7,4% estão satisfeitas.

**Tabela 13.** Reduzida realização profissional (MBI) nas enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

REDUZIDA REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	valor de p	ORGANIZAÇÕES				TOTAL (%)
		A		B		
		n	(%)	n	(%)	
Baixo		-	-	3	17,6	7,4
Moderado	<b>0,079</b>	6	25,0	5	29,4	26,8
Alto		18	75,0	9	53,0	65,8
<b>TOTAL</b>		24	100,	17	100,0	100,0

Fonte de dados: pesquisa direta

Esses resultados coadunam com o que Maslach e Leiter (1999) ressaltaram, uma vez que, o profissional se sente ineficiente, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, ocorre redução na realização pessoal no trabalho.

Ainda analisando os resultados, de acordo com o modelo desenvolvido por Schaufeli, Van Dierendonck e Gorp, apresentado em 1996, que relaciona o *Burnout* com os processos de troca interpessoal que se desenvolvem, principalmente, no ambiente de trabalho, essas enfermeiras, ao prestarem cuidados e assistência a outras pessoas esperam um retorno, como gratidão, respeito e colaboração; como essa reciprocidade, muitas vezes, por que não dizer que muito freqüentemente, não ocorrem, as expectativas das mesmas não é atingida, então vivenciam um esgotamento de recursos emocionais, que as levam a se sentirem desmotivadas a investir numa boa relação com o usuário de seus serviços. A despersonalização conseqüente, pode gerar falhas no processo do trabalho, o que acaba intensificando a sensação de baixa realização profissional.

Na tabela abaixo apresentamos as medidas descritivas (média, desvio padrão e alfa de cronbach) dos valores da avaliação do questionário MBI (*Maslach Burnout Inventory*).

**Tabela 14.** Descrição dos valores da escala MBI das enfermeiras entrevistadas das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

DIMENSÕES ORGANIZAÇÕES	EE		rRP		DP	
	A	B	A	B	A	B
MÉDIA	31,3	27,1	28,3	32,9	12,3	12
DESVIO PADRÃO	8,1	7,7	4,9	5,2	4,1	4,9
ALFA DE CRONBACH	0,89	0,88	0,63	0,79	0,68	0,79

Fonte de dados: pesquisa direta

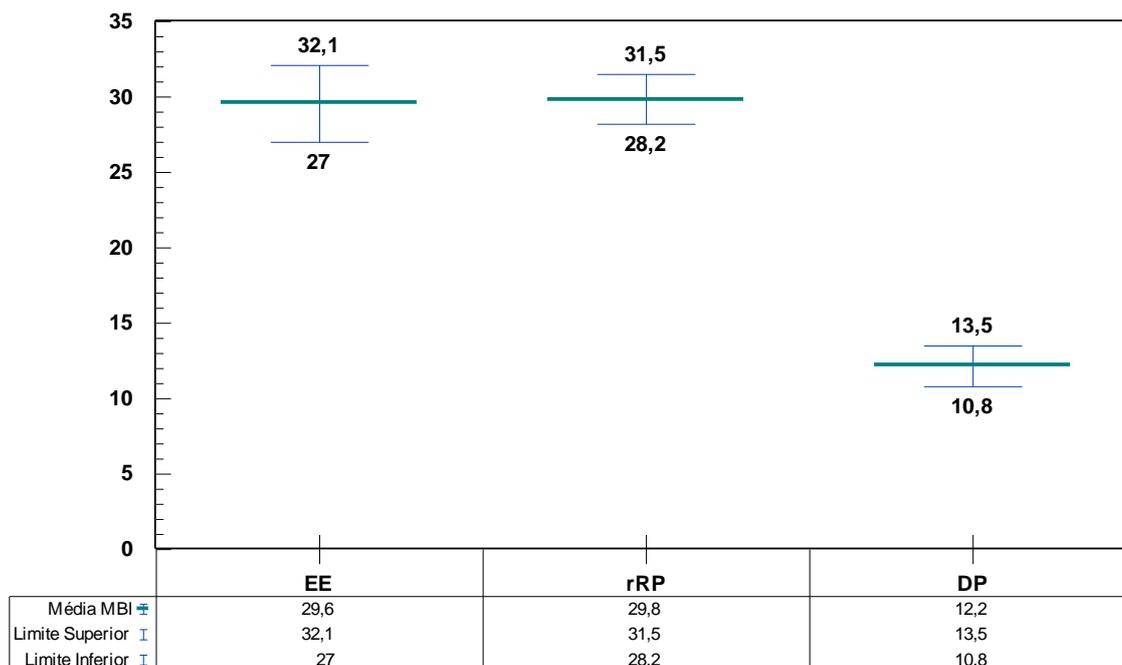
Na **Tabela 14**, observa-se que as enfermeiras da UEA apresentaram para a dimensão exaustão emocional um valor médio de 31,3 (desvio padrão=8,1) e alfa de Cronbach de 0,89; a dimensão reduzida realização profissional apresentou um valor médio de 28,3 (desvio padrão=4,9) e alfa de Cronbach de 0,63; a dimensão despersonalização apresentou um valor médio de 12,3 (desvio padrão=4,1) e alfa de Cronbach de 0,68. As enfermeiras da UEB apresentaram para a dimensão exaustão emocional um valor médio de 27,1 (desvio padrão=7,7) e um alfa de Cronbach de 0,88; na dimensão reduzida realização profissional apresentou um valor médio de 32,9 (desvio padrão=5,2) e o alfa de Cronbach de 0,79; e na despersonalização apresentou um valor médio de 12 (desvio padrão= 4,9) e alfa de Cronbach de 0,79.

Neste estudo, constatou-se que o instrumento apresentou alfa de Cronbach superior a 0,60 em todas as suas dimensões, demonstrando uma boa consistência interna, inclusive com resultado superior ao encontrado pelas autoras do instrumento original que foi de 0,60 (MASLACH, JACKSON, 1986).

O manual do MBI traz como princípio para o diagnóstico de *Burnout* a obtenção de nível alto para EE e DP e baixo nível de realização profissional. Assim, o enquadramento do profissional nesses três critérios dimensionais indica a manifestação de *Burnout* (MASLACH, JACKSON, 1986).

A análise dos questionários nos permitiu identificar os valores de três variáveis para cada indivíduo, as quais, conforme as pontuações obtidas caracterizam a síndrome de *Burnout*: exaustão emocional (EE) igual ou maior que 27, baixa realização profissional (rRP) menor ou igual a 30 e despersonalização (DP) igual ou maior que 13.

No **Gráfico 2**, abaixo, apresenta-se os valores médios globais e respectivos intervalos de confiança das dimensões da escala MBI, das enfermeiras deste estudo.



Valores Globais da escala MBI

**Gráfico 2.** Distribuição dos valores médios globais e respectivos intervalos de confiança das dimensões da escala MBI.

Fonte de dados: pesquisa direta

Analisando o resultado pode-se observar que essas enfermeiras estão exaustas, em moderada a alta despersonalização e com baixa realização profissional, a partir do princípio do manual do MBI (MASLACH, JACKSON, 1986).

A partir, desse, foi construída uma tabela 15, na qual está apresentada a condição de risco, em relação à síndrome de Burnout, que essas enfermeiras se encontram.

**Tabela 15.** Indicador da síndrome de *Burnout* nas enfermeiras (os) entrevistadas (os) das unidades de emergência dos hospitais A e B, Salvador – Bahia, julho de 2009.

ORGANIZAÇÕES	valor de p	A		B		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>		11	45,8	4	23,5	15	36,6
RISCO MODERADO <i>SB</i>	0,335	12	50,0	11	64,7	23	56,1
BAIXO RISCO <i>SB</i>		1	4,2	2	11,8	3	7,3
<b>TOTAL</b>		24	100	17	100	41	100

Fonte de dados: pesquisa direta

Assim, de acordo com a classificação estabelecida para identificação da *SB*, utilizando-se como princípio a obtenção de classificação alta para as dimensões EE e DP e baixa para a dimensão RP, observa-se que 36,6% dessas enfermeiras estão em situação

sugestiva de síndrome de *Burnout*, 56,1% em situação sugestiva de risco moderado para a *SB* e, apenas 7,3% em situação de baixo risco de *SB*, fato esse, que de acordo com Maslach (2005), resulta de uma reação cumulativa aos estressores ocupacionais contínuos e se caracterizam por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho, aspectos vistos quando analisada cada dimensão acima, dessa síndrome.

Cabe salientar, no entanto, que não existe um consenso entre os pesquisadores do fenômeno, com relação aos valores apresentados nas dimensões e a incidência de *Burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas. Este estudo, considera as divergências conceituais e utiliza como referência os resultados dos estudos desenvolvidos por Maslach e Jackson (1986).

Para Tamayo e Tróccoli (2002), a EE é a dimensão aceita com facilidade pelos profissionais e expressa aspectos consistentes do *Burnout*. Maslach e Leiter (1999) confirmam que, ao se sentirem exaustos, os profissionais relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, refletindo um estado de fadiga diário. Schaufeli e Buunk (2003) complementam que, quando exaustos, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades encontram-se reduzidas. Para Gil-Monte (2002), a classificação alta em EE reflete a incidência da síndrome, este autor acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão que, posteriormente, causa a despersonalização, como uma defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional, levando a um sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal, aspecto já considerado por Maslach e Leiter (1999).

Pesquisas avaliando a *SB* entre enfermeiras atuantes em unidades de emergência são ainda pouco freqüentes, encontramos na literatura, alguns estudos, que analisam a equipe de enfermagem, onde estão inclusos os técnicos e auxiliares de enfermagem, outras que analisam a equipe da emergência, inserindo na amostra outras categorias, como médicos, pessoal administrativo e outros. Por exemplo, os estudos de Ritter, Stumm e Kircher (2009) que analisou a síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem e médicos de uma unidade de emergência num hospital geral do noroeste/RS e diferentemente do encontrado, no nosso estudo, relatam que em ambas as equipes foi identificado baixo nível de *Burnout*; outro estudo, realizado por Jodas e Haddad (2009), num pronto socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, que investigou os sinais e sintomas da *SB*, nos trabalhadores de enfermagem, demonstrou que 8,2% da amostra apresentou manifestação da *SB*, 54,1%

possuía alto risco para manifestação da mesma e 37,7% baixo risco de manifestação da doença.

Os resultados encontrados entre as enfermeiras, deste estudo, nas duas organizações escolhidas, não apresentaram diferenças significantes estatisticamente (valor de  $p = 0,335$ ), o que se deduz que independente do órgão gestor (pública ou privada), a *SB* é um risco ocupacional que está presente, em ambos os cenários, assim como, o que foi observado, em relação à vulnerabilidade aos fatores estressores do trabalho.

Conhecer a síndrome e pôr em prática estratégias de prevenção e intervenção, faz-se imprescindível nessas organizações, sobretudo no mundo atual, onde as exigências por produtividade, qualidade, lucratividade, associadas à recessão, vêm gerando maior competitividade e, conseqüentemente, problemas psicossociais que promovem inúmeras baixas trabalhistas, bem como altos índices de absenteísmo e rotatividade nas empresas, que segundo Moreno-Jiménez (2000) e Schaufeli (1999) dão-se, principalmente, por causa do estresse e *Burnout*.

Como foi dito, anteriormente, os estudos sobre o *Burnout* no Brasil são ainda escassos, principalmente, envolvendo as enfermeiras, atuantes em unidade de emergência e, muitos profissionais, ainda desconhecem esta síndrome, aspecto que foi observado quando, diante das informantes ao apresentar a proposta para realização, deste estudo, era freqüente a pergunta: o que é isto?

Dessa forma, e por, o mundo do trabalho se constituir num espaço de prazer, além do de subsistência de vida, e não apenas de sofrimento e perda da saúde, podendo constituir-se, conseqüentemente, como parte de uma existência com qualidade, pesquisas sobre o estresse e a síndrome de *Burnout* devem ser estimuladas com o objetivo de estudar e, assim, melhorar a compreensão desses dois constructos, justificando-se na medida em que tais investigações permitem a possibilidade de poder se prevenir e/ou intervir sobre os processos que desencadeiam esses fenômenos, minimizando suas conseqüências.

## 5.5 A VULNERABILIDADE AOS FATORES ESTRESSORES DO TRABALHO E A SÍNDROME DE *BURNOUT* NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

No sentido de atender ao último objetivo, deste estudo, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, para verificar o grau de correlação existente entre os valores médios

dos fatores da EVENT e as dimensões do MBI (*Maslach Burnout Inventory*) e, assim buscar a resposta a questão norteadora desse estudo.

No **Quadro 1**, a seguir, é apresentado o resultado da correlação de Spearman entre os fatores da EVENT e as dimensões do MBI, a partir dos dados obtidos na UEA.

**Quadro 1.** Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e dimensões do MBI das enfermeiras da UEA (n=24), Salvador – Bahia, julho de 2009

EVENT	EE		DP		BR	
	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p
<b>Fator 1</b>	0,2994	0,1552	0,4665	<b>0,0216</b>	-0,4902	<b>0,0150</b>
<b>Fator 2</b>	0,2819	0,1820	0,4257	<b>0,0381</b>	-0,3066	0,1451
<b>Fator 3</b>	0,1750	0,4135	0,2680	0,2055	-0,2220	0,2971

Fonte de dados: pesquisa direta

Como pode ser observada, a correlação entre os fatores da EVENT e as dimensões do MBI na UEA, mostrou-se positiva (0,4665) e significativa (0,0216) entre o fator 1, clima e funcionamento organizacional, e a dimensão da despersonalização, mostrando que quando o nível de estresse aumenta em relação às situações que compõe esse fator o sentimento de despersonalização também aumenta. Também em relação a esse fator existe correlação negativa (-0,4902) e significativa (0,0150) com a dimensão reduzida realização profissional, demonstrando que aumentando o estresse existe uma diminuição da realização profissional nessas enfermeiras.

Observou-se correlação positiva (0,4257) e significativa (0,0381) entre o fator 2, pressão no trabalho, e a despersonalização, ou seja, ao aumentar o nível de estresse frente às situações que compõe esse fator o sentimento de despersonalização dessas enfermeiras aumenta.

No **Quadro 2**, apresenta-se o resultado, da correlação de Spearman entre os fatores da EVENT e as dimensões do MBI, a partir dos dados obtidos na UEB.

**Quadro 2.** Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e as dimensões do MBI das enfermeiras da UEB (n=17) Salvador – Bahia, julho de 2009

EVENT	EE		DP		BR	
	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p
<b>Fator 1</b>	0,3688	0,1452	0,6576	<b>0,0041</b>	-0,4867	<b>0,0476</b>
<b>Fator 2</b>	0,1953	0,4525	0,2063	0,4269	-0,2675	0,2993
<b>Fator 3</b>	0,2001	0,4412	0,3593	0,1567	-0,3741	0,1391

Fonte de dados: pesquisa direta

Identifica-se, apenas, correlação positiva (0,6576) e significativa (0,0041) entre o fator 1, clima e funcionamento com a despersonalização, e com a dimensão do MBI, reduzida realização profissional, negativa (-0,4867) e significativa (0,0476), mostrando que quando o nível de estresse aumenta em relação às situações que compõe esse fator o sentimento de despersonalização aumenta e o de realização profissional diminui.

No **Quadro 3**, é apresentado a correlação global, com o objetivo de analisar as correlações entre os fatores EVENT e o MBI, não mais separadamente por unidade, mas em conjunto, já que não houveram diferenças estatisticamente significante entre os grupos, permitindo que fosse feita essa análise.

**Quadro 3.** Correlação de Spearman entre os fatores EVENT e as dimensões do MBI das enfermeiras para as duas unidades de emergência (n=41) Salvador – Bahia, julho de 2009.

EVENT	EE		DP		BR	
	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p	Correlação de Spearman	valor de p
<b>Fator 1</b>	0,2919	0,0641	0,5657	<b>0,0001</b>	-0,5103	<b>0,0007</b>
<b>Fator 2</b>	0,2362	0,1370	0,3219	<b>0,0401</b>	-0,3156	<b>0,0444</b>
<b>Fator 3</b>	0,1432	0,3718	0,2940	0,0620	-0,2931	0,0629

Fonte de dados: pesquisa direta

Observa-se correlação positiva (0,5657) e significativa ( $p=0,0001$ ) entre o fator 1, clima e funcionamento, e as dimensão despersonalização, e em relação à dimensão reduzida realização profissional, essa, apresentou correlação negativa (-0,5103) e significativa ( $p=0,0007$ ).

A Correlação entre o fator 2, pressão no trabalho, e as dimensões despersonalização, mostrou-se positiva (0,3219) e significativa ( $p=0,0401$ ), e com, a dimensão reduzida realização profissional, negativa (-0,3156) e significativa ( $p=0,0444$ ).

Tais resultados sinalizam que os fatores referentes ao Clima e funcionamento organizacional e os referentes à Pressão no Trabalho são os que têm tido correlação com a predisposição, dessas enfermeiras, as situações sugestivas para a síndrome de Burnout.

Essas enfermeiras se encontram em nível superior de estresse, e os fatores que demonstram maior participação, para esta situação, são os referentes à Pressão no Trabalho e o Clima e funcionamento organizacional, ambos, em nível médio superior de vulnerabilidade ao estresse, de acordo com a normatização do instrumento EVENT para o grupo de profissões 3, no qual estão inclusas as enfermeiras.

O MBI demonstrou que 36,6% das enfermeiras, deste estudo, estão em situação sugestiva da Síndrome de *Burnout* e 56,1% estão em moderado risco para a *SB*.

Encontrado correlação entre os fatores 1 e 2 com as dimensões rRP e DP, conforme dispõe Maslach e Jackson (1986), a dimensão referente à realização profissional é considerada indicativa de *Burnout* e, nesta dimensão, 65,8% das enfermeiras, deste estudo, responderam que se sentem pouco realizadas e 26,8% que se sentem de forma moderada, enquanto que, na dimensão DP, 48,9% delas se apresentam em alto nível e 41,5% em moderado nível de despersonalização.

Aplicado o teste de Kruskal Wallis com o objetivo de verificar se existiam diferenças significantes entre os valores médios das dimensões EVENT e o MBI nos grupos. Os resultados do teste estão apresentados nos **Quadros 4 e 5**, abaixo.

**Quadro 4.** Teste de Kruskal Wallis para os valores medianos das dimensões da escala EVENT das enfermeiras para as duas unidades de emergência, Salvador – Bahia, julho de 2009.

Fator 1		Fator 2		Fator 3	
Chi-quadrado	Probabilidade	Chi-quadrado	Probabilidade	Chi-quadrado	Probabilidade
0,438	0,5082	0,549	0,4587	0,137	0,7110

Fonte de dados: pesquisa direta

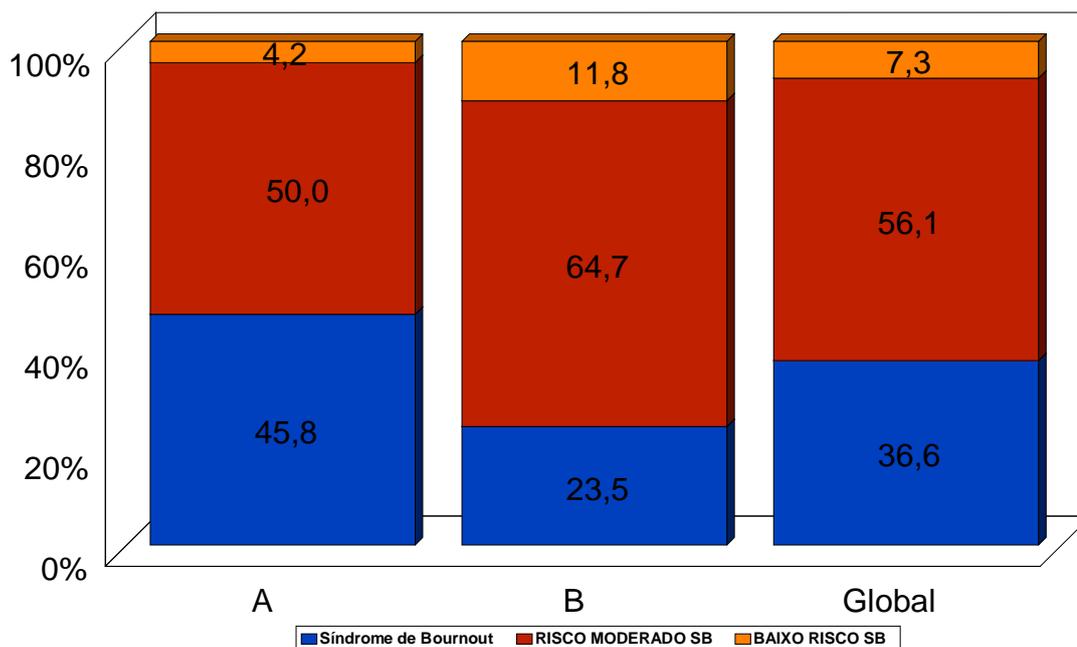
**Quadro 5.** Teste de Kruskal Wallis para os valores medianos das dimensões da escala MBI das enfermeiras para as duas unidades de emergência, Salvador – Bahia, julho de 2009.

EE		rRP		DP	
Chi-quadrado	Probabilidade	Chi-quadrado	Probabilidade	Chi-quadrado	Probabilidade
2,913	0,0878	4,426	<b>0,0354</b>	0,085	0,7710

Fonte de dados: pesquisa direta

Esse, mostrou que os grupos não se diferenciam com relação aos valores médios dos fatores EVENT e MBI, para as duas unidades de emergência, sugerindo, assim, que independente da forma de gestão dessas unidades, pública ou privada, as situações de vulnerabilidade ao estresse no trabalho e a síndrome de *Burnout* afetam, de forma semelhante às enfermeiras, desse estudo.

Abaixo, apresenta-se o **Gráfico 3** que mostra a distribuição percentual do indicador da síndrome de *Burnout* nos grupos das enfermeiras da UEA, UEB e o global.



**Gráfico 3.** Distribuição percentual do Indicador de Síndrome de Burnout nos grupos A e B e global.

Fonte de dados: pesquisa direta

Portanto, a necessidade urgente de se desenvolver programas de intervenção objetivando melhorar as situações que compõem os fatores 1 e 2, principalmente, e, dessa forma, diminuir o estresse que elas vêm provocando e, conseqüentemente, a Síndrome de *Burnout*, deverá ser considerado ponto importante no planejamento estratégico de gestão, dessas unidades, de maneira a proporcionar oportunidade de reversão no processo instalado e atuar, de forma preventiva, principalmente, com o objetivo de diminuir o risco para o *Burnout*, que entre as informantes, possui uma freqüência alta na situação de risco moderado.

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

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

De acordo com Maslach e Leiter (1999), a empresa não considera o problema do desgaste físico e emocional como de sua responsabilidade, atribuindo, geralmente, a causa ao

indivíduo, acreditando nada ter a fazer, independentemente de ter conhecimento para lidar com o problema, dinheiro e tempo. Entretanto, ao contrário, as organizações, de forma geral, possuem poder e recursos, utilizando “[...] uma abordagem empresarial do desgaste físico e emocional e do envolvimento no trabalho, com grande potencial para promover mudanças efetivas” (MASLACH, LEITER, 1999, p. 106).

É grande a probabilidade dos profissionais de saúde vir a desenvolver a *SB*, aspecto, esse, confirmado pelos resultados, desta pesquisa. Investir em estratégias preventivas, portanto, pode servir, para as organizações, reduzir os custos financeiros, aumentar a produtividade; e, para o funcionário, evitar a dor e o sofrimento impostos pelos sintomas físicos, emocionais, comportamentais e sociais.

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

Outros estudiosos, nesta mesma linha, como, Bertolote e Fleischmann (2002) descrevem as seguintes estratégias consideradas eficientes para prevenir o *Burnout*:

- a) Nível individual: diminuir as exigências mediante a imposição de metas mais realistas e gratificantes; oportunidades frequentes para educação permanente no trabalho; promover estratégias de enfrentamento de problemas dirigidos aos funcionários (p.ex., técnicas de gestão do tempo); incentivar o desenvolvimento de grupos de apoio; assessoramento e orientação aos funcionários muito estressados; manejo do estresse (p.ex., atividades individuais e coletivas de auto-ajuda);
- b) Organização do trabalho: educação permanente dos supervisores, abordando aspectos sobre liderança participativa; organizar e implantar pausas durante a jornada de trabalho; distribuição entre todos os funcionários das tarefas difíceis e menos gratificantes; proporcionar possibilidade para ao funcionário de trabalhar em mais de uma situação ou em mais de um programa para poder alternar atividades gratificantes e não significantes; proporcionar aos funcionários espaço para sugerirem e executar

atividades novas e criativas; promover oportunidade de desenvolvimento profissional para todos os funcionários;

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

Assim, conhecer a síndrome de *Burnout* e pôr em prática estratégias para prevenir e intervir faz-se imprescindível, sobretudo no mundo atual, onde as exigências por produtividade, qualidade, lucratividade, associadas à recessão, vêm gerando maior competitividade e, conseqüentemente, problemas psicossociais. Sabe-se que inúmeras baixas trabalhistas, bem como os altos índices de absenteísmo e rotatividade nas organizações, dão-se, principalmente, por causa do estresse e do *Burnout* (MORENO-JIMÉNEZ, 2000; SCHAUFELI, 1999), fenômenos que, de acordo com os resultados, desta pesquisa, estão presentes nas unidades de emergência estudadas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em unidade de emergência é um grande desafio, ensejando o estresse e o esgotamento pessoal, podendo gerar sofrimento e adoecimento e resultar em atitudes negativas derivadas desde pelo estresse contínuo até pela síndrome de *Burnout*.

Este estudo identificou que os agentes estressores do trabalho das enfermeiras atuantes nas unidades de emergência do estudo as conduzem a um alto nível de estresse, assim como ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Em relação às características sociodemográficas das enfermeiras, estas se apresentaram como indivíduos jovens de idade e profissionalmente, predominância do sexo feminino, pós-graduadas, solteiras, responsáveis pelo sustento da família traduzindo uma população profissionalmente e emocionalmente imatura para o enfrentamento da complexidade que as unidades de emergência representam, assim como para vivenciarem o processo de trabalho da enfermagem, neste contexto. Tais resultados requerem dos gestores, desses serviços, um olhar diferenciado para este aspecto, uma vez que estes serviços pelo grau de complexidade que representam requerem para um bom desempenho das ações que são esperadas em uma unidade de emergência, profissionais mais amadurecidos tanto profissionalmente como emocionalmente, o que pelas características encontradas nessa pesquisa e fundamentadas nos estudos que abordam esses aspectos, essas unidades não possuem.

A partir dos resultados desse estudo, através da Escala de Vulnerabilidade ao estresse no Trabalho, identificou-se que as enfermeiras atuantes nas unidades de emergência pesquisadas estão em estresse.

Em relação aos fatores que contribuíram para esse resultado geral, por ordem de gravidade, têm-se:

As situações estressoras representadas pela *Infra-Estrutura e Rotina do Serviço*, ou seja, as situações representadas por jornadas de trabalho dobradas (duplos, triplos vínculos), doença ou acidentes pessoais, licença recorrente de colegas (dobras de serviço), mudança de horário de trabalho, escassa colaboração da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em grupo (sobrecarga), ambiente físico inadequado para desenvolvimento das atividades, equipamento precários e insuficientes (demanda acima da capacidade de atendimento); portanto, situações que, diante da realidade dos serviços de emergência, constituem-se freqüentes e mesmo contínuas.

Em seguida, apresentaram-se as situações representadas pelos fatores *Clima e Funcionamento Organizacional e Pressão no Trabalho*. Com relação ao clima e funcionamento organizacional, as situações geradoras do estresse se referem a questões relativas à chefia despreparada, existência de dificuldades pessoais com a chefia, existência de expectativa excessiva de superiores, falta de oportunidades e de ascensão no trabalho, falta de perspectiva profissional, ausência de plano de cargos e salários, de solidariedade, ausência de valorização profissional, salário inadequado para a função, percepção de que sua autoridade é rejeitada pelos iguais ou superiores, além de tom autoritário de seus superiores; conflitos que permeiam a prática da enfermagem, conseqüente a forma como este trabalho é organizado, aspecto que se apresenta como fonte de estresse, não apenas no âmbito das unidades de emergência.

No mesmo nível de estresse que a anterior, apresentou-se o fator pressão no trabalho, constituído pelas situações vivenciadas por essas enfermeiras no que diz respeito a acúmulo de funções e de trabalho, realização de trabalhos não pertencentes à função exercida, excesso de responsabilidade nas atividades diárias, necessidade de fazer o serviço de colegas, prazos reduzidos para realização de trabalhos, ritmo acelerado e ter mais obrigações que demais colegas; as quais, atuam como fortes fatores estressores na prática diária da equipe de enfermeiras que atuam nas unidades de emergência.

Apesar do estresse não desencadear necessariamente a *SB*, pois existem muitos aspectos implicados no processo, como: a predisposição constitucional para o estresse, as condições ambientais agressoras do contexto das unidades de emergências, a personalidade e a percepção subjetiva das enfermeiras e a capacidade de enfrentamento das mesmas, entende-se que não se pode deixar de considerá-lo, pois o estresse contínuo desse setor pode promover a *SB*, como conseqüência de um longo processo, de tentativas mal sucedidas, de enfrentamento aos mesmos pelas profissionais.

Essas, não começam sua carreira profissional na emergência, apresentando um quadro de estresse e *Burnout* e, sim, de envolvimento e satisfação, sentimentos que posterior e gradualmente, vão sendo substituída por sentimentos de aborrecimento, ansiedade, raiva e falta de realização, diante de situações estressoras contínuas deste ambiente. Geralmente, o profissional acredita estar vivendo uma crise que é de cunho pessoal, caracterizando com isso, a exaustão emocional, como primeiro elemento da síndrome. Nesse sentido, uma característica específica do *Burnout* em relação ao estresse é o seu caráter insidioso. O *Burnout* não aparece após um ou dois episódios de sobrecarga ou de dificuldades especiais, ele se constitui ao longo de um processo que pode resultar desconhecimento, para o próprio sujeito, que evolui lentamente da animação à decepção.

Então, diante da situação de estresse em nível alto, aspecto que era inferido pela autora do mesmo, a partir de sua experiência profissional na área, identificou-se a existência da síndrome de *Burnout* através do MBI. Os resultados demonstram que 36,6%, das informantes, estão em situação sugestiva de síndrome de *Burnout*, 56,1% em situação sugestiva de risco moderado para a *SB* e, apenas 7,3% em situação de baixo risco de *SB*.

Acreditando que o *Burnout* está estreitamente associado, de forma negativa, à saúde, ao desempenho, à satisfação profissional, à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico das enfermeiras; induzimos que os resultados encontrados estejam comprometendo a saúde dessas trabalhadoras, a qualidade da assistência prestada nesses serviços, assim como a saúde financeira das organizações estudadas.

Portanto, conclui-se que as características sociodemográficas das participantes desse estudo e o estresse em nível alto decorrente dos fatores estressores do trabalho nessas unidades de emergência são os responsáveis pela síndrome de *Burnout* identificada entre essas profissionais.

Assim, viabilizar estratégias de acolhimento a essas profissionais que possibilitem minimizar o impacto dos fatores estressores promovidos por esse ambiente de trabalho diante dos conflitos organizacionais, favorecerá a melhoria do cuidado, gerando benefícios aos usuários desses serviços, à saúde financeira das organizações e à saúde psicoemocional dessas trabalhadoras.

## REFERÊNCIAS

- ADÁN, J.C.M; GARCIA, S.P. **Estrés em La enfermería**: El cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003
- ALMEIDA, M.C.P de; ROCHA, S.M.M; YAZLLE, J.S. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M.C.P de; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P de; ROCHA, S.M.M (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALPI, S.V.; FLÓREZ, L.A. El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. **Ter. psicol**: v. 22, n.1, p. 9-16, 2004.
- ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C.M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enfermagem**. v.14, n.03, p. 323-31, Florianópolis, jul-set, 2005.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- ARANTES, M.A.C; VIEIRA, M.J.F. **Estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- ARAÚJO, T.S; REIS, E; KAVALKIEVICZ, C. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino: Salvador, Bahia. **Sindicato dos Professores do Estado da Bahia**, Salvador, 1998.
- ARAÚJO, TM. **Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem** [tese de doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1999.
- ATTOMÄKI, A; LAHELMA, E; ROSS, E. Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. **Scand J Work Environ Health**. v. 29, n. 2, p. 159-65, 2003.
- AYRES, J.R.C.M; FRANÇA Jr. I; CALAZANS, G; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (org). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- BACHION, M.M.; ABREU, L.O.; GODOY, L.F.; COSTA, E.C. Vulnerabilidade ao estresse entre professores de uma universidade pública. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 32-7, 2005.
- BARBOSA, M.A.; BIGHETTI, C.A; BAPTISTA, M.N; NORONHA, A.P.P. **Eventos estressores relacionados ao trabalho**: um estudo com universitários. Anais do Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica, 2005.
- BELANCIERI, M. F. **Enfermagem**: estresse e repercussões psicossomáticas. Bauru: EDUSC, 2005.

- BENCOMO, J.; PAZ, C.; LIEBSTER, E. Rasgos de personalidad ajuste psicológico y síndrome de agotamiento em personal de enfermeria. **Invest. Clin**; v.45, n.2, p. 113-120, jun. 2004. tab.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In.: **Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia**. Rio de Janeiro, 84-85, 2001.
- BENEVIDES-PEREIRA, AMT. (Ed.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BERKMAN, L.F; GLASS, T. Social integration, social networks, social support and health. In: BERKMAN, L.F; KAWACHI, I.; editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Desgaste del personal. **Gohnet**, n. 2. p. 5-7, 2002.
- BIANCHI, ERF. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. 1999. 101f. (TESE) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BRASIL (1996). **Decreto 3048/99**. Ministério de Previdência Social.
- BRASIL, MS. Secretária Executiva. **Urgência e emergência**: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência/emergência/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 28p. ISBN 85-334-0279
- BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. saúde Pública**. Rio de Janeiro. n. 16, p. 95-204, 2000.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.v.1.
- BUSSING, A; GLASER, J. Four-stage model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. **Work & Stress**, n.14, p. 329-346, 2000.
- CADIZ, B.T.G; JUAN, C.S.; HERCE, C.; ACHUCARRO, C. “Burnout” Professional, Um problema nuevo? Reflexiones sobre El concepto y su evaluación. **Revista de psicologia Del Trabajo y las Organizaciones**. v.13, n.1, p. 23-50, 1997.
- CAMPOS, R.G. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, 2005. 158f.
- CANNON, W.B. **The Wisdow of the body**. New York: Norton & Company, 1939.
- CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In: BNEVIDES-PEREIRA, AMT. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 187-212.

CARDOSO, L. A. **Influências dos Fatores Organizacionais no Estresse de Profissionais Bombeiros.** 2004. F. 114. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CARDOSO, WLLCD; GUIMARÃES, LAM. **Atualizações sobre a síndrome de Burnout,** São Paulo: Casa do psicólogo; 2004.

CARLOTTO, M.S; GOBBI, M.D. **Síndrome de Burnout:** um problema do individuo ou do seu contexto de trabalho? Canoas: ULBRA. Disponível em: [www.ulbra.br/psicologia/margob1.htm](http://www.ulbra.br/psicologia/margob1.htm). Acesso: 17 maio 2003.

CARLOTO, M.S; NAKAMURA, A.P; CÂMARA, S.G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área de saúde. **Revista Psico.** v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.

CARLOTO, M.S; CÂMARA, S.G. Propriedades psicométricas do Maslach *Burnout* Inventory em uma amostra funcional. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 24, n. 3, p 325-332, jul-set, 2007.

CARMO, P.S. **A ideologia do trabalho.** São Paulo: Moderna, 1992.

CERRADA, S.J.; RIVAS, P.F. Satisfacción laboral y síndrome de burnout em el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. **Rev Fac. Salud Publica;** v.23, n.1, p.33-45, ene. – jun. 2005. tab, graf.

CHERNISS, C. **Staff burnout:** job stress in the human service. Beverly Hills, CA, Sage, 1980.

CHIAVENATO, I. **A Teoria Geral da Administração.** 6. ed. Ver e atualizada. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CODO, W. (Org.). **Trabalho, organizações e cultura.** São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, p. 21-40,1997.

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

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M.S. Resgate da produção científica sobre riscos à saúde no trabalho em enfermagem na década de 90. **Acta Paul Enf,** São Paulo, v. 16, n.3, p. 81-7, 2003.

CONSTABLE, J.F.; RUSSELL, D.W. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. **J. Human Stress.** n.12, p. 20-26, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Br.). **Resolução nº 196/96.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

CORRIGAN, P.; MCCRACKEN, S.; BLASER, B. Disseminating evidence-basead mental health practices. **Evid Based Ment Health.** n. 6, p. 4-5, 2003.

CRUZ, R.M. **Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho**. Tese de doutorado em Engenharia de Produção. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produções e Sistemas. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

CRUZ, R.M. Psicologia, processos de trabalho e evolução sócio-técnica. In.: **Psicologia do trabalho**. Departamento de Psicologia – UFSC (prelo).

DALGARD, O.S.; HAHEIM, L.L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus of control in Norway. **J Epidemiol Community Health**. n. 52, p.476-81, 1998.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez -Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas; 2007.

DONATELLE, R.J.; HAWKINS, M.J. Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programs. **American Journal of Health Promotion**, n. 3, p. 19-25, 1989.

DRESSLER, W.W.; BALIEIRO, M.C.; RIBEIRO, R.P.; DOS SANTOS, J.E. Cultural consonance and psychological distress: Examining the associations in multiple cultural domains. **Culture Medicine and Psychiatry**, n. 31, p. 195-224, 2007.

FELLI, V.E.A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2002.

FIGUEIRA, J.C, HIPPERT, M.I. Estresse: possibilidades e limites. In: JAQUES MG, CODO W. **Saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p.2.1.1-6.

FRANÇA, A.C.L; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1997.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**. v.30, n.1, p.159-165, 1974.

FRIEDMANN, G; NAVILLE, P. **Traité de sociologie du travail**. Paris: Armand Colin. 1962.

GELLER, E.S. **The psychology of safety handbook**. 2. ed. Boca Raton, Fl: Lewis, 2001.

GIDDENS, A. Les conséquences de la modernité. Paris: L'Harmattan, 1994.

GIL MONTE, PR.; SHAUFELI, WB. Burnout em enfermagem: Um estudo comparativo Espanha – Holanda. **Psicologia del trabajo y de las organizaciones**, v. 7, n. 19, p. 121-130, 1991.

GIL-MONTE, P; PEIRÓ, JM. **Desgaste psíquico en el trabajo**: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.1997.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J.M. Validez factorial Del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, n.11, p. 679-89, 1999.

GIL MONTE, P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI – GS) en una muestra de policías municipales. **Salud Publica del México**, v. 44, n.1, p. 33-40, jan./fev. 2002.

GOETZEL, R.Z.; ANDERSON, D.R.; WHITMER, R.W.; OZMINKOWSKI, R.J.; DUNN, R.L.; WASSERMAN, J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. **J. Occup Environ Med**. n. 40, p. 843-854, 1998.

GOLEMBIEWSKI,RT; MUNZENRIDER,R;CARTER,D. Phases of progressive burnout and their work sites covariates. **Journal of Applied Behavioral Science**, n. 19, p. 461-89, 1983.

GOLEMBIEWSKI, R.T. Next stage of burnout research and applications. **Psychol Rep.**, n. 84, p. 443-446, 1999.

GOMES, A.M.T; ANSEMI, M.L; MISHIMA, S.M.; VILLA,T.C.S; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

GONÇALVES, A. **Saúde coletiva e urgência e educação física e esportes**. Campinas: Papyrus, 1997.

GUARESCHI, P.; RAMOS, R. **A máquina capitalista**. Petrópolis: Vozes, 1992.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, L.A.M.; CARDOSO,W.L.C.D. **Atualizações da síndrome de burnout**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004

HAAN, N. The assessment of Coping, Defense and stress. In.: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (Ed.). **Handbook of Stress**: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Pass, 1982.

JANSSEN, P.P.M.; SCHAUFELI, W.B.; HOUKES, I. Work-related and individual determinants of three *burnout* dimensions. **Work & Stress**. n. 13, p.74-86, 1999.

JIMENEZ, B.M.; RODRIGUES, R.B.; ALVAREZ, A.M.; CABELLARO, T.M. La evaluación Del burnout. Problemas y alternativas. EL CBB como evaluación de los elementos del processo. **Revista de Psicología Del Trabajo**, v.13, n.2, p: 185-207, 1997.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2009.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaucha de Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 83-93, 1997.

\_\_\_\_\_. O contexto de trabalho e o estresse na enfermagem: um desafio à saúde do trabalhador. In: **Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem**, 2002; Águas de Lindóia, S.P. São Paulo: EEUSP; 2002.

LAZARUS, R.S. **Personalidade e adaptação**. Trad. Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Nova York: Springer, 1984.

LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 145-150, mar/abr 2005.

LERMAN, Y.; MELAMED, S.; SHRAGIN, Y.; KUSHNIR, T.; ROTGOLTZ, Y.; SHIROM, A.; ARONSON, M. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. **Psychosom Méd.**, n. 61, p. 828-833, 1999.

LIPP, M.E.N. Stress e suas implicações. **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 1, n. 3 e 4, p. 5-19. 1984.

\_\_\_\_\_. (org). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. (col). **Como enfrentar o stress**. 4.ed. São Paulo: Ícone, 1998a.

\_\_\_\_\_. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998b.

\_\_\_\_\_. **O Stress**. São Paulo: Contexto, 2000.

\_\_\_\_\_. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 28 (6): 347-349, 2001.

\_\_\_\_\_. (org). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n.3, p.299-312, out. 2006.

LOVALLO, W.L. **Stress & Health: biological and psychological interactions**. California: SAGE Publications, 1997.

LOPES, M.J.M. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n. 13, p.34-35, 1992.

LUBISCO, N.M.L.; VIEIRA, S.C.; SANTANA, I.V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

MC HAFFIE, H.E. Copping: an essential element of nursing. **Journal of Advanced Nursing**, n.17, p. 933-940. 1992.

MAYER, V. M. **Síndrome de burnout e qualidade de vida profissional em policiais militares de Campo Grande-MS**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco-UCDB, Campo Grande-MS, 2006.

MARTINI, S; ARFKEN ,C.L; BALON, R. Comparison of Burnout Among Medical Residents Before and After the Implementation of Work Hours Limits. **Acad Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 352-5, 2006.

MARTINS, J.A. **A riqueza do capital e a miséria das nações**. São Paulo, S.P.: Scritta, 1994.

MARTINS, M.C.A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar, Millenium. **Revista ISPV**, n. 28 – out./2003.

MARX, K. **O Capital: crítica a economia política**. 8.ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1982.

MASLACH, C; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists. 1986.

MASLACH, C. Burnout: a multidimensional perspective. In.: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds). **Professional burnout: recent developments in theory and reserch**. Washington: Taylor & Francis, pp. 19-32, 1993.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1996.

MASLACH, C; LEITER, M.P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste**. Campinas: Papirus, 1997.

- MASLACH, C; GOLDBERG, J. Prevention of burnout: new perspectives. **Appl Prev Psychol**, n. 7, p. 63-74, 1998.
- MASLACH, C.; LEITER, M.P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Trad. Mônica Saddy Martins. Campinas: Papirus, 1999.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, n. 52, p. 397-422, 2001.
- MALLAR, S.C.; CAPITÃO, C.G. Burnout e hadiness: um estudo de evidência de validade. **Revista Psico**, v. 9, n. 1, p. 19-29, 2004.
- MAZZILI, C.; LUNARDI FILHO, W. A visão dejouriana do sofrimento humano nas organizações. **Executivo**, v.17, n.1, p. 17-24. 1995.
- MEDRONHO RA, CARVALHO, D.M, BOCH, K.V; LUIZ, R.R, WEINECHK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo (SP): Atheneu, 2003
- MELAMED, S; UGARTEN, U; SHIROM, A; KAHANA, L; LERMAN, Y; FROOM, P Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels, **J Psychosom Res.**, n. 46, p. 591-598, 1999.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho em enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (organizadores). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. 234p.
- MENDES, A.M.B. Aspectos Psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol, Ciência Profissão**, v. 15, n.1-3, Brasília, 1995.
- MERLO, A. Discursos e sintomas sociais: uma reflexão sobre as relações trabalho e saúde. **Educação, Subjetividade & Poder**, v. 5, n. 5, p. 84-91, 1998.
- MERLO, A.R.C; LAPIS, L.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 19, jan/abr, 2007.
- MIGUEL, F.K; NORONHA, A.N.P.P. Estudo dos parâmetros psicométricos da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. **Avaluar**, n.7, p. 1-18, 2007.
- MIGUEL, F. K. **Estresse e Inteligência Emocional**: evidências de validade. Dissertação (Mestrado em Psicologia). São Paulo, 2006. Itatiba: Universidade São Francisco, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4ª ed. São Paulo (SP) - Rio de Janeiro (RJ): Hucitec - Abrasco; 1996.
- MOLINA, T.M. **História de la enfermería**. Buenos Aires: Intermédica, 1973.
- MORENO-JIMENEZ, B. Olvido y recuperacón de los factores psicosociais em la salud laboral. **Editorial dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, n.3, p. 3-4, 2000.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.255-61, mar/ abr, 2005.

NAVARRO, V.L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, n. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

NAKAMURA, H.; NAGASE, H.; YOSHIDA, M.; OGINO, K.; Natural killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of burnout. **J Psychosom Res.**, n. 46, p. 569-578, 1999.

NOGUEIRA-MARTINS, LA. Saúde Mental dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.

O'DWYER, G.; MATTA, IEAM.; PEPE, VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n. 05, p. 1637-1648, set-out. 2008.

O'DWYER, G.G; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços de emergência do programa QUALISUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n. 5, p. 1881-1890, nov-dez 2009.

OFFE, C. Trabalho: A categoria sociológica chave? In\_\_\_\_\_. OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

OGUISSO, T. (ORG). **Trajatória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, P.T.R.; MOREIRA, A.C.G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional Rev. de Psicanálise**, ano XIX, n.185, p. 52-65, marc/2006.

PANIZZONI, C.; LUZ, A.M.H.; FENESTERSEIFER, L.M. Estresse da equipa de enfermagem de emergência clínica. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p. 391-9, set. 2008.

PEIRÓ, J. **Desencadeantes do estrés laboral**. Pirâmide: Madri, 1999.

PENNINX, W.B; VAN TILBURG, T; KRIEGSMAN, D.M; DEEG, D.J; BOEKE, A.J; VAN EIJK, J.T. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study, Amsterdam. **Am J Epidemiol**, n 146, p. 510-19, 1997.

PEREIRA, M.E.C. Psicopatologia freudiana: à escuta do sofrimento. **Psique Ciência & Vida especial**, ano 1, n.1, 2010.

PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In.:\_\_\_\_\_. LEOPARDI, MT. (Org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós Graduação em Enfermagem/Ed. Papa-Livros, 1999.

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

- POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Tradução de Ana Thorell. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PRUESSNER, J.C.; HELLHAMMER, D.H.; KIRSCHBAUM, C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. **Psychosom Med.**, n. 61, p. 197-204, 1999.
- RANGÉ, B. Influências das cognições na vulnerabilidade ao *stress*. In.: LIPP, MEN (org). **Mecanismos neuropsicofisiológicos: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- REYES, M. Q. Prevalencia del síndrome de burnout em lãs enfermeras de la unidade de paciente critico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y uma propuesta de intervenció. **Rev chil. Méd. intensiv;** v.19, n.1, p. 33-37, 2004. illus.
- RITTER, R.S; STUMM, E.M.F; KIRCHER, R.M. Análise de *Burnout* em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. **Rev Eletronica de Enfermagem** [Internet]. v. 11, n. 2, p. 236-48, 2009.
- ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- ROCHA, A.O.M. da. **Minidicionário Antonio Olinto da língua portuguesa.** 3. ed. São Paulo: Moderna, 2005.
- RODRIGUES, A.L; GASPARINI, A.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. Rev. Psicossomática hoje, Porto Alegre: **Artes Médicas**, v. 4, n. 43, p. 93-107, 1992.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ROSS, R.A; RUSSEL, D.W. Job stress, social support and Burnout among counseling center staff. **Journal of Counseling Psychology**, n. 36, p.464-470, 1989.
- REZENDE, A.L.M. **Saúde: Dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1989.
- SAMPSON, J. Stress survey of clinical psychologists in Scotland. **British Psychological Society Scottish Branch Newsletter**, n.11, p.10-14, 1990.
- SÁNCHEZ, A.I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, Mar./Apr. 2007.
- SANTANA, J.P. A Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde** - Painel Gestão de Recursos Humanos. Brasília, setembro de 1993. Disponível em: [www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04u3t6.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04u3t6.pdf). Acesso:
- SANTINI, J. Síndrome do Esgotamento Profissional: Revisão bibliográfica. **Movimento**, v.10, n. 1, p. 183-209, jan/abr 2004.

SANTOS, PR. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador.** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2001.

SCHAUFELI, W.;VAN DIERENDONCK,D;VAN GORP,K. Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchsng model. **Work and Stress.** n. 3, p. 225-237, 1996.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice a critical analysis.** Londres: Taylor & Francis, 1998.

SCHAUFELI, W. Evaluacion de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiências holandesas. **Revista de psicologia del Trabajo y las Organizaciones,** n. 15, p. 147-171, 1999.

SCHAUFELI, W.B; BUUNK, B.P. **Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing.** The handbook of work and health psychology. Edited by M. J. Schabracq, 2003.

SCHEIN, E. H. **Psicologia organizacional.** 3.ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SELLIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: Cortez Editora. 1994.

SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocus agents. **Nature,** v.138, n.32, 1936.

\_\_\_\_\_. **The stress of life.** New York: MacGrawHill, 1956.

\_\_\_\_\_. **Stress: a tensão da vida.** Trad. Frederico Branco. São Paulo: IBRASA, 1959.

\_\_\_\_\_. **Stress: a tensão da vida.** São Paulo: Ibrasa, 1965.

SILVA, F.P.P da. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **PSI – Rev. de psicologia social e institucional,** v. 2, n 1, jun. 2000.

SILVA, G. B. da. **A enfermagem profissional: análise critica.** São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, IAS. **Trabalho em unidade de tratamento intensivo: representações sociais de enfermeiras.** [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBa), 2007b.

SILVA, JLL. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), 2007a.

SILVA, G.G.J; SOUZA, M.L.P.;JÚNIOR, E.G.; CANÊO, L.C.; LUNARDELLI, M.C.F. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Rev. bras. Saúde ocup.,** v. 34, n. 119, p. 79-87, 2009.

SILVANY, A.A.T; DUTRA, F.; A.Z.I.G; ALVES, R.; KAVALKIEVICZ, C. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, n. 24, p. 42-46, 2000.

SISTO, F.F.; BAPTISTA, M.N.; NORONHA, A.P.; SANTOS, A.A.A. **Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT**. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

SISTO, F.F.; BAPTISTA, M.N; SANTOS, A.A.A *et al.* Análise Fatorial da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT). **Psicol. Am. Lat.** n.15, p.0-0, dez 2008, ISSN 1870-350 X.

SMELTEZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 4v.

SOSA, M; VELIZ, A. Estres laboral – burn out: debemos conocerlo. **Notas enferm.**, v.4, n. 4, p. 7-9, 2004.

SOUZA, W.C., SILVA, A.M.M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no *Burnout* em profissionais de saúde. **Estud Psicol.**, v.19, n. 1, p. 37-48 2002.

SUEHIRO, A.C.B; SANTOS, A.A.A; HATAMOTO, C.T.; CARDOSO, M.M. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do programa de saúde da família. **Boletim de Psicologia**, v. LVIII, n. 129, p. 205-218. 2008.

TAMAYO, MR. **Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). não publicada. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**, v.5, n.3, p.127-147. 2001

TAMAYO, M.R; TRÓCCOLI, B. Burnout no Trabalho. In.: \_\_\_\_\_. MENDES, A.M; BORGES, L.O; FERREIRA, M.C. (Orgs.). **Trabalho em Transição, Saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

TRIGO, T.R, TENG, C.T; HALLAK, J.E.C. Síndrome de Burnout ou Estafa Profissional e os Transtornos Psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n.5; p.223-233, 2007

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

TRÓCCOLI, B.T; STACCIARINI, J.M.R. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, v. 9, n. 2, mar/ abr, 2001.

VASCONCELLOS, E.G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In. SEGER, L. **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**. São Paulo: Ed Santos, 1992.p.25-35.

VEJA, E.D; URBÀNIZ, A.P. **El síndrome de Burnout en el médico**. Madri: Smithkline Beecham, 1997.

VIDAL, J.B. **Estrés y psicopatología**. Madrid: Pirâmide, 1993.

VIEIRA, I.; RAMOS, A.; MARTINS, D.; BUCOSIO, E.; PEREIRA-BENEVIDES, A.M.; FIGUEIRA, I.; JARDIM, S. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev. Psiquiátrica**, v. 28, n.3, p. 352-6, set/dez 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert committee on identification and control of work related diseases**. Geneva: Author, 1985.

\_\_\_\_\_. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. In.: **Geneva Division of Mental Health World Health Organization**, 1998, pp.91-110,

\_\_\_\_\_. Statement on the burnout syndrome among physicians. In: **European Forum of Medical Associations**. Germany, 2003.

## APÊNDICE A – Instrumentos para coleta de dados

 <b>Universidade Federal da Bahia</b> <b>Escola de Enfermagem</b> <b>Fone: (071) 3283 - 7618 E-mail do responsável:</b> <b>monicaevangelista@uol.com.br</b>			
<b>Fatores predisponentes à síndrome de <i>Burnout</i> no trabalho em Unidade de Emergência.</b>			
No Questionário: Local da Entrevista:	Data da Entrevista:	Nome do Pesquisador:	Tempo da entrevista:
<b>Informações Sócio-Demográficas</b>			
Q1. Qual a sua idade?		Q2. Data de nascimento:	
Q3. Sexo 1. <input type="checkbox"/> Feminino 2. <input type="checkbox"/> Masculino		Q4. Qual seu estado civil atual? 1. <input type="checkbox"/> casado(o) 2. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> união estável 4. <input type="checkbox"/> divorciado(a) 5. <input type="checkbox"/> viúvo(a)	
Q5. Em qual dessas classificações você define sua Raça/cor? 1. <input type="checkbox"/> branca 2. <input type="checkbox"/> preta 3. <input type="checkbox"/> parda 4. <input type="checkbox"/> amarela 5. <input type="checkbox"/> indígena 6. <input type="checkbox"/> NRA ( nenhuma resposta acima)		Q6. Qual a sua religião atual? 1. <input type="checkbox"/> católica 2. <input type="checkbox"/> evangélica/protestante 3. <input type="checkbox"/> espírita 4. <input type="checkbox"/> candomblé 5. <input type="checkbox"/> nenhuma 6. <input type="checkbox"/> outros _____	
Q7. Escolaridade: 1. Pós Graduação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 2. Área: _____		Q8. Tempo de formado? 1. <input type="checkbox"/> inferior a 5 anos 2. <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos 3. <input type="checkbox"/> Superior a 10 anos	
<b>Informações Sócio-Econômicas</b>			
Q9. Tem filhos? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Quantos? _____		Q10. Têm dependentes? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Quantos são dependentes? _____	
Q11. Quem é o principal responsável pelo sustento da família? 1. <input type="checkbox"/> o entrevistado (a) 2. <input type="checkbox"/> o companheiro/companheira 3. <input type="checkbox"/> todos da família 4. <input type="checkbox"/> não se aplica 5. <input type="checkbox"/> outros _____		Q12. Qual a sua renda pessoal? 1. <input type="checkbox"/> inferior a um salário 2. <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo 3. <input type="checkbox"/> mais de um a dois salários 4. <input type="checkbox"/> mais de dois a três salários 5. <input type="checkbox"/> mais de três a quatro salários mínimos 6. <input type="checkbox"/> superior a quatro salários mínimos 7. <input type="checkbox"/> não quis responder 8. <input type="checkbox"/> não tem renda	
Q13. Qual o rendimento familiar? 1. <input type="checkbox"/> inferior a um salário 2. <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo 3. <input type="checkbox"/> mais de um a dois salários 4. <input type="checkbox"/> mais de dois a três salários 5. <input type="checkbox"/> mais de três a quatro salários mínimos 6. <input type="checkbox"/> superior a quatro salários mínimos 7. <input type="checkbox"/> não quis responder 8. <input type="checkbox"/> não tem renda		Q15. Quantos cômodos têm o seu domicílio?	Q16. Quantas pessoas residem em seu domicílio?
Q14. Sua residência é:			

1. <input type="checkbox"/> própria 2. <input type="checkbox"/> alugada 3. <input type="checkbox"/> outros _____		
Q17. A convivência em casa é harmoniosa? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não quis responder	Q18. De casa para o trabalho a sua locomoção é? 1. <input type="checkbox"/> Fácil 2. <input type="checkbox"/> Difícil 3. <input type="checkbox"/> Cansativa	4. <input type="checkbox"/> Estressante
Q19. Há quanto tempo trabalha em Unidade de Emergência? 1. <input type="checkbox"/> inferior a 5 anos 2. <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos 3. <input type="checkbox"/> Superior a 10 anos	Q20. Qual a sua carga horária semanal: _____	
	Q21. Turnos: 1.M 2. T 3. SN 4. Misto	
	Q22. Possui outro vínculo empregatício? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
Q22.1 Quantos? _____	Q23. Quais?	
Q24. Cotidianamente, surgem muitos plantões extras? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	Q25. Durante o ano, quantas vezes, você precisou se afastar do trabalho com atestado médico para tratar da saúde?	
Q26. Qual a sua percepção com relação ao seu ambiente de trabalho? 1. <input type="checkbox"/> Ótimo 2. <input type="checkbox"/> Bom 3. <input type="checkbox"/> Ruim 4. <input type="checkbox"/> Inadequado 5. <input type="checkbox"/> Não quis responder.	Q27. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Emergência? 1. <input type="checkbox"/> inferior a 5 anos 2. <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos 3. <input type="checkbox"/> Superior a 10 anos	
<b>Informações relacionadas a Hábitos de Vida</b>		
Q28. Tem por hábito fumar? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ex-fumante Se sim, quantos cigarros por dia? _____	Q29. Consome bebidas alcoólicas? 1. <input type="checkbox"/> Não bebe 2. <input type="checkbox"/> Bebe socialmente 3. <input type="checkbox"/> Somente nos fins de semana 4. <input type="checkbox"/> Diariamente	
Q30. Você pratica alguma atividade física? 4. <input type="checkbox"/> Sim 5. <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (quais)? _____	Q31. Qual a frequência semanal? _____  E quantos minutos? _____	
Q32. Possui Hobby? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (quais)? _____	Q33. Como você percebe o seu estado de saúde? 1. <input type="checkbox"/> Bom 2. <input type="checkbox"/> Regular 3. <input type="checkbox"/> Ruim	

<b>Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho</b>			
<b>Orientação:</b> Encontram-se abaixo relacionadas 40 situações de trabalho. Assinale dentre as alternativas propostas, o quanto cada uma delas o <b>incomoda</b> . No caso de uma determinada situação não se aplicar ao seu ambiente de trabalho, assinale a alternativa <i>nunca</i> como a opção de resposta. Não existem respostas certas ou erradas.			
<b>Escala: (0) Nunca (1) Às vezes (2) Frequentemente</b>			
1. Existência de acúmulo de funções	(0)	(1)	(2)
2. Existência de acúmulo de trabalho	(0)	(1)	(2)
3. Existência de um ambiente físico incompatível para o desenvolvimento do trabalho	(0)	(1)	(2)
4. Sinto ter autoridade rejeitada pelos iguais	(0)	(1)	(2)
5. Considero os chefes despreparados	(0)	(1)	(2)
6. Sinto dificuldades pessoais com o chefe	(0)	(1)	(2)
7. Existência de dobra da jornada de trabalho	(0)	(1)	(2)
8. Ocorrência de doenças e/ou acidente pessoal	(0)	(1)	(2)
9. Existência de equipamento tecnológico em quantidade insuficiente em relação à necessidade	(0)	(1)	(2)
10. Existência de problemas com a iluminação do ambiente	(0)	(1)	(2)
11. Existência de expectativa excessiva da chefia	(0)	(1)	(2)
12. Desenvolver trabalhos que não pertencem à minha função	(0)	(1)	(2)
13. Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho	(0)	(1)	(2)
14. Ausência de perspectiva de crescimento profissional	(0)	(1)	(2)
15. Inexistência de plano de cargos e salários	(0)	(1)	(2)
16. Ausência de solidariedade	(0)	(1)	(2)
17. Desenvolver o trabalho do outro	(0)	(1)	(2)
18. Pouco conhecimento sobre a função	(0)	(1)	(2)
19. Dificuldade para dialogar com a chefia	(0)	(1)	(2)
20. Ocorrência de licenças de saúde recorrente dos colegas	(0)	(1)	(2)
21. Ocorrência de mudanças nos turnos de trabalho	(0)	(1)	(2)
22. Ocorrência de mudanças no status financeiro	(0)	(1)	(2)
23. Ocorrência de mudanças de chefias	(0)	(1)	(2)
24. Existência de muita responsabilidade no trabalho diário	(0)	(1)	(2)
25. Desconhecimento sobre a forma como sou avaliado	(0)	(1)	(2)
26. Desconhecimento sobre quem manda realmente no meu trabalho	(0)	(1)	(2)
27. Ausência da valorização profissional	(0)	(1)	(2)
28. Existência da necessidade de ajudar colegas para fazer o serviço deles	(0)	(1)	(2)
29. Existência de outras obrigações	(0)	(1)	(2)
30. A ocorrência do meu erro afeta o trabalho dos outros	(0)	(1)	(2)
31. Perspectivas de ascensão vinculadas à idéia de transferência	(0)	(1)	(2)
32. Pouca cooperação da equipe para desenvolver o trabalho em conjunto	(0)	(1)	(2)
33. Existência de prazos reduzidos para realização de trabalhos	(0)	(1)	(2)
34. Existência de ritmo acelerado de trabalho	(0)	(1)	(2)
35. Existência de responsabilidade excessiva	(0)	(1)	(2)
36. O salário é incompatível com a função desenvolvida	(0)	(1)	(2)
37. Os salários são atrasados	(0)	(1)	(2)
38. Exercer mais obrigações que os demais colegas	(0)	(1)	(2)
39. Ter que atender a muitas pessoas de uma só vez	(0)	(1)	(2)
40. Postura autoritária de meus superiores	(0)	(1)	(2)

<b>Questionário de Maslach BURNOUT Inventory, 1997 (MBI), traduzido e adaptado para o português por Robayo-Tamayo (1997).</b>					
<b>Orientação:</b> Encontram-se abaixo relacionadas 22 situações de trabalho. De acordo com uma escala de 1 a 5 assinale, dentre as alternativas propostas, aquela que melhor indica com que frequência experimenta o conteúdo sugerido pelo item, onde:					
<b>Escala:</b> (1) Nunca (2) Algumas vezes ao ano (3) Algumas vezes ao mês (4) Algumas vezes na semana (5) Diariamente					
1 Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2 Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado;	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3 Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4 Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5 Sinto que estou tratando algumas pessoas de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6 Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7 Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8 Sinto que meu trabalho está me desgastando	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9 Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas através do meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10 Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11 Preocupo-me se esse trabalho está me enrijecendo emocionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12 Sinto-me vigoroso em meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13 Sinto-me frustrado com meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14 Sinto que estou trabalhando demais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15 Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16 Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17 Sinto que posso criar, com facilidade um clima agradável em meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18 Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19 Creio que consigo coisas valiosas nesse trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20 Sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21 No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22 Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**FONE: (71)3263-7631 – FAX: (71)3332-4452**

Of. N \_\_\_\_\_ Salvador, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA

Senhora Coordenadora,

Encaminhamos o Projeto de Pesquisa da mestrandia Mônica Evangelista Silva, orientando da Prof Dra Enêde Andrade da Cruz, intitulado: “Fatores predisponentes à síndrome de *Burnout* no trabalho em Unidade de Emergência” para apreciação deste **Comitê de Ética em Pesquisa.**

Atenciosamente,

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento pós-informação****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO****I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL:**

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE, N.

SEXO: M( ) F( )

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

N.

APTO/CASA

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONE:( )

**II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTIFICA**

1. TITULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Fatores predisponentes à síndrome de Burnout no trabalho em Unidade de Emergência.**
2. PESQUISADORA: Mônica Evangelista Silva
3. CARGO FUNÇÃO: Enfermeira, discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
4. UNIDADE: Universidade Federal da Bahia
5. AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA: nenhum
6. DURAÇÃO DA PESQUISA: quatro meses

**III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA SOBRE A PESQUISA CONSIGNADA:**

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: A pesquisa sobre o trabalho da enfermeira em unidade de emergência é de fundamental importância levando-se em consideração que é através do conhecimento das questões internas de enfermagem, nesse setor, que se podem encontrar caminhos para a transformação do seu trabalho. Portanto,

objetiva-se analisar os fatores do trabalho das enfermeiras, que podem predispor ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout, em unidade de emergência.

Procedimentos que serão utilizados e propósitos: caracterização do perfil sociodemográfico das enfermeiras e aplicação dos questionários EVENT – Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no sentido de avaliar a vulnerabilidade das enfermeiras frente aos fatores estressores do trabalho em unidade de emergência e o Inventory Burnout Maslach (MBI) para identificar a prevalência da *síndrome de burnout*.

1. Desconfortos e riscos esperados: Nenhum
2. Benefícios que poderão ser obtidos: Novos referenciais para o estabelecimento de propostas que possam contribuir de forma positiva na construção do desenvolvimento de um trabalho inovador, da enfermeira de Unidade de Emergência.

#### **IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para elucidar dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à comunidade da pesquisa.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

#### **V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTECORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

- Mônica Evangelista Silva /Fone:(071) 99562152
- E-mail: monicaevangelista@uol.com.br

#### **VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:**

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Salvador,        de                        de

---

Assinatura do respondente da pesquisa

---

---

Assinatura da pesquisadora

---

		COMUNICAÇÃO INTERNA		Data:	08/06/2009
				Nº	29/09
De:	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	Para:	Mônica Evangelista Silva		
Ref.	Projeto de Pesquisa Nº 23/09		Pesquisador Responsável		

Prezada investigadora:

Cumpre-nos cientificá-la que o Projeto de pesquisa nº 23/09, intitulado "*Síndrome de Burnout: Fatores Predisponentes em Enfermeiras de Unidade de Emergência*", que tem V.Sª como pesquisadora responsável, foi apreciado, na 117ª reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa – Monte Tabor / Hospital São Rafael, de 29/04/2009, e, após verificação do cumprimento das pendências foi considerado **aprovado**.

Reiteramos a necessidade de serem encaminhados os relatórios periódicos para o nosso CEP a cada seis meses a partir da data de aprovação. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final.

Estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através do telefone 3281-6484 e 3281-6259 ou pelo e-mail [cep@hsr.com.br](mailto:cep@hsr.com.br).

Atenciosamente,

  
Regina Oliveira  
Coordenadora do CEP / HSR

Dra. Regina Oliveira  
Coordenadora do CEP  
Monte Tabor/HSR

**Governo do Estado da Bahia**  
**Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**  
**Hospital Geral Roberto Santos**  
**DIRETORIA DE ENFERMAGEM**  
**DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO**



### DECLARAÇÃO

Declaro que a pesquisa intitulada "Síndrome de burnout: fatores predisponentes em enfermeiras de unidade de emergência" da mestranda Mônica Evangelista Silva foi apreciada pela Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa desta instituição e está autorizada a coleta de dados, após submissão do seu projeto de Mestrado pela Universidade Federal da Bahia, no Comitê de ética do Hospital São Rafael. Ressaltamos apenas a importância do cadastramento da instituição (Hospital Geral Roberto Santos, cnpj: 04.475. 727/ 001-86) na folha de rosto no CONEP.

Atenciosamente,

  
Aldacy Gonçalves Ribcero  
Diretoria Adjunta de Ensino  
Pesquisa e Extensão  
DIREN: 83596

Aldacy Gonçalves Ribcero  
Diretora Adjunta de Enfermagem de Ensino, Pesquisa e Extensão

Salvador, 29/04/09