



CENTRO ESTUDO SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA.

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

JOCICLEIA RODRIGUES DE SOUSA

**NÍVEL DE *BURNOUT* EM ENFERMEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL
DE ITAITUBA**

Itaituba

2016

JOCICLÉIA RODRIGUES DE SOUSA

**NÍVEL DE *BURNOUT* EM ENFERMEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL
DE ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares
Batista.

Itaituba
2016

Sousa, Jocicléia Rodrigues

Nível de *burnout* em enfermeiros do hospital municipal de itaituba/ Jocicléia Rodrigues de Sousa, itaituba: FAI, 2016.

61 f. : il.

Orientador: Cleidson Colares Batista

Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado de Enfermagem – Faculdade de Itaituba, 2016.

1. *burnout*. 2. Enfermeiros. 3. Emocional. 4. Despersonalização. 5. Realização Pessoal. I. Batista, Cleidson Colares. II. Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2016.

JOCICLÉIA RODRIGUES DE SOUSA

**NÍVEL DE *BURNOUT* EM ENFERMEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL
DE ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares
Batista.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Título

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Título

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de _____ de 2016.

Dedico a Deus por ter me conduzido até aqui, com sua bondade e amor incondicional, a minha família e a todos que me ajudaram, mesmo os que foram com atitudes negativas, o que, se viu de combustível para eu alcançar a vitória

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que o senhor me consentiu durante toda a vida, dando-me coragem para superar cada dificuldade enfrentada durante esta trajetória.

A minha mãe Analina do Vale de Sousa, por ter sido minha “mãe” e nunca madrasta, ao meu pai José Mendes de Sousa pelo esforço de tornar-me uma pessoa de bem, as minhas irmãs Aldeni do Vale Silva, Jociléia Rodrigues de Sousa, Jocilene Rodrigues de Sousa, Alcenilde Vale Silva e Ariele do Vale de Sousa, pelas diversas vezes fizeram papel de mães aos meus filhos quando eu estava ausente, cuidando do meu maior tesouro, pelas orações rogando a Deus pela minha vitória, pelo apoio incondicional, de toda a vida.

Ao meu querido esposo Manoelson Correa Nunes pela compreensão, paciência, lealdade, por ter sido meu esteio durante esta caminhada, sem você seria tudo mais difícil.

Aos meus filhos, Bruna Caroline Rodrigues de Sousa, Jheison Bruno Rodrigues de Sousa, Brenda Caroline de Sousa Almeida, Jeferson de Sousa Almeida, pelo simples fato de existirem, deixando minha vida completa, vocês são a razão da minha existência.

As minhas netas Larissa Nicolly de Sousa Amarante e Emanuely Patricia de Sousa Quemel por deixarem minha vida mais feliz, vocês são a luz da minha casa a paz do meu coração.

À orientação do professor Enf. Esp. Cleidson Colares Batista e toda a paciência que teve, para entender as minhas ausências e dificuldades neste trabalho.

Ao Dr. João Serdenicki e as enfermeiras Adria Greice Fernandes e Andréia Martins que não mediram esforços para adequar o horário de trabalho com o acadêmico, também as minhas colegas de trabalho (Samara, Cleonildes, Tatiane, Erica e Jocilane), a ajuda de vocês foi fundamental.

Aos meus companheiros da turma D e B, em especial as amigas Rivanilcy Varjão e Maria de Jesus pelos momentos de descontração e encontros, em busca do conhecimento. Aos meus professores da Faculdade pelo empenho, cobrança e experiências trocadas.

“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.”

Frederick Herzberg.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1-Quantitativo de médicos e profissionais de enfermagem do HMI	39
Gráfico 2-Perfil dos Enfermeiros	41
Gráfico 3-Vulnerabilidade dos Enfermeiros	43
Gráfico 4-Resultado do Nivel de Exaustão Emocional dos Enfermeiros no HMI.....	46
Gráfico 5-Realização Profissional	47
Gráfico 6-Despersonalização	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Vulnerabilidade ao Estresse	42
Tabela 2 Escores para cada Sub-escala do	47
Tabela 3 Deimenssão- Euxaustão Emocional	48
Tabela 4 Dimenssão-Ralização Profissional	46
Tabela 5 Desperssonalização	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Código Internacional das Doenças
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DP	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
EVENT	Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho
HMI	Hospital Municipal de Itaituba
INP	Incompetencia Profissional
M	Manhã
MBI	MaslachBurnoutInventory
MS	Ministério do Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MT	Manhã e Tarde
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RRP	Reduzida Realização Profissional
SB	Síndrome de Burnout
SN	Serviço Noturno
SNC	Sistema Nervoso Central
T	Tarde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	13
2.2 A ENFERMAGEM.....	13
2.4 HIERARQUIA DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	16
2.5 O TRABALHO NO HOSPITAL.....	17
2.6 CARACTERÍSTICA DO TRABALHO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	18
2.7 RISCO OCUPACIONAL NO HOSPITAL.....	19
2.8 FATORES NO TRABALHO QUE PODEM LEVAR AO ESTRESSE.....	23
2.9 SÍNDROME DO DESGASTE PROFISSIONAL <i>BURNOUT</i>	24
2.9.1 O estresse.....	24
2.9.2 O estresse laboral.....	26
2.10 A síndrome de <i>burnout</i>	28
2.11 MODELO TEÓRICO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	31
2.12 FATORES DESENCADEADORES DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	33
2.13 SINTOMAS E CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	34
2.14 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NO TRABALHO.....	36
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	38
3.3 PÚBLICO ALVO.....	39
3.4 AMOSTRAGEM DO ESTUDO	40
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 ANÁLISE DOS DADOS	41
5 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIA	53

1 INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba vivenciam em seu cotidiano de trabalho diferentes e complexas demandas físicas e psíquicas, pois nessas modalidades de atenção a saúde, os membros das equipes estão em contato direto e contínuo com outros seres humanos doentes necessitados de cuidados e atenção, onde os enfermeiros precisam assumir inúmeras e diversificadas atribuições, possibilitando diversas situações que acarretam estresse (NOGUEIRA - MARTINS, 2002).

O trabalho no âmbito hospitalar é desenvolvido em um ambiente com vários fatores de risco ocupacional, que podem gerar danos à saúde dos trabalhadores e afetar a qualidade da assistência prestada (NUNES, et al, 2010).

A pesquisa tem como objetivo identificar ocorrência de *burnout* e respostas emocionais em profissionais de enfermagem detalhando as suas três dimensões e quais as características apresentam esse profissional, por tanto realiza-se-a perfil sócio-demográficas, sócio-econômico, hábitos de vida, o grau de venerabilidade e desgaste dos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), para isso aplicou-se três questionários de coletas de dados, entre eles a *Maslach BORNOUT*.

O estresse se faz presente, na vida do individuo tanto no âmbito pessoal como no trabalho, quando esse estresse se torna crônico e associado ao trabalho, denomina-se Síndrome de *Burnout*, esta síndrome é evidenciada por três dimensões, são elas: o exaustão emocional, despersonalização e o sentimento de incompetência, fazendo com que o individuo não possua forças para enfrentar conflitos do cotiano de trabalho. (CARLOTTO E CÂMARA, 2008).

Para Freudenberg (1970), o nome *burnout* vem de origem inglesa “to burn out” e significa queimar-se acabar por completo, deteriora-se, é considerado como risco ocupacional, mas frequente em profissionais que lidam diretamente com pessoas como, professores, assistentes sociais, médicos, estudos comprovam que a enfermagem é uma das profissões mas propensas a adquirir *burnout*, esse profissional vive rodeado de situações estressoras tendo em vista fatores como, a organização do seu trabalho, a falta de autonomia em tomadas de decisões, a difícil tarefa de enfrentamento do processo de adoecimento bem como o de morte, a desvalorização financeira dentre outros, gerando a necessidade de investimento,

para identificar as causas destes danos colaborando para elaboração de ações que contribuam para redução destas taxas e, em consequência, preservem a saúde do trabalhador (MUROFUSE, 2005).

O município de Itaituba encontra-se inserido neste contexto, portanto considerando os riscos e consequências a saúde dos enfermeiros, que pode vir ao colapso acredita-se que identificar o nível de *burnout* nos profissionais de enfermagem do HMI pode contribuir para um melhor reconhecimento desses casos e ainda, auxiliar na construção de medidas preventivas.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa com abordagem descritiva que é definido como o levantamento sistemático dos problemas, características ou fenômenos observados na população estudada (SANTOS, 2001).

O público alvo constitui-se de 00 enfemeiros atuantes no HMI em diversos setores, lotados nos três turnos de trabalho, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, auto-aplicavel, que registra os dados sócio-demográficos, dados profissionais, informações sobre lazer, fatores organizacionais, bem como da escala EVENT e preditores de *burnout*.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRABALHO DA ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que detém-se em cuidar das pessoas, ou seja esse individuo consome e oferece seu próprio trabalho, nesta perspectiva, o cuidado como um sistema dinâmico e contínuo em que os enfermeiros promovem ações de trabalho com o fim de produzir e proteger a vida (AZAMBUJA et al, 2007).

Para Guedes e Mauro, (2000) os profissionais de enfermagem desenvolvem seu trabalho de maneira singular promovendo ações de cuidados para a reabilitação e promoção da saúde do individuo através de ações individuais que levam em conta a particularidade de cada individuo bem como adaptando-se as condições e ambientes o qual lhe é oferecido.

Ao longo de sua historia a enfermagem evoluiu de forma que deixou de ser apenas técnica, passando a ser científica chegando até a teorias de enfermagem, essa evolução tem como objetivo a busca da autonomia, a concepção de que a enfermagem passa a ser considerada trabalho é bem recente tem um pouco mais de três décadas, mas o objeto do trabalho da enfermagem é o cuidado, que é um conjunto de ações junto ao usuário e grupos sociais na promoção de saúde, prevenção, intervenção em quadros de adoecimento e reabilitação, considerando os princípios da prática da Enfermagem e as instituições como espaços de conflitos que reproduzem ou modificam esta prática e, acreditando ser a participação uma das molas propulsoras para a concretude de um processo de trabalho com atitudes transformadoras, se julga importante conhecer as percepções de enfermeiros sobre sua prática profissional institucionalizada. (KIRCHHOF, 2004).

2.2. A ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão tão antiga quanto a humanidade, e tem como característica principal a concepção de cuidado de um ser humano que cuida de outro ser humano. (COREN PE, 2016).

Apresenta três fases distintas ao longo de sua historia, a fase empírica onde era exercida por sacerdotes e feiticeiros, uma característica ao longo da historia foi a

prevalência do feminino, onde os conhecimentos eram passados de mão para filha eram conhecidas pelo povo como mulheres providas de muita inteligência e pelas autoridades eram tidas como mulheres que praticavam bruxaria. (Pitta, 2003).

A Idade de Florence, ou seja, a segunda fase, teve início com os trabalhos de Florence Nightingale, que dedicou sua vida a cuidar de doentes na guerra da Criméia, juntamente com ela nasce o sistema hospitalar, defendia uma enfermagem embasada em critérios científicos e severas normas de higiene, que foi aprimorado ao longo dos anos até chegar na terceira fase que perdura nos dias atuais do modo em que conhecemos, tornando-se mais uma tipo de serviço para a população de assistência a saúde. (LEOPARDI, 1994; PITTA, 2003).

Conforme a lei 7. 498 de 25 de junho de 1986:

Art. 6º São enfermeiros:

I - O titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - O titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira obstetriz.

No Brasil cerca de 70% da enfermagem está presente em âmbito hospitalar, esses profissionais atuam de forma direta com cuidados a pacientes, gerenciando equipes e sofrendo impacto direto de sua organização. (MULLER,2004)

O trabalho no hospital acarreta danos a saúde devido a sobre carga de trabalho e o número reduzido de profissionais, equipamentos e máquinas não aliviam a carga laboral do indivíduo sendo de inteira necessidade para a manutenção da vida em unidades intensivas, é crescente o número de casos de doenças mentais entre os profissionais que trabalham em hospital. (ELIAS E NAVARRO, 2006).

O trabalho em hospital prevalece o cuidados a vários clientes internados, que exigem do profissional enfermeiro um maior envolvimento emocional, haja vista que nessa modalidade de cuidados existem os mais variados pacientes acometidos das mais distintas patologias chegando a gerar um nível de sofrimento no profissional devido a proximidade com o indivíduo doente, além do sentimento de frustração e fracasso. (GIL-NUNES, MAURO e CUPELLO, 2000a; 2000b).

Outro fator exclusivo desse regime de trabalho, exigência da permanência vinte quatro horas, contemplando feriados fins de semana, noturno e diurno, isso acarreta cansaço, ainda mais quando esse profissional precisa fazer dupla jornada

ou ainda se ocupar de afazeres domésticos haja vista que ainda é uma profissão tradicionalmente feminina, enfatiza que a enfermagem é verdadeiramente uma profissão que conota muitos aspectos implacáveis, embora seja dada pouca ou nenhuma relevância a esses aspectos, tornando prejudiciais a qualidade do trabalho bem como a sua saúde (MULLER, 2004)

2.3. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Uma das características milenar da enfermagem é o fato de cuidar de outras pessoas de forma afetiva, tornando-se uma característica essencial no exercício dessa profissão. (BORGES et al, 2002).

Vasques e Menezes, (2002) salientam que, para que haja um bom andamento da assistência prestada ao indivíduo se faz necessário que o profissional que a executa seja provido de sentimentos nobres, para que haja uma boa execução do cuidado. Mas por se tratar de uma relação ao profissional, essa relação não é total ocorrendo um desligamento.(MULLER, 2004).

Tornando-se uma relação incoerente, onde paira a dúvida do profissional em envolver-se ou não, ficando muitas vezes ficando impossibilitando de ver frutos do seu trabalho, vive uma vida de perdas, seja quando o paciente sai de alta ou quando morre, o profissional usa o distanciamento afetivo como mecanismo de defesa. (Muller, 2004). O trabalho da enfermagem não resume-se meramente em técnica ou mecanização de cuidados, exige-se muito mais que uma relação de prestação de serviço apáticos, exija grande envolvimento emocional além de tratamento medicamentoso. (BULHÕES, 1994)

Outro fator característico do profissional enfermeiro é, exercer vários papéis, antes a enfermagem se dividia apenas em assistencial e gerencial, hoje dividiu-se em quatro vertentes interligadas, cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, onde exige-se uma dedicação maior do profissional. (DANKI, et al, 2011).

Devido essas peculiaridades e demais fatores a enfermagem é tida com umas das profissões mais propensas a adquirir síndrome de *Burnout* (DELGADO et al, 1993).

Tendo em vista que seu trabalho baseia-se na plenitude humana, havendo assim um choque entre a realidade laboral com a expectativa, colaborando para que o profissional prove de sentimentos negativos, (VASQUES-MENEZS, 2002).

O sentimento de nobreza dos cuidados em que a enfermagem desde de sempre foi envolta para que atenda seus objetivos do seu trabalho, fez com que, não fosse dada a devida atenção as consequências emotivas a saúde do profissional. (BORGES, et al,2002).

Ao longo da formação do enfermeiro é dada pouca importância aos riscos psicológicos desse trabalhador, sendo dada mais atenção a suas atribuições e conhecimentos científicos, quando que deveria ser analisado de forma minuciosa relacionando os riscos aos cuidados. (ALVES,1994)

2.4. HIERARQUIA DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Para Leopard (1997) a enfermagem nos anos 60 e 70 não tinha vínculo com a formação, o trabalho era realizado somente pelo médico que transferia tarefas as quais não tinha interesse em realizar para um atendente, desse modo que foi atribuído tarefas a enfermagem em âmbito hospitalar, com a iniciativa do Ministério da Saúde em formar auxiliares de enfermagem resgatando a cidadania e melhorando a qualidade do atendimento, a partir desse avanço houve a primeira forma de hierarquia, e os trabalhos passaram a ser divididos por tarefas inerentes a cada função (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

As atribuições do enfermeiro são regidas conforme regulamentação do exercício da enfermagem, sob a lei 7.498/86.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem ;[
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas [...];

Tais profissionais tem mais proximidade dos paciente e consequentemente de seus sofrimentos, em relação aos demais integrantes do hospital.

As tarefas são divididas conforme o grau de instrução de cada profissional, as tarefas mais complicadas ficam sob a responsabilidade do enfermeiro do nível superior, gerenciando a equipe de enfermagem, os técnicos e auxiliares de enfermagem fazem as tarefas que exigem uma menor qualificação estando mas presente com o doente, recebem os menores salários o que os levam a busca de alternativas para aumentar sua renda. (Muller, 2004).

Segundo Benicá (2002) ressalta que a enfermagem de nível superior garante a posição de superior nessa escala hierárquica ,o que acaba gerando atritos com outros profissionais, atualmente tem havido uma procura por parte dos auxiliares e técnicos em se qualificara visando uma amortização da exploração no mercado de trabalho bem como o anseio de diminuir a divisão entre os profissionais.

2.5 O TRABALHO NO HOSPITAL

O histórico dos hospitais vem desde a transgressão de regras onde os pobres, desfalecidos e todos aqueles que eram considerados pela sociedade como desprovidos de direito de viver em liberdade por estarem doentes ou sem família, eram raptados e levados para lugares onde eram deixados para morrer, até a nobreza de cuidar de vidas,os hospitais percorreram longo e complicado caminho em busca de técnicas científica, o cenário hospitalar com cunho propriamente dito de cuidados terapêuticos e relativamente novo, foi relatado primeiramente por Howard, no século XVII, onde o escritor inglês descreveu o processo hospitalar da época, nesse mesmo período outro estudioso Tenon percorre hospitais da Europa a mando da Academia de Ciências da França com intuito de fornecer dados para elaborar um relatório sobre o funcionamento dos mesmos, esses são os primeiros relatos sobre o assunto.(PITTA, 2003).

Ainda segundo Pitta 2003, Foucault (1981) menciona a importância do registro desses autores, pois eles valorizaram as reais características dos hospitais, em 1543 foi a vez do Brasil de fundar suas primeiras instituições voltadas para o

cuidados terapêuticos, nasce aí as Santas Casa de Misericórdia, logo após o descobrimento do Brasil, tinha como principal objetivo o cuidados com crianças órfãs e pobres, esses cuidados eram prestados por escravos voluntários e religiosos, os cuidados eram voltados basicamente em acolher e cuidar dessas pessoas enquanto doentes, ensinavam ainda noções de higiene e trabalhos domésticos e cuidados de saúde para posteriormente ele também pudessem prestar cuidados a outros.

2.6 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Na modalidade de serviço hospitalar estão inseridos diversos profissionais, médicos, farmacêuticos, radiologistas entre outros, e mais a equipe de enfermagem, que de acordo com o Decreto nº 94.406/87, disposto no artigo 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, é composta por enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem de acordo com seus respectivos graus de formação.

A assistência prestada no âmbito hospitalar tem natureza coletiva onde sua clientela e sua organização geram conflitos por si só, (ALVES, FARIAS E VAITSMAN, 2002).

Os cuidados prestados nesse tipo de sistema se diferenciam devido a clientela necessitar de cuidados imediatos e contínuos que independem de padronizações rigorosas haja vista o tipo de tratamento oferecido nessa modalidade de cuidados, exige uma interação entre setores para que se cumpra sua função, (MULLER, 2004).

Essas instituições tem uma organização baseada no sistema de pirâmide onde no topo ficam os médicos que geralmente tem cargos superiores os da área administrativa, esse grupo que sobre sai geralmente o mínimo da parcela de trabalhadores, a organização hierárquica entre os profissionais médicos e outros membros que viabilizam o trabalho dentro dos hospitais são geradores de discórdias, devido ao status que carrega o profissional de medicina e quanto mais próximo deste grupo profissional maior é seu nível de status, o profissional enfermeiro também se beneficia desse status porém de forma ofuscada por ser considerada uma vertente do profissional médico, havendo sempre a hierarquização do poder e prestígio dos médicos, em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem formam um grupo com quase nenhuma autonomia, realiza sempre atividades de menor complexidade e nessa pirâmide fica na base, vivem sob

constante cobranças explicitando a relação de hierarquia opressora profissional, (FARIAS e VAITSMAN, 2002).

2.7 RISCO OCUPACIONAL NO HOSPITAL

Enfermeiros são profissionais que desenvolvem suas atividades cotidianas de trabalho em ambientes rodeados de perigos inerentes a saúde, deixando-os vulneráveis a acidentes e patologias, a palavra risco é utilizada de forma específica para conceituar perda, perigo ou dano, mas quando se trata de risco ocupacional ela se torna ainda mais abrangente, definido como qualquer possibilidade de desencadear processo de adoecimento, levando em consideração aspectos físicos, sociais e psicológicos, existente no processo que envolve a relação laboral, quando se fala da saúde do trabalhador dos profissionais dessa área torna-se ainda mais complexo devido aos riscos que envolvem esse tipo de atividades, haja vista que esses profissionais estão diariamente expostos a agentes físicos, biológicos, ergonômicos, abrangendo ainda sua forma de organização de trabalho, muitas vezes retrógrada e autoritária, retraindo as ideias e liberdade de expressão impedindo a participação ativa desse trabalhador em tomadas de decisões, havendo uma mecanização monótona de suas atribuições, outra situação comum e não menos importante são os tipos assédios sofridos em ambientes de trabalho, além de fatores sociais como participação ativa na sociedade, qualidade da alimentação, moradia e satisfação salarial. (SILVA, et al 2012).

Segundo Nogueira (2005), a relação das consequências a saúde do trabalhador foram descritas desde os primórdios da humanidade em papiros Egípcios e no decorrer de nossa existência encontram-se diversas explanações sobre o adoecimento do indivíduo inerentes ao seu trabalho. Bernardino Ramazzini por sua contribuição ao tema através de estudos em 1.700 foi considerado o pai da medicina do trabalho.

Nogueira (2005) relata ainda que mesmo com a contribuição do escritor sobre as doenças relacionadas ao trabalho, às preocupações com a saúde do trabalhador só afloraram com a revolução industrial Inglesa, nessa época um médico que trabalhava em uma grande fábrica, demonstrou interesse preocupação com o assunto, Virchow relata em suas observações e estudos que um grupo de

trabalhadores em grande escala passou a sofrer devido a epidemias de algumas doenças, neste mesmo período houve algumas tentativas de inserção de normas de higiene no ambiente de trabalho, essas preocupações salientavam apenas o que era palpável, o que era percebido, isso é, quando o indivíduo era exposto a agentes nocivos, e devido a isso adoecia, a partir do final do século XIX, às mudanças gradativas representadas pelas leis de proteção à saúde dos trabalhadores e à melhoria dos ambientes ocupacionais tiveram ações legais eficazes na prevenção desses agravos.

Atualmente existe grandes conquistas em relação à saúde do trabalhador, a criação de políticas voltadas a essa categoria tais como, política nacional de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde que entrou em vigor em 2004, tem como objetivo a diminuição de acidentes de trabalho bem como prevenção de doenças relacionadas através de ações voltadas em promover, vigiar e reabilitar o trabalhador (BRASIL, 2004).

Com relação aos profissionais de saúde essas conquistas estão descritas na Norma Regulamentadora 32 (NR), é uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego criada para garantir a oferta de todas as condições de segurança, proteção e preservação da saúde dos profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde, inclusive em instituições não hospitalares, nesta Norma Regulamentadora estão contidas tópicos relacionados aos riscos e medidas de proteção inerentes a saúde do trabalhador, detalhando os riscos de acidentes, ergonômico, biológico, químico, físico com destaque para as radiações ionizantes e os agentes de risco ergonômico (COREN PE, 2013).

De acordo com a portaria do Ministério do Trabalho nº 3.214 de 1978, os riscos ambientais no trabalho podem ser classificados em cinco tipos diferentes: Risco de acidente que é toda situação em que o trabalhador fique exposto e que possa ocasionar risco e danos a sua Saúde física, bem como sua amenidade fisiopsíquica; Risco ergonômico esta relacionado a fatores que possam prejudicar psicofisiologicamente o trabalhador ou ainda contribuir para ocorrência de acidentes; Riscos físicos são agentes ligados a diversas formas de energia, tais como: ruídos, temperaturas excessivas, vibrações, pressões anormais, radiações, umidade, etc; Riscos químicos, são perigos de contato com substâncias, compostos ou mesmo produtos que possam penetrar pela via respiratória dentro do organismo dos

trabalhadores, nos formatos de fumos, gases, poeiras, neblinas, vapores ou nevoas, dentre outros, ou que seja pela natureza da atividade exercida, de exposição, e que possam ser absorvidos pelo organismo por meio da pele ou pela ingestão, por fim os riscos biológicos que são os vírus, fungos, parasitos, bactérias entre outros, agentes que o trabalhador possa vir a se contaminar, quando sua atividade laboral é intimamente relacionada a eles. (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1978).

Com as mudanças que veem ocorrendo nos últimos anos no âmbito do trabalho, outros riscos também surgiram, como por exemplo os riscos psicossociais relacionados a labuta, a NR 7 tem como objetivo a avaliação do riscos psicossociais englobando as classes conforme o Programa de Controle Medico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (PORTARIA 3.214/78).

O risco psicossocial acarreta consequências devastadoras na saúde dos profissionais, tem sido objeto de estudo devido a relevância desafiadora do século pois está intimamente relacionada ao ambiente de trabalho, e questões relacionais e pessoais, dos quais podemos ressaltar: assédios, violência e intimidação no trabalho, tornando difícil a identificação pois envolve situações vivenciadas por cada profissional, tratando-se de relatos de experiência, onde cada ser reage e entende cada situação, ambiente e condições de trabalho de modo diferente, desta forma prejudicando não apenas o desempenho pessoal, bem como a saúde do profissional, havendo o desequilíbrio homeostático fisiopsicológico. (CHAGAS, 2015).

Gollac e Bodier (2011) reforçam que riscos psicossociais são aqueles que englobam perigo para a saúde física, mental e social, desencadeados por situações e por circunstâncias em que aconteça ao trabalhador quando ele se encontra no exercício de sua função, além de motivos referentes a organização das relações interpessoais que favorecem o funcionamento mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores.

Outro fator de vulnerabilidade é o estresse ocupacional que vem crescendo a cada ano de forma avassaladora sendo objeto de interesse de vários estudiosos, esse aumento é atribuído ao impacto negativo gerado pelo estresse ocupacional na vida de profissionais de vários segmentos, com relevância nas profissões que oferecem riscos ao trabalhador e que são essenciais para a população como é o caso da enfermagem. (BARGADI E OLIVEIRA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de 30% de trabalhadores, sofrem de algum transtorno mental leve, e 5 a 10% dos graves, tornando-se a terceira maior permissão de benefícios da previdência nacional seja por afastamento temporário ou definitivo, e mais da metade desses transtornos tiveram a origem através do estresse do laboral.

O trabalho tem grande significância na vida do indivíduo, sendo que além de ser necessário para o sustento de si e de seus familiares além de garantir status sócio, portanto qualquer que seja a situação que ameace ou mesmo cause-lhe sofrimento psíquico acaba gerando sentimento de insegurança, desamino, conferindo-lhes características de estados depressivos e ansiosos, enumeras situações, desde um acidente de trabalho até a mudanças de posição desencadeiam patologias de ordem psicológicas, outro fator que determinante para a saúde mental e a relação e dialogo dentro do ambiente laboral, algumas culturas tendem a ter uma organização de modo em que o trabalhador não tenha voz tornando o processo de comunicação unilateral, inviabilizando o indivíduo explanar suas sugestões e insatisfações, resultando em estressores seguidos de sofrimento e adoecimento (SILVA, 2001).

Para Pinto e Melo (2001) o trabalho em regime rotativo vem se tornando cada vez mais inevitável na esfera das organizações, no âmbito hospitalar se fez necessário devido a ampliação de atendimento em 24 horas por dia, em ajustamento das necessidades econômicas, tecnológicas atendendo as necessidades básicas da população, o trabalho em turnos nos dias atuais tem importante relevância na saúde do trabalhador e vem desafiando a comunidade médica, pois se tornou um problema de saúde ocupacional, as perturbações na saúde do indivíduo são especialmente visíveis que estão pautadas nas classificações oficiais de doenças (CID 10 - G47.2) que classifica como distúrbio do sono e vigília.

Pinto e Melo (2001) afirmam também que, cerca de 25% da população ativa de enfermeiros trabalha por turnos, devido a pouca aceitação desse regime de trabalho se torna relevante a sua influencia em relação a saúde ocupacional além de outros fatores que causam perigo ao trabalhador, a quantidade de horas insuficiente para descanso, desânimo, trabalho em horário noturno, a mecanização de tarefas, pressão demasiada e a monotonia contribuem de forma significativa para o adoecimento do indivíduo, sendo as mais comuns a insônia e a fadiga crônica.

Os profissionais de enfermagem perante ao processo de adoecimento precisam enfrentar demandas existenciais e emocionais, uma vez que estão diretamente expostos ao sofrimento de seres humanos e seus familiares, com a avanço da tecnologia, diversos equipamentos foram desenvolvidos permitindo que pacientes críticos possam viver por mais tempo, o treinamento de profissionais para o manuseio desses equipamentos é essencial, porém muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender pacientes e suas famílias de forma holística perante do processo de morte, tornando doloroso ao profissional a morte de um paciente. (SILVA e RUIZ, 2003).

Segundo Costa e Schmoeller, (2012) o hospital hoje representa mediante de todas as situações desencadeadoras de riscos ocupacionais a saúde do trabalhador, o principal gerador de deterioração da saúde mental, acarretando altos níveis de descontentamento profissional, de tensão, índice de estresse ocupacional, Síndrome de *Burnout*, depressão, entre outros transtornos mentais aos trabalhadores da enfermagem, além da junção de todos esses fatores estudos comprovam que a exposição a componentes nocivos tóxicos a saúde em contato direto com Sistema Nervoso Central (SNC) podem acarretar em determinados distúrbios mentais bem como mudança de comportamento.

2.8 FATORES DO TRABALHO QUE PODEM LEVAR AO ESTRESSE OCUPACIONAL

As transformações no processo de trabalho vem mudando as características do processo de adoecimento do homem moderno, é cada vez maior os riscos que esses profissionais têm que enfrentar no seu dia a dia de trabalho podendo o trabalhador não acompanhar ou mesmo não ter uma boa adaptação á essas mudanças ficando cada vez mais vulnerável ao processo de adoecimento de cunho profissional. (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002); Pitta, (2003) cita que o conhecimento sobre a relação de adoecimento e trabalho é historicamente estudado.

O mundo atual onde a globalização, impõe um ritmo de trabalho cada vez mais acelerado, faz com que o homem sinta o peso da pressão exaustiva do trabalho, refletindo na saúde do individuo, seja adoecimento físico e mental. Seguindo essas transformações as empresas tem que acompanhar esse

desenvolvimento, algumas destas empresas seguem um novo modelo de ambiente de trabalho, onde se busca o melhoramento da qualidade de vida do trabalhador em seu ambiente laboral, visando melhorar o nível de estresse nesse ambiente.(LIMONGI E FRANÇA, 2003).

Mas segundo Resende, (2003) a maioria dos locais de trabalho não oferecem nenhum tipo cuidado com seu profissional, o ambiente de trabalho se torna a um lugar indesejável que lhe causa desprazer por representar hostilidade e nenhum aconchego, além de não haver incentivo financeiro, tornando a vontade do trabalhador de crescer profissionalmente nula, não há encorajamento nem energia para enfrentar o competitivo e injusto mercado de trabalho onde a máquina vem cada vez mais substituindo o homem, tornando o ser humano quase que descartável, e que é facilmente substituído por elas, um exemplo clássico disso são os caixas eletrônicos que fazem todo o trabalho de vários homens, necessitando apenas de um para manejar várias máquinas. Toda essas circunstâncias detorantes acabam promovendo o abalo físico emocional, o autor demonstra ainda que o agente causador desse desgaste é a falta de humanização no trabalho.

Martins (2003) destaca que o empenho da saúde do trabalhador depende introdução do mesmo na atmosfera do trabalho, ao afirmar que além de proporcionar desenvolvimento, mudanças, respeito e independência pessoal, também ocasiona problemas de insatisfação, desinteresse, apatia, e impaciência. O trabalho dos enfermeiros como pratica social e arte não estão livres das mudanças inseridas no mundo do trabalho, na verdade se tornou uma das categorias, mas atingidas morbidade requerido pelas mudanças do modelo trabalho contemporâneo.

2.9 A SÍNDROME DE DESGASTE PROFISSIONAL OU *BURNOUT*

2.9.1 O Estresse

Nos primórdios da humanidade éramos instigados a caçar o nosso alimento, com isso passávamos por situações estressantes mesmo sem saber da existência do mesmo, de origem latina *stringere* significa tencionar, apertar, comprimir, posteriormente foi utilizada pela língua inglesa para expressar opressão desconforto, e adversidade. (LIPP, 2001). Aportuguesado da palavra stress para estresse,

segundo o dicionário Aurélio é a perturbação do estado de homeostasia, gerado por reações do organismo devido a agressões de ordem física, psíquica e infecciosa.

Em 1959, Selye associou o estresse a fatores de ordem biológicas, que é desencadeado a partir de estímulos que possa desajustar elementos químicos que formam a estrutura do nosso organismo, ele percebeu que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e apresentavam algumas queixas em comum, tais como: desânimo, fadiga, hipertensão e falta de apetite (LIPP, 1994).

Trata-se de um processo natural do ser humano, o estresse se faz presente em nossas vidas, mas quando esse estresse passa a ter uma resposta anormal, levando a um distúrbio momentâneo, piorando os pré-existentes ou mesmo a doença propriamente dita quando há predisposição a isso. (LADEIRA, 1996). De acordo com Pinheiro, (2000) e Malagris, (1998) isso é reflexo no nosso organismo, estimulado por agentes físicos e psicológicos, toda vez que são expostos a estímulos que o excite, irrite, amedronte ou que lhe traga felicidade.

O estresse trata-se de uma resposta do Sistema Nervoso Central a uma lesão que se divide em três fases: alarme ou alerta, resistência e exaustão (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2003). Primeiramente na fase aguda há uma liberação de adrenalina e corticoides em resposta a reação de medo em busca do retorno hemostático, na fase de resistência ocorre a potencialização do uso de suas forças orgânicas para manter a resposta levando a terceira fase a de exaustão quando o organismo não tem mais forças para reagir podendo chegar a óbito (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2003). Comumente o estresse se faz presente em todas as fases, porém suas manifestações podem ser diferentes, podendo ocorrer tanto na área somática quanto na cognitiva (SELYE, 1959; FRANÇA, 1999; FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002).

Nakayma (1999) enfatiza que o estresse se faz necessário na vida do ser humano devendo ser encarado de forma natural, mas o mesmo também pode se apresentar como algo perigoso que pode ser representado como um desequilíbrio do indivíduo consigo e com o ambiente que o cerca. Ao longo dos anos houve muitas críticas com relação ao conceito de estresse, originando uma polêmica em torno do assunto, alguns autores defendem o primeiro conceito que foi dado por Selye haja vista que para o autor uma teoria só é substituída por outra melhor, apesar de outros sejam contrários devido a fragilidade dos argumentos usados pelo autor (FILGUEIRAS e HIPPERT, 1999).

Deste modo Selye dividiu em do tipo destintos: o eustresse (“eu” do grego: bom, lindo) e o distresse (“dis” do grego mal, defeituoso, difícil). Assim, o estresse, na perspectiva positiva – estresse bom, necessário à vida, ocorre com fatos construtivos e percebidos pela pessoa como interessantes, como por exemplo ser aprovado em um concurso, exercer trabalhos que demandem um maior esforço intelectual, em praticas de esportes, atividades que gerem prazer no individuo, é uma reação ao agente estressor, a pessoa se tenciona, atingindo um nível ideal de esforço, mas é realimentado pelos resultados (BERNIK, 1997; FRANÇA, 1999).

O distresse, é o estresse negativo, que provoca desequilíbrio emocional e físico. Não temos nesse caso domínio sobre o contexto e sobre os fatos. Como exemplo a perda de um emprego, pressão no trabalho ou uma doença grave. O estresse negativo é causado pela frustração que a vida moderna nos pressiona a experimentar como reação às dificuldades, de forma repetida a ativa o hipotálamo-hipófise-adrenal havendo o aumento hormonais originando algumas doenças, (BERNIK, 1997; FRANÇA, 1999).

Existe uma confusão em torno da definição do estresse, sua utilização cada vez mais frequente faz com que ela seja equivocada (FILGUEIRAS e HIPPERT, 2002). De forma discriminada o termo é utilizado para definir qualquer efeito que sobrecarregue um ser (GRANDJEAN, 1998). Para Atance-Martinez (1997) a relação entre o bem e o mal são intimamente ligadas, para sua compreensão é necessário um estudo detalhado respeitando as particularidades, analisando de forma impar o contexto o qual o sujeito esta envolvido, desta forma não é resposta da pessoa que definem o estresse, mas a percepção do indivíduo sobre a situação (STACCIARINI e TRÓCCOLI, 2000)

2.9.2 Estresse Laboral

A composição da personalidade do homem se faz de vários fatores, através de sua genética a qual origina aspectos físicos, e valores adquiridos durante a sua formação no seio da família escola e até mesmo no trabalho (PIAGET, 1970). Desta forma o estresse depende da relação do individuo e suas características com seu universo laboral, haja vista que cada individuo reage diferente a cada situação, o ambiente de trabalho não é de primeira a principal fator estressante ele é desprendido conforme a percepção e reação de cada pessoa. O estresse é um

processo natural do ser humano, mas quando se tem uma resposta que negativa que desencadeia síndromes pré-existentes ou de efeito passageiro passa deixade ser natural e passa a ser nocivo (LADEIRA, 1996).

O nosso corpo direciona ações conforme é instigado, seja de ordem física ou psicológica, reagimos conforme somos excitados a chorar, apavorar, irritar ou a estímulos que nos deixe felizes. (PINHEIRO, 2000 e MALAGRIS, 1998). O estresse deve se encarado como uma manifestação necessária para vida haja a existência de fatores de desequilíbrio, sendo considerado não apenas como umareação nociva. (NAKAYAMA, 1999). No dia a dia o termo estresse é muito usado como algo que aflorou devido um acontecimento ruim, mas Calais, Andrade e Lipp (2003) declaram que o surgimento do estresse não se dar apenas em situações de infortúnio, haja vista que pode ocorrer diante de situações boa ou ruim alterando o cotidiano do indivíduo.

Ainda conforme Nakayama (1999) que conceituou de o estresse ocupacional de forma exclusiva , como uma forma de estresse relacionado a falta de condições do trabalhador de reagir as situações demandadas existentes no ambiente laboral.(COX, 1978). O estresse laboral concerne-se a ausência da faculdade de enfrentar demandas existentes na atividade laboral, pode referido ao apanhado dede fatores de ordem psicológica relacionadas ao trabalho, o individuo fica sem condições emocionais de enfrentamento dos impasses requisitado no setor de trabalho. (SCHMID, etal, 2009) tem como principal agente causador de estresse as questões inerentes a administração organização e relação interpessoais, deve-se salientar que este não esta relacionado apenas a externos ,mas sim das questões internas do trabalho. (COSTA E LIMA, 2003).

O estresse laboral no Brasil passou a ser objeto de vários estudos, observando as mudanças socioeconômicas e politicas haja vista que esses fatores têm influencia direta no desenvolvimento de estresse ocupacional bem como outras enfermidades. (GUIMARÃES, 1999; KALIMO, 1998; SELIGMANN-SILVA, 1986).

Analizando os diversos conceitos da palavra estresse Lazarus (1993) pode delinear os requisitos a ser observado, um agente causador interno ou externo,como tipos de estresse, os processos *decoping* utilizados para lidar com os estressores e um padrão complexo de consequência na mente ou no corpo de quem sofrem de estresse. Para alguns autores o estresse tem influencia direta de fatores internos e

externos que devem ser considerados no momento da investigação do mesmo. A existência de um subtipo de estresse ocupacional ligado principalmente, profissionais que lidam diretamente com outras pessoas são invertidos da síndrome de desgaste profissional ou *Burnout*, em decorrência da vigor da relação interpessoal que envolve estas profissões (MASLACH, 1982; DEWE, 1989).

2.10 SINDROME DE *BURNOUT*

O termo burnout foi utilizado pela primeira vez em 1974, mencionado como evento psicológico pelo psiquiatra Herbert J. Freudenberger que em observação de seus funcionários em uma clínica de tratamento de dependentes químicos, Freudenberger menciona o tipo de trabalho a excessiva carga horária, desvalorização financeira dos profissionais, diante disso observou-se desgaste emocional, falta de estímulo desses trabalhadores. (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER E SCHAUFELI, 1996; MORENO e JIMÉNEZ, GONZÁLEZ e GARROZA, 2000). Porém a literatura atribui o primeiro artigo sobre *Burnout* a Bradley em 1969, *staff burn-out* que referia a esgotamento físico relacionado ao trabalho. (SCHAUFELI e EZMANN, 1998). Maslach descreveu *Burnout* como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode surgir nas classes de trabalhadores que tem lidam diretamente com pessoas. (MASLACH e JACKSON, 1985; MASLACH, 1982; CAIRO, 2002), Maslach usou o termo em 1977, no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos, Maslach escreveu diversos artigos sobre o assunto nas profissões de assistência. Juntamente com Susan E Jackson, propôs o Maslach *Burnout Inventory*, um questionário que mede as dimensões do *Burnout*, com a finalidade de investigar e diagnosticar a síndrome (LAUTERT, 1997b).

No Brasil a primeira publicação, foi de França em 1987 que publicou um artigo na Revista Brasileira de Medicina, despertando o interesse de outros autores que alertavam o problema e risco aos profissionais (BENEVIDES PEREIRA 2006). Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços em Saúde- Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde (2001), *Burnout* é a sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho,

a palavra *burnout* vem do verbo inglês “to burn out” queimar-se por inteiro, consumir-se. (BRASIL, 2001).

Para Codoetal (1999) através de seu cansaço e frustração que o trabalho lhe trazia ,conclui-se que esta síndrome é “um estado de esgotamento físico e mental ligada à vida profissional”. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil.

Segundo Maslach e Jackson,(1981 e em 1986) , e Maslach, (1993) , a síndrome de esgotamento profissional é composta por três elementos centrais que a caracteriza:

- Exaustão emocional (sentimentos de depreciação emotiva e a vazão afetiva);
- Despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente);
- Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho).

A Exaustão Emocional (EE) representa o componente básico e individual, é considerado pelos autores como o primeiro passo, agente principal da síndrome, tendo como principais fontes a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho. Caracterizada por uma progressiva perda de energia vital e um crescente desequilíbrio entre o trabalho realizado e o cansaço ou esgotamento vivenciado , sobrecarga física e emocional na qual o indivíduo sente-se esgotado e desmotivado, sendo incapaz de relaxar.

A dimensão da Despersonalização ou ceticismo (DP) representa o contexto interpessoal no *burnout* e refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada do indivíduo frente ao trabalho, nesta dimensão ocorre a despersonalização, onde o indivíduo “trata como coisa,” a relação entre os colegas de trabalho, os clientes e a organização, usa defrienza e indiferença diante das necessidades dos outros, um modo de responder aos sentimentos de impotência e desesperança, caracteriza-se por insensibilidade emocional e dissimulação afetiva

tendo como manifestações mais comuns ansiedade, aumento da irritabilidade, desmotivação, redução do idealismo, desesperança, egoísmo e alienação. As manifestações da dimensão de Despersonalização refletem a busca do indivíduo em adaptar-se à situação e aliviar a tensão reduzindo o contato com as pessoas. (MASLACH e JACKSON, 1981 e 1985; GIL-MONTE, 2000 e 2003; FRANÇA, 1999; CHERNISS, 1980).

Perante a perda da qualidade do trabalho, a realização pessoal e profissional dos trabalhadores fica eminentemente afetada e a síndrome é mais presente em pessoas que se acham extremamente competentes na área em que atuam, almeja reconhecimento e status diante a comunidade e procura estabilização financeira, o componente da incompetência profissional (INP) ou reduzida realização profissional refere-se à sensação de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho, os profissionais tem a impressão que seu trabalho é em vão, a expressão que melhor retrata este estado é o questionamento que o profissional faz sobre a sua escolha da profissão, colocando em dúvida a sua aptidão para exercê-la, o indivíduo não se envolve mais com o trabalho, sentindo-se inadequado pessoal e profissionalmente, comportamento que afeta suas habilidades para a realização do trabalho e o contato com as pessoas, reduzindo drasticamente sua produtividade, (FREUDENBERGER, 1974).

Existe uma discordância entre os autores com relação aos sintomas, uns dizem que a subescala exaustão é o melhor indicativo da existência da síndrome, enquanto outros creem que a despersonalização tem maior contributo para sua instalação da mesma, por fim os demais que defendem que a despersonalização é exclusiva da síndrome de *burnout*, enquanto os sentimentos de exaustão emocional e de incompetência profissional são frequente em outras síndromes psicológicas. (CHERNISS, 1980; MORENO, et al, 1990a e 1990b).

Benevides e Pereira (2002) defendem que os atos defensivos apresentados pelo indivíduo neste estágio, quando se transfere a culpabilidade do seu desconforto aos pacientes, faz surgir um sentimento de fracasso e de incompetência profissional levando-os à Exaustão Emocional. De certa forma, a despersonalização seria uma forma de proteger-se contra os sentimentos de exaustão emocional; os trabalhadores acreditariam ser mais seguro ficarem indiferentes. Entretanto, este sentimento de indiferença pode prejudicar seriamente o próprio bem-estar e a

capacidade de trabalhar com eficiência (MASLACH e LEITER, 1999). Considera-se que, hoje em dia, a síndrome de *Burnout* seja a principal responsável da desmotivação sofrida pelos profissionais da área da saúde (ATANCE-MARTINEZ, 1997).

2.11 MODELOS TEÓRICOS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Com intuito de esclarecer e identificar a síndrome de *burnout* alguns modelos teóricos foram criados, ressaltados aqui os autores mais relevantes.

1. *Burnout* como sobrecarga emocional segundo concepção de Maslache Jackson, (1985):

Destaca que *Burnout* é considerado uma vivência negativa pessoal em decorrência das relações entre os colegas de trabalho, seu alvo principal são os trabalhadores que prestam assistência, como no caso dos profissionais de enfermagem o fato de estar frequentemente próximo realizando cuidados a pessoas que necessitam de assistência faz com que essa classe profissional desenvolva com maior facilidade a síndrome.

Diante dessa conjuntura, a síndrome é caracterizada por uma sequência que inicia com a exaustão emocional, decorrente das demandas emocionais decorrentes desta relação, dando continuidade a despersonalização, haja vista que o profissional usa de instrumentos contraditórios para manter-se longe do estresse produzido por essa relação, por fim aparece a sintomas relacionados a realização pessoal, que decorre do baixo desempenho, agravado da interação da relação com o paciente, além das numerosas tentativas de lidar de modo adequado com o cliente (MASLACH e JACKSON, 1985).

2. *Burnout* como uma questão existencial, concepção de Pines e Aronson, (1988); Pines, (2002):

A compreensão de Pines e Aronson (1988), é que *Burnout* é produto final de um mecanismo paulatino de frustração que o profissional é submetido, quando não obtém sucesso em relação ao objetivo primordial do seu trabalho, segundo os autores, a síndrome se torna visível de acordo com a necessidade que o indivíduo de crer que sua existência é importante e que seu trabalho tem utilidade, primordiais

e até mesmo sublime. Nesta conjuntura, o Burnout é visualizado como um estado de exaustão física, emocional e psicológica, originada pela discordância entre pespequitiva e aexperiência vivida no âmbito de trabalho. Para os autores *Burnout* acontece apenas em pessoas que são motivadas, devido a grande objetividade pessoais e expectativa a respeito do que seu trabalho pode proporcionar.

3. *Burnout* como reflexo da falta de auto-estima e sucesso psicológico (CHERNISS, 1980):

Para esse autor deve existir o equilíbrio entre o sucesso psíquico, rendimento e auto eficácia. (BANDURA, 2002), é natural que o individuo que experimenta o sentimento de realizar procedimentos de modo exemplar, senti-se motivado, a tendência é que a pessoa sinta desejo de envolver-se com seu trabalho cada vez mais, com objetivo de alcançar grandes feitos fortificando sua auto-estima, a contrariedade desses sentimentos ocasiona sensação de fracasso, retraindo emocionalmente da situação, ponderando a execução de tarefas, mostrando-se alheio, as recompensas extrínsecas são substituídas por materiais, em deteriorização das que tem real valor, defende seu auto-conceito com o uso de mecanismos de defesa, luta com a organização e termina por abandoná-la.

4. *Burnout* como falta de Mutualidade (SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998):

Basea-se na mutualidade, correlacionando o *Burnout* as relações cotidianas no trabalho e organização do mesmo, as premissas principais desta teoria são de que o *Burnout* desenvolve-se no contexto social do trabalho e que, tanto as relações interpessoais quanto a relação do profissional com a organização, são regulados pelos mesmos processos de troca social, a expectativa do profissional que tem seu trabalho pautado na assistência ao outro, é de que seja receba algum tipo de benefício em retorno ao seu trabalho, tais como agradecimento, colaboração, vontade de recupera-se, contribuição, respeito, etc. (SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998).

No entanto a mutualidade da organização envolve acordo psicológico que acontece baseado na noção de interpretação pessoal de si, isto é o profissional deseja uma recompensa da organização de acordo com sua com seu esforço, diante disso é observado a quebra desse acordo, acabando com todos os recursos

sentimentais do indivíduo, levando a exaustão. (SCHAUFELI, BUUNK e VAN DIERENDONCK, 1998).

5. *Burnout* como um desajuste entre a pessoa e o trabalho (MASLACH e LEITER, 1999):

A visão ampliada desses autores diz que a síndrome de *Burnout* pode manifesta-se em qualquer profissão haja vista que para eles, ela esta focada em aspectos de organização do trabalho. Entende-se que *Burnout* é produto de instabilidade que perdura a tempos, das demandas exageradas de tarefas, exigindo além do que o indivíduo possa suportar, oferecendo poucas vantagens. (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002a).

2.12 FATORES DESENCADEADORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Para Cairo, (2002) são preditores de *burnout*, fatores relacionados a vida pessoal, familiar e organizacional. Segundo Maslach *et al*, 2001 são enumerados os apanhados de fatores laborais desencadeadores da síndrome de *Burnout*, destacando-se o excesso de tarefas, quantidade excessiva de horas trabalhadas e horas extras, falta de recursos para executar seu trabalho, cobranças, aumento de responsabilidade, desânimo, desigualdade e injustiça nas organizações de trabalho, a resistência da hierarquização retrógrada de detenção de poder, autoritarismo, problemas de relação interpessoal entre profissionais e pacientes, falta de incentivo, conflito de papéis e a ambiguidade de tarefas. Resultando no distanciamento, negando sentimentos para sua defesa, em consequência o surgimento da síndrome de *Burnout*. (PITTA, 2003).

Outro fator de grande interferência sobre a excelência na execução do trabalho do profissional de saúde está relacionada as condições de trabalho em que ele é exercido, o comportamento de profissionais que prestam serviços de assistência a saúde, tais como os enfermeiros, tem relação íntima com o paciente e o produto oferecido, assumindo maior importância nesse âmbito devido a constante e contínua relação com as pessoas, seja paciente ou outros profissionais, esse modo temos como gerador de conflitos emocionais, a falta de amparo por parte dos colegas de trabalho, colaborando para o surgimento de *Burnout* (ROSS, *et al*, 1989).

Outro aspecto citado por Firth, (1985) é que fatores ligados a personalidade, contribuem para o aparecimento de *Burnout*, pessoas com auto nível de perfeição, que não admitem fracasso, sonhadores, que buscam sempre um ideal relacionado ao seu trabalho, tem maiores chances de adquirir a síndrome, devido a busca de reconhecimento pela instituição e a procura de seu bem estar acabam excedendo na quantidade de trabalho. (CARLOTTO, *et al*, 2003).

2.13 SINTOMAS E CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Dentro da ótica de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, a síndrome de *Burnout* destaca-se como a de maior prevalência, haja vista que ela tornou-se fator singular no deterioramento das condições de trabalho. (GIL- MONTE, 2000 e 2003). A respeito de *Burnout* comprometimento da qualidade do trabalho da assistência prestada a pessoa, não é apenas em relação a falta de atenção ou falta de cuidado, advém também da evidente atitudes agressivas, e alheias aos outros, enfatiza (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O aspecto de ambiguidade do profissional é evidenciado pelo cansaço físico e emotivo, havendo conflito de papéis, corroendo seus valores de dignidade e religiosa e até mesma sua faculdade de escolha. (MASLACH e LEITER, 1999).

Diante da exaustão emocional e da despersonalização, aflora um sentimento de erro, criando pessimismo, resultando em estado depressivo (SCHAUFELI e EZMANN, 1998; FRANÇA, 1999).

Maslach (2003) evidencia que o início do desenvolvimento da síndrome é a Exaustão Emocional, a qual acarreta sinais aparentes de cansaço, ressaltam a cefaleia, astenia, mialgia, insônia, acidentes, etc. (CAIRO, 2002; NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Em relação aos sintomas da Despersonalização são ligados ao comportamento defeso, entre eles a desmotivação, falta de interesse, desânimo em consequências os profissionais de enfermagem assistencial investido por Despersonalização não executaram um trabalho promissor. (LAUTERT, 1995; MASLACH, 2003).

Os aspectos relativos aos sintomas, são relatos de diversos autores que os dividiram e conceituaram em graduações da síndrome. (CASADEI *et al.*, 2000; ATANCE-MARTINEZ, 1997; GIL-MONTE, 2000 e 2003; CHERNISS, 1980;

MASLACH, 1982; ALVAREZ e FERNANDEZ, 1991a):

1) Leve: Há presença de sintomas físicos amenos, como cefaleia, algia no tórax posterior, espasmos musculares, dentre outros. Pode haver também alterações de caráter ediminuição produtividade e competência.

2) Moderado: No geral, além dos sintomas citados na leve, apresenta também distúrbios do sono, falta de concentração, relações interpessoais abaladas, aumento ou perda de peso, falta de libido, persimismo, neste momento é rotineiro o uso de medicamentos sem prescrição.

3) Grave: Nesta fase a baixa produtividade se torna aparente, ocasiona faltas, sentimento de aversão cescente geralmente acompanhada de falta de entusiasmo. Nesta fase existe também o aumento do uso de álcool e/ou fármacos psicotrópicos.

4) Extremo: Nesta fase observa-se o afastamento total do trabalhador, sentimento de autopiedade e tristeza, esse quadro torna-se irrecuperável. Denotando a consternação de infortúnio, acompanhado do disenteresse pelo labor e profissão, o trabalhador tem como única opção o abandono do trabalho,a possibilidade de haver suicídio é alta, evidenciando o perigo da síndrome. (CAIRO, 2002).

Para Neves, (1994), a prevenção e a melhor maneira de evitar a instalação da síndrome, através de enfrentamento ou mecanismo *decoping*, além da prevenção do estresse.*Coping*, é a tentativa ou empenho para lidar com exigências externas ou internas mediante situações adversas ou estressoras, desta forma podendo também prevenir o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* (GIL- MONTE; PEIRÓ, 1997).

Em conclusão os autores dizem que no caso de fracasso da estratégia de *coping*, os profissionais adquirem sentimento de fracasso, juntamente com a falência nas relações interpessoais e com familiares.(GIL-MONTE, 2003; ALVAREZ, 1991 a; FERNADEZ, 1991 b).

Esta resposta desencadeia o *Burnout* com sentimentos de incompetência profissional e exaustão emocional, anteriormente o profissional apresenta sintomas da Despersonalização como uma nova experiência de enfrentamento, ainda de acordo com o autor que descreve a enfermagem como uma profissão que pratica atos desumanos ou apáticos em relação aos cuidados a pessoas, com isso justificaporque a Despersonalização não é uma estratégia de *coping* e sim o inicio

do processo da síndrome.

A prevenção do surgimento dos sintomas ainda é a melhor maneira de lidar com a síndrome de *Burnout*, quando já instalada, deve ser tomadas medidas de tratamento imediatos.(CAIRO,2002).

Posig e Kickul (2003), defendem que para que a síndrome não venha a se instalar é necessário que a organização dos trabalhos sejam ajustadas conforme as necessidades do profissional, devido aos agravos na saúde do indivíduo, qualquer ato individual ou coletivo pode ajudar a regredir os efeitos da síndrome no profissional e instituição.

2.14 A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Uma das características marcantes do trabalho na área de saúde, é que se tem o homem como executor da ação e também o sujeito ação,essa relação ocorre de forma muito íntima, o que facilita o trabalho, por diversas vezes beneficia a ocorrência de aflição perante barreiras enfrentadas de ordem técnica e científica necessárias para o atendimento integral ao paciente (CUPELLO, 2000a; 2000b; GRANDJEAN, 1998; MAURO, 1996; ORTIZ e PATIÑO, 1991; OTERO, 1993;GUIMARÃES, 1999).

Benevides-Pereira (2002) salienta que qualquer indivíduo pode adquirir a síndrome de *Burnout* e estresse ocupacional, mas os profissionais de enfermagem acontece com maior frequência.(GUIMARÃES, 1999 et al MARTINS, 1996).

Em âmbito hospitalar, é comum a ambiguidade de funções contribuindo para que o profissional experimente de situações que contribuem para ocorrência estresse ocupacional e *Burnout*.(BIANCHI,1992).

A luta diária contra o processo de adoecimento, morte, sofrimento e dor, tornan-se estressores de grande influência para esses profissionais. (BULHÕES, 1994; BIANCHI, 1992; GIL-MONTE, 1997; PEIRÒ, 1997; PITTA, 2003; GASPAR, 1997; CANDEIAS, 1992).

Bulhões (1994), ressalta que 60% das tarefas das redes hospitalares são realizadas pela enfermagem, sem interrupção, sendo a categoria que mais entra em contato físico com o cliente.(SANTOS, 1996).

Figueiredo et al. (1998), alertam que as demandas emocionais devem dada

a devida atenção, evitando negligenciar o desenvolvimento da síndrome, haja vista os efeitos na vida do indivíduo que vão desde o abandono do trabalho até um possível suicídio.

Pitta, (1995) ressalta que perante essas situações o indivíduo dos mecanismos de defesa para distanciar, negar e administrar um momento de cada vez, reduz a responsabilidade, atribuindo tarefas diluindo-se numa hierarquia flexível.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é tipo quantitativo de caráter descritivo, como finalidade identificar o nível de *Burnout* nos enfermeiros do HMI no Estado do Pará.

Os enfermeiros atuantes nos diversos setores do âmbito hospitalar, que pode predispor à Síndrome de *Burnout*, destacando aspectos quantitativos, dados, indicadores e tendências observáveis, conforme Minayo (2000).

O estudo descritivo, para Gil (2008) tem como principal objetivo descrever características de determinados grupos, fenômenos, bem como ocorre e com que frequência eles acontecem, usa como ferramenta para coleta de dados questionário e a observação sistemática.

Exigindo do pesquisador varias informações sobre o tema pesquisado, trazendo embasamento ao seu estudo tonando o confiável.(TRIVIÑOS, 2007).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Municipal de Itaituba, que é classificado como hospital de pequeno porte, de acordo com o Ministério da Saúde, (BRASIL,2012).

Fundado em dezembro 1977 pela Fundação Sesp, posteriormente foi municipalizado em 1 de janeiro 1999, o HMI é o único hospital que presta atendimentos exclusivamente público no município, realiza serviços de pequena e média complexidade, dispõe de uma estrutura antiga, mal estruturada, construída no século passado.

Sua área de atendimento abrange a Unidade de Internação com clínicas; Médica masculina e feminina; Cirúrgica; Pediátrica; Obstétrica; além do Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Sala de Emergência; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal; Raio X; Laboratório de Análise e Clínica, Sala de Ultrassonografia; Sala de Curativo; Consultórios Médicos.

Sua capacidade é de 56 leitos sendo distribuídos entre as clinicas, além de 10 leitos da U.C. Ineonatal, seu corpo clinico é formado por 13 médicos, 18 enfermeiros,

60 técnicos em enfermagem, a estrutura organizacional é composta de um diretor geral, subordinado a Secretária Municipal de Saúde, um diretor clínico e coordenação de enfermagem.

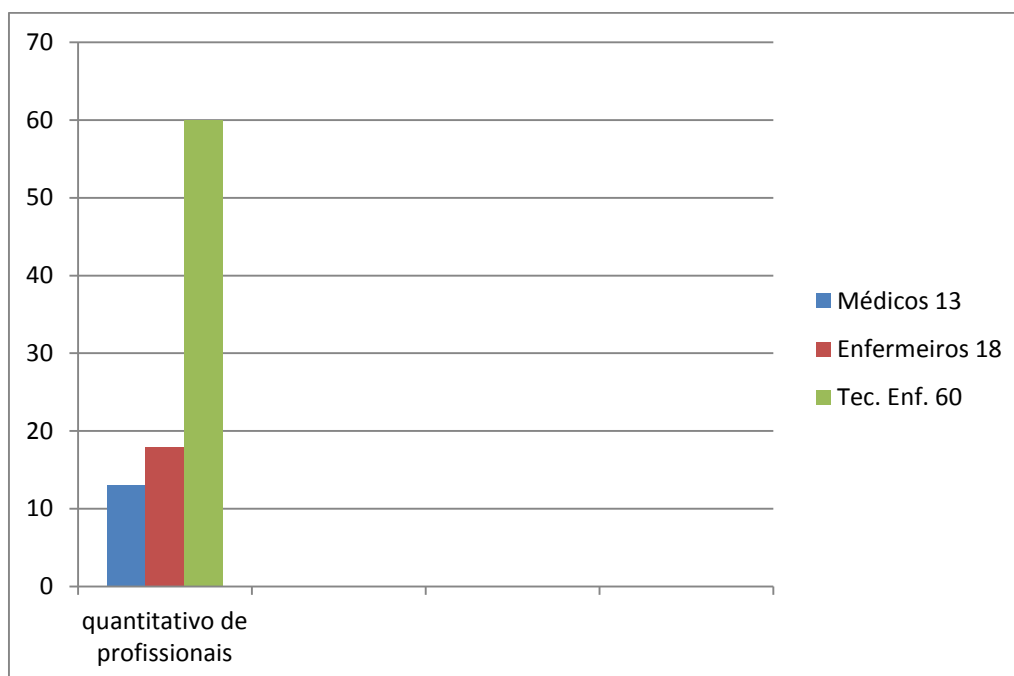


Gráfico 1-Quantitativo de médicos e profissionais de enfermagem do HMI

3.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo foi composta por 07 enfermeiros, que corresponde a 50% dos participantes da pesquisa, atuantes no Hospital Municipal de Itaituba, em diversos setores, considerando alguns critérios: Autorização do Coordenador de enfermagem do HMI para realização da pesquisa no hospital (Anexo A). aceitar participar da pesquisa, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), que foi uma exigência pela Faculdade de Itaituba, para levantamento das informações utilizou-se três questionários, sendo um dos questionários o MBI, aplicou-se dentre os enfermeiros selecionados os questionários (Anexos: C, D e E) todos constituídos de alternativas com opções pré-estabelecidas.

3.4 AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A amostragem da referida monografia é correspondente a 50% (por cento) dos enfermeiros que trabalham no HMI, as informações foram extraídas dos questionários (Anexos: C, D e E), a coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2016.

A amostra deste estudo foi selecionada de todos os enfermeiros que totalizam 18, mas submeteu-se nos critérios de inclusão, devolução dos questionários preenchidos dentro do prazo estabelecido, atuar no mínimo seis meses na assistência de enfermagem, após a aplicação dos critérios selecionou-se 7 e foram excluídos 11, pois 7 não entregaram os questionários no prazo, 2 estavam de licença saúde e dois exercem atividades administrativas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para constituição da amostra foram consideradas enfermeiros que atenderam, os critérios acima, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme recomendações da Faculdade de Itaituba.

A pesquisa realizou-se após a autorização (ANEXO A) do Enfermeiro Coordenador de enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba.

Com isso os participantes foram previamente informados 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, além do devido preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), organizou-se conforme as exigências da Faculdade de Itaituba.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANALISE DOS DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foi constituídas de três questionários:

O primeiro (APÊNDICE A) 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.

Conforme os resultados obtidos dentre os 7 enfermeiros participantes da pesquisa que responderam o primeiro questionário, tratou-se de perfil sócio-demográfico encontrou-se em relação ao sexo são 4 mulheres e 3 homens. Idade predominante é entre 20 a 30 anos 3 enfermeiros, 31 a 40 anos são 3 e somente 1 enfermeiro tem acima de 40 anos. Estado civil 3 casados e 4 solteiros. Tempo de formação 6 com mais de 6 anos de formado e somente 1 inferior a 5 anos. Quanto a escolaridade todos tem nível de especialização.

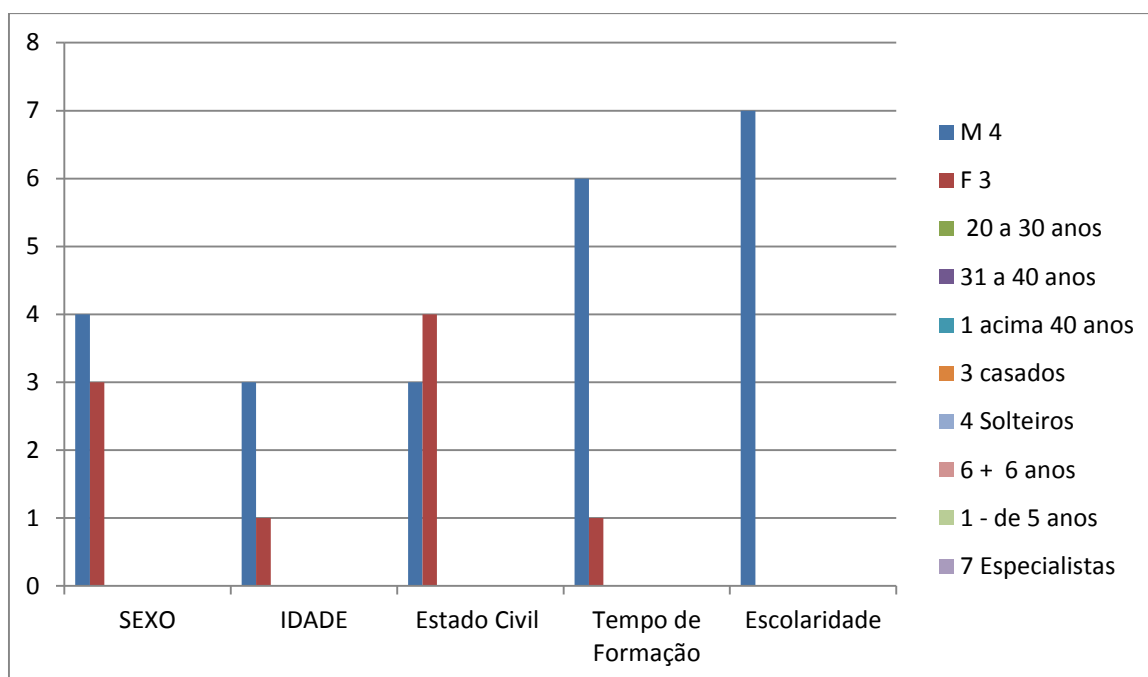


Gráfico 2-Perfil dos Enfermeiros

O segundo (APÊNDICE B) foi constituída da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT Sisto et al (2007).

O questionário da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho é

frequentemente, aplicado para avaliar os riscos estressores em que o trabalhador estar exposto, mediante a situações rotineiras interferindo no comportamento do mesmo, a ponte de atribuir certa debilidade, o manual da EVENT foi elaborados conforme a exatidão por consistência externa, dos quais informam como os itens tiveram excelentes resultados, as demais ferramentas comparadas, fornecendo resultados similares fidedignos, considerando a confiabilidade do método, com base o resultados pode-se julgar que as dimensões do instrumento apresentaram alto índice precisão (SISTO et al, 2008).

Posteriormente aplicou-se a escala possibilitando diferenciação dos participantes do estudo e denotam que os trabalhadores da saúde estão mais suscetíveis de onde obteve-se os seguintes resultados.

O segundo questionário trata-se da escala de venerabilidade que é composto de 40 questões, relacionadas situações de trabalho e o grau de incomodo, mas usou-se critério de sorteio e selecionou-se 10 questões, com alternativas assim definidas, “0” (zero) = nunca, “1” (um) = as vezes e “2” (dois) = frequentemente, os formulários foram identificados em ordem alfabéticas e cada letra corresponde a um enfermeiro, as perguntas sorteadas e seus devidos significados estão assim distribuídas, pergunta número 1 – existência do acúmulo de função, 3 – existência de um ambiente físico incompatível para o desenvolvimento do trabalho, 5 – considero o chefe desprezado, 7 – existência de dobra de jornada de trabalho, 8 – ocorrência de doenças e ou acidente pessoal, 10 – existência de problemas com iluminação do ambiente, 12 desenvolver trabalho que não pertence a minha função, 22 - ocorrência de estafes financeiros, desconhecimento sobre quem mandar realmente no meu trabalho e última pergunta sorteada foi a de número 39 que pergunta sobre o fator de ter que atender muitas pessoas de uma vez só. A pontuação da EVENT se dá pela soma dos itens assinalados pelos sujeitos. A pontuação mínima é 0 e a máxima, 80, então como foi utilizada apenas dez questões o que corresponde a 25% das questões, conforme essa porcentagem a pontuação utilizada é de 0 a 20,

Pergunta	1	3	5	7	8	10	12	22	26	39	Result.
Enf.A	3	2	1	0	2	2	2	0	2	2	16

Enf.B	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	11
Enf. C	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	12
Enf.D	2	1	0	1	0	0	1	2	0	1	8
Enf.E	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	9
Enf.F	1	1	2	2	1	1	0	1	1	2	12
Enf.G	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	6
Enf.H	0	1	1	0	1	3	0	2	2	0	10

Tabela 1 Vulnerabilidade ao estresse

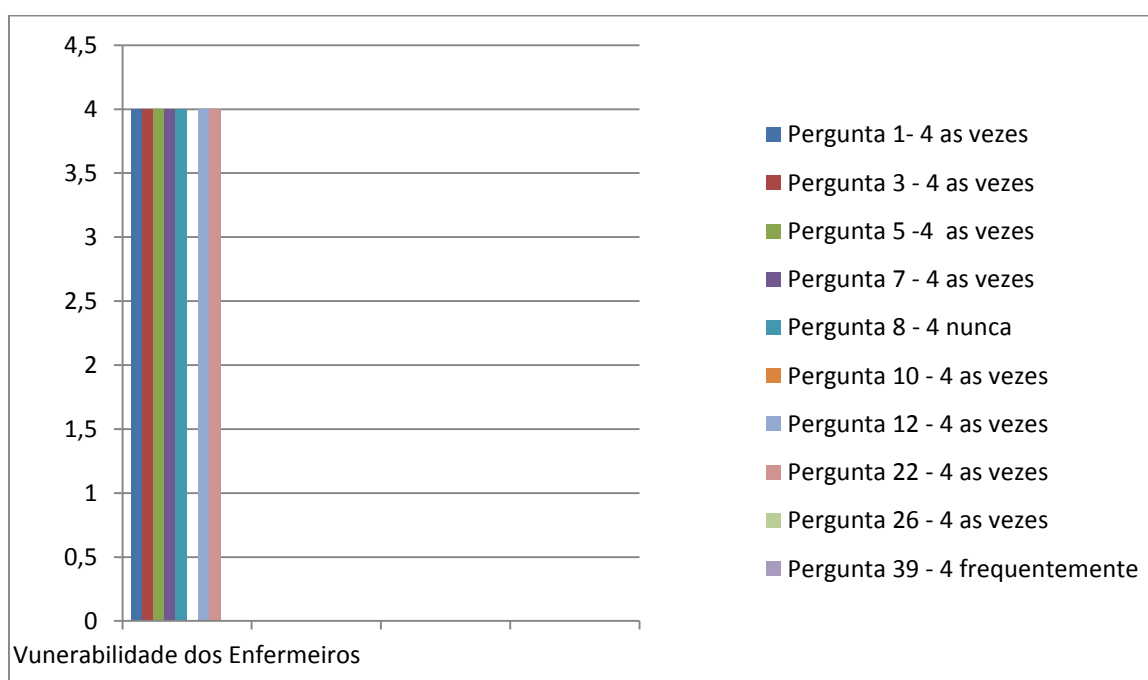


Gráfico 3-Vulnerabilidade dos Enfermeiros

Sisto *et al*, (2007) Item 1- Relacionado a atmosfera de trabalho, quanto a organização, situações que refletem na perspectiva crescimento profissional, concepção do despreparo de pessoas em cargos de chefia, autoritarismo dos superiores, falta de respeito dos demais, falta de estruturação física do ambiente de trabalho, falta oportunidade no trabalho, baixos salários.

Sisto *et al*, (2007) Item 2- Inerentes a pressão sofrida no trabalho, ambiguidade de funções, desvio de função, excesso de responsabilidade nas

atribuições diárias, situações que obrigam a fazer o trabalho dos demais, prazo reduzido para realização de tarefas dadas, ritmo acelerado de trabalho.

Sisto et al, (2007) Item 3- Englobam infra-estrutura e cotidiano de trabalho, equipamentos com mal funcionamento, iluminação inadequada, falta de material para realizar trabalho, adequação a atestados e licenças de colegas recorrentes, mudança de situação financeira, jornada de trabalho redobrado, troca frequente de chefia, instabilidade no horário de trabalho, falta de trabalho em equipe, tornando-o apenas um a realizar a tarefa, anseios perante a possibilidade constante de transferência e demissão.

Tais itens foram separados em uma escala do tipo *likert*, que foi criada pelo psicólogo, que se trata de uma escala psicométrica no qual o entrevistado assinalam opções, as quais é atribuído uma nota a cada uma delas, a escala de *likert* uma das mais utilizadas em pesquisas quantitativas. (RENSIS LIKERT, 1932)

O terceiro (APÊNDICE C) 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).

Por fim o terceiro questionário que é composta pelo Maslach *Burnout Inventory* (MBI), considerado fator primordial para o processamento de dados, trata-se uma ferramenta utilizada para identificar exclusivamente a síndrome de *Burnout*, composta de 22 itens adaptado em português por (TAMOYO, 1997).

Considerando o MBI ser o principal instrumento de coleta de dados para identificação e diretamente atedem ao objetivo do trabalho, utilizou-se de todas as 22 perguntas que são relacioandadas com que frequência experimenta o conteúdo, sendo marcadas as seguintes opções, “1” (um) = nunca, “2” (dois) = algumas vezes ao ano, “3” (três) = algumas vezes ao mês, “4” (quatro) = algumas vezes na semana e “5” (cinco) = diariamente¹⁰. A pontuações é interpretada através da avaliação de nota alta nas duas primeiras subescalas, exaustão emocional e despersonalização, e baixas na terceira, sentimento de incompetência profissional, que apresenta um escore reverso, permitem diagnosticar a Síndrome de *Burnout*; em pontuações opostas, há altos níveis de compromisso com o trabalho (MASLACH e LEITER, 1999). Deste modo a inversão do escore possibilita a análise dos resultados e diagnóstico da síndrome de *Burnout* na subescala de incompetência profissional

ocorre porque suas questões são contrárias confirmando ou não a existência dessa dimensão. a fim de confirmar a consistência interna do instrumento, a veracidade das respostas e a atenção dos respondentes.

ESCORES INDICANDO O NÍVEL DE BURNOUT POR SUB-ESCALA			
	BAIXO	MODERADO	ALTO
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	17-26	13+
Realização Pessoal	39+	32-38	0-31

Tabela 2 escores para cada Sub-escala do Burnout

PERGUNTAS	A	B	C	D	E	F	G	Enf./Perg.
1 Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho	1	1	1	3	2	3	1	4/1
2 Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado;	4	3	4	4	2	3	3	4/4-
3 Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	1	2	4	4	2	2	2	4/2.
6 Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	1	1	1	1	1	2	1	6/1
8 Sinto que meu trabalho está me desgastando	1	1	4	2	1	4	1	4/1
13 Sinto-me frustrado com meu trabalho.	1	1	4	2	1	2	1	4/1
14 Sinto que estou trabalhando demais.	1	2	5	3	2	3	2	3/2
16 Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	5	2	4	1	2	2	2	4/2
20 Sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	1	2	3	5	2	3	2	3/2
	16	15	30	25	15	24	15	4-Enf. <=16 2-Enf.< 26

								1-Enf.>30
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

Tabela 3-Dimensão: Exaustão Emocional

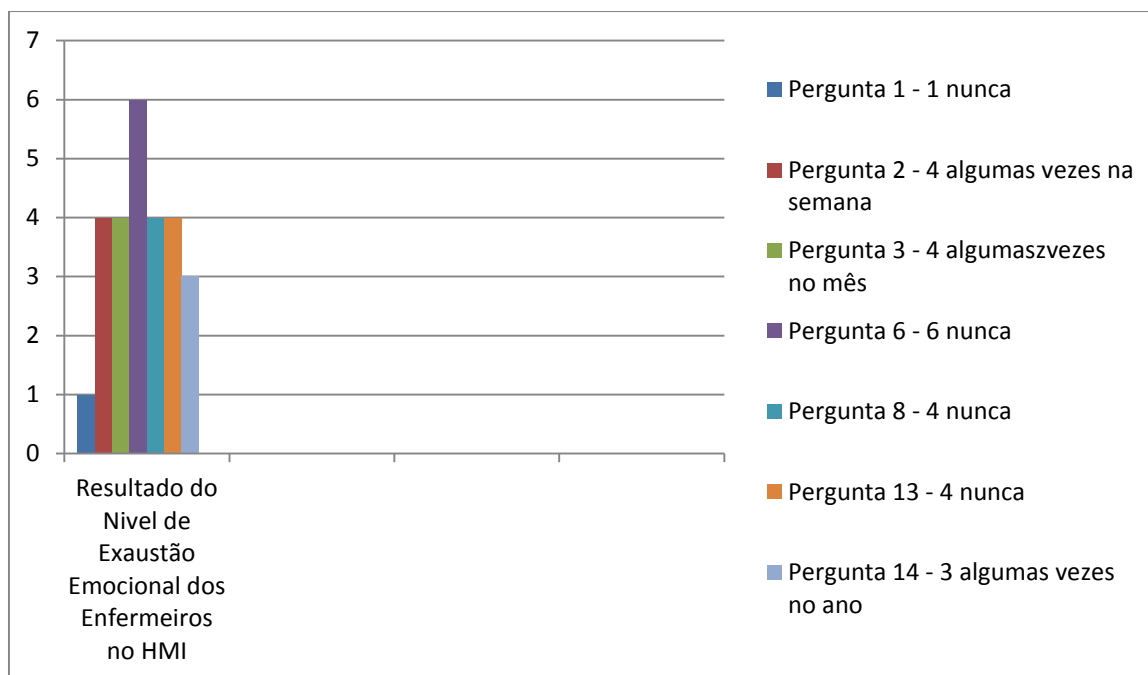


Gráfico 4-Resultado do Nível de Exaustão Emocional dos Enfermeiros no HMI

PERGUNTAS	A	B	C	D	E	F	G	Enf./Perg.
4 Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	5	5	5	5	3	5	5	7/5
7 Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	5	4	5	5	2	4	4	5/5
9 Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas através do meu trabalho.	1	5	5	5	3	5	5	5/5
12 Sinto-me vigoroso em meu trabalho.	1	5	5	4	4	5	5	4/5
17 Sinto que posso criar, com facilidade um clima agradável em meu trabalho.	5	5	4	1	4	5	5	4/5
18 Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	5	3	1	5	4	3	3	3/3
19 Creio que consigo coisas valiosas	5	5	5	5	5	4	5	6/5

nesse trabalho.								
21 No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	1	2	5	2	4	2	2	4/2
	28	34	35	32	29	33	34	5-Enf.de 32 a 38 2-Enf.de 0 a 31

Tabela 4-Dimensão: Realização Profissional

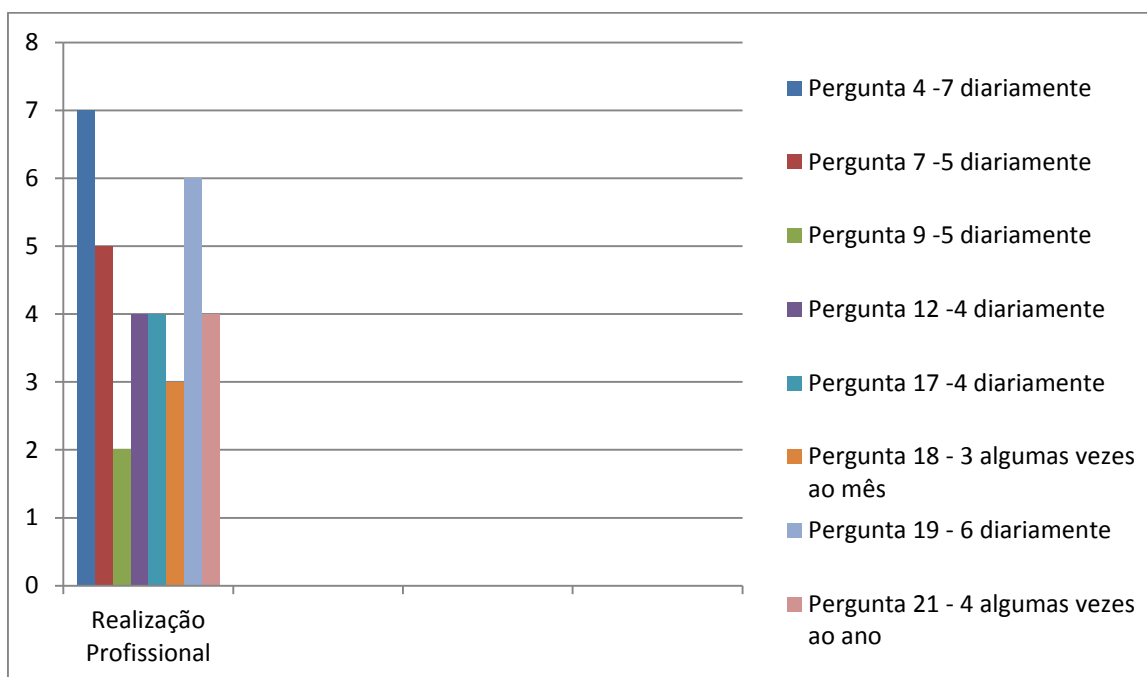


Gráfico 5-Realização Profissional

PERGUNTAS	A	B	C	D	E	F	G	Enf./Pe
5 Sinto que estou tratando algumas pessoas de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	1	1	1	1	1	3	1	6/1
10 Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho.	5	1	1	2	2	4	1	3/1
11 Preocupo-me se esse trabalho está me enrijecendo emocionalmente.	1	2	3	5	2	4	2	3/2
15 Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	5	1	3	1	1	1	1	5/1

22 Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.	1	2	1	1	2	2	2	4/2
	1 3	7	9	9	8	1 4	7	5-Enf. de 7 a 12 2- Enf.13+

Tabela 5-Despersonalização

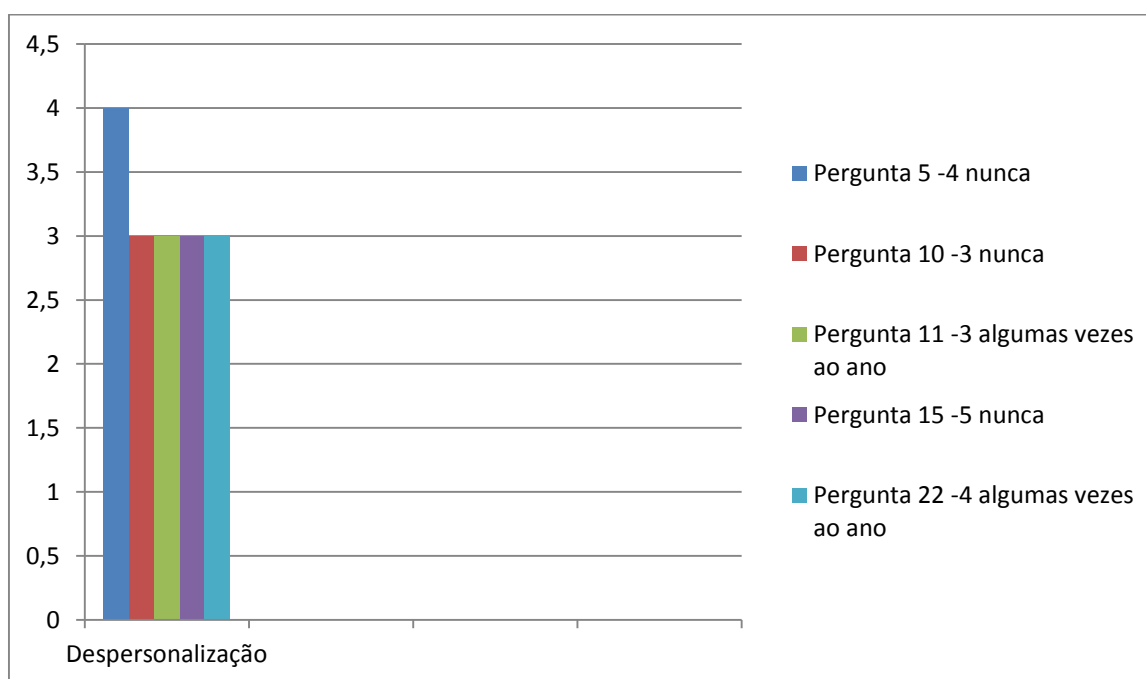


Gráfico 6-Despersonalização

O formulário, MBI esta subdividido em três dimensões: 1ª desgate emoconal Emocional composta de 9 perguntas referentes ao sentimento do indivíduo de sobrecarga no grau emocional pelas exigencias do trabalho; 5 questões referente a Despersonalização e o 3ª trata-se de 5 do grau de frieza e distanciamento que os profissionais podem adquirir na relação com os pacientes; e, finalmente, a subdivisão de Incompetência Profissional ou realização pessoal no trabalho é composta por 8 questões que avaliam os sentimentos de competência, auto-eficácia e de realização pessoal dos enfermeiros na realização das suas atividades laborais, suas perguntas devem ter os resultados invertidos, ou seja, um escore reverso, para

que se possa avaliar os resultados (MINGOTE- ADÁN, 1998).

O Maslach *Burnout Inventory* (MBI) ou Questionário de *Burnout* é a ferramenta mais utilizada para fins de verificação da Síndrome de *Burnout*. Maslach e Jackson (1985).

De acordo com instrumento de modelo de dados original de Maslach e Jackson (1986). A vivencia é avaliada de acordo com três dimensões distintas:

- 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).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a nível de síndrome de *Burnout* em uma amostra de 7 enfermeiros, do total de 18 enfermeiros que trabalham no Hospital Municipal de Itaituba, para captação das respostas dos enfermeiros utilizou-se, três questionário, mas destacou-se o BMI, de onde extraiu-se os dados diretamente relacionados a síndrome de *Burnout*.

Constatou-se que os enfermeiros apresentam graus elevados de exaustão emocional, esses resultados são semelhantes aos encontrados na maioria das pesquisas dos autores envolvidos. Os enfermeiros do HMI desenvolvem suas atividades laborais diretamente com os pacientes, porém observou-se sobrecarga de trabalho o que favorece de acordo com os resultados da pesquisa a ocorrência da síndrome.

Na instituição hospitalar, os enfermeiros são em números reduzidos pois são responsáveis pelo funcionamento do serviço de assistência à saúde, onde supervisionam profissionais de enfermagem e demais funcionários, sendo constantemente cobrados pela direção geral.

Conclui-se então que, os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional, entre 1 a 5 anos, apresentam níveis mais altos de exaustão emocional quando comparados aos demais enfermeiros, o que também pode ser um fator desencadeador da síndrome de *Burnout*.

A partir desse trabalho estabeleceu-se parâmetros para futuras pesquisas sobre o tema e mais abrangentes, além de possibilitar o acompanhamento da suscetibilidade dos profissionais de saúde do município de Itaituba, isso torna-se mais importante visto a diversidade de funções dos enfermeiros e as sobrecargas o trabalho que exige destes profissionais maior equilíbrio emocional, fragilizado as dimensões que implicam na avaliação do BMI. de memorização das atividades, o que, associada à falta de autonomia, geram tensão e ansiedade no profissional que está iniciando a carreira.

Conclui-se que devido à complexidade que tem o enfoque do tema, observado nas fundamentações, no desconhecimento dos profissionais, nas informações extraídas dos enfermeiros e os resultados obtidos faz necessário outros estudos para aprofundar o assunto, pois perceber-se que os profissionais

enfermeiros encontram-se vulneráveis, pois o ambiente hospitalar sofre inúmeras deficiências estruturais, gerencias, relações interpessoais que limitam o desempenho profissionais dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol 15, n° 1/2. 1994.

ALVAREZ, E. e FERNANDEZ, L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (II) – estudio empírico de los profesionales gallegos del area de salud mental. Rev. Assoc. Esp. Neuropsiquiatria. La Coruña, vol 11, n° 39, pgs. 266-273. 1991b.

ATANCE-MARTINEZ, J. C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Española de Salud Pública. Madrid, España, vol 71, n° 3. 1997.

BANDURA, A. Social Cognitive Theory in Cultural Context. Applied Psychology, vol 51, n° 2, pgs.569-290. 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho** In:

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo, SP: Ed. Casa do psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout, por quê? In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo, SP: Ed. Casa do psicólogo, 2002.

BENINCÁ, C. R. S. Dissertação de Mestrado. **Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico**. Instituto de Psicologia UFRGS. Porto Alegre, RS. 2002.

BERNIK, W. M. D. Stress: **O Assassino Silencioso**, 1997. Disponível em: <<http://www.cade.com.br.23.03.16>>/ Acesso em 23.03.2016.

BIANCHI, E. R. F. Estresse em Enfermagem: Análise da Atuação do Enfermeiro em Centro Cirúrgico. Rev. Esc. Enferm. USP, vol I, n° 26, pgs. 121-122. 1992.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; PEREIRA, A. L. de S.; MACHADO, E. A. e SILVA, W.S. da. **A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol 15, n°1, pgs. 189-200. 2002.

BRASIL. **Portaria nº 2.224**, Dispõe sobre a classificação de porte hospitalar, Brasília, 2002.

BRASIL. **Lei 7.498**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e

dá outras providências, Brasília, 1986.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Folha Carioca, 1994.

BURKE, R. J. e GREENGLASS, E. R. **Career orientations and career development among male and female teachers**. Psychol Report. 1989.

CAIRO, H. Síndrome de Burnout. [Online] - Disponível em: http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.htm. 2002

CAIRO, H. **Síndrome de Burnout**. [Online] - Disponível em: http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.htm. Acesso em: 20.04.16.

CARLOTTO, M. S. Burnout e o Trabalho Docente. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS. **Revista Eletrônica Psy** - Ano 1, nº 1. Agosto, 2003.

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

CASADEI, A. et al. **Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos de la ciudad de Buenos Aires**. Unidad de Ginecología Oncológica y Unidad de Cuidados Paliativos y Dolor. Hospital Eva Perón de San Martín, Provincia de Buenos Aires. [Online] - Disponível em: <http://www.sames.org.ar/acceso> 23.02.16. Estrés y Salud - Año I, vol II. Newsletter: 2000.
cer para transformar. Cad Saúde Trab [periódico na internet]. 2000 [acesso em 10 fev 2010] Disponível em: <http://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos_trabalho.pdf>

CHERNISS, C. **Profesional Burnout human service organizations**. NY, USA: Ed. Praeger, 1980.

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

CODO, Wanderley (Coord.). **Educação: carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da Educação**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. ISBN: 85-326-2123-6

COSTA JRA, LIMA JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm. USP. 2003 Jul-Set; 37(3):63-71 acesso 21/06/2016

COREN. **legislação e normas**. Pernambuco: Conselho Regional de Enfermagem, 2016.

COX, T. Stress. London : McMillan, 1978. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Abr-Jun; 18(2):330-7. Acesso 21/06/2016

DELGADO et al. Revisión teórica del Burnout – o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. CAESURA, Canoas, n° 2, pgs.47-65. 1993. DP & A; 2001. p. 21-32.

DEWE, P. J. Examining the nature of work stress: individual evaluations of stressful experiences and coping. *Human Relations*, n° 42, pgs. 993-1013. 1989

FARBER, B. A. Stress and Burnout in the human service professions. NY, EUA: Ed. Pergamon, 1983.

FARIAS, L. O. e VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, RJ, vol18, n° 5. 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.

FIRTH, J. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology*, n° 58. 1985.
FOUCAULT. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 1981

FRANÇA, A. C. L. Stress e Trabalho. 2ª ed. São Paulo/SP: Ed. Atlas, 1999.

FREUDENBERGER, H. J. **Staff Burn-out. Journal of Social Issues**, vol 1, n° 30, pgs. 159-165. 1974

GASPAR, P. J. S. – Enfermagem: profissão de risco e de desgaste - perspectivas do enfermeiro no serviço de urgência. *Rev. Nursing*, n° 109. 1997.

GIL-MONTE, P. R. e PEIRÒ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout)**. Madrid, España: Síntesis, 1997.

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para intervención. España. [Online] - Disponível em:

<http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-pgil.htm>.2000.

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. **Revista Eletrônica Psy** - Ano 1, nº 1. 2003.

GIL-NUNES, M. B.; MAURO, M. Y. C. e CUPELLO, A. J. Promoção da saúde dos profissionais de enfermagem no local de trabalho - estudo em uma unidade de saúde mental. Rio de Janeiro, RJ. 2000a.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª Ed. Editora Atlas, São Paulo. 2008

GLINA, D. M. R. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Prevenir*, nº 20. 1990.

GOLLAC, M., Bodier, M.(2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur les risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
http://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
(16 Fev. 2015). Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support. *Journal of Applied Psychology* the American Psychological Association, vol 83, nº 3, pgs.392-407. 1998. Porto MFS. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhe-

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia - Adaptando o trabalho ao homem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda. 4 ed., 1998.

GUEDES, E. M. e MAURO, M. Y. C. **Revisando os fatores de risco de trabalho de enfermagem hospitalar**. Dissertação de Mestrado: Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia. Rio de Janeiro/RJ. Maio, 2000.

GUIMARÃES, L. A. M.; VIEIRA, L.; AREIAS, M. E. e MARTINS, D. A. – Changing society, work organization and mental health disorders. In: *World Congress of Psychiatry*. Madrid, Spain, vol 1, nº 10. 1996.

GUIMARÃES, L. A. M.; VIEIRA, L. C. e MARTINS, D. A. O estresse ocupacional em enfermeiros. In: GUIMARÃES, L. A. M. *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M. *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, SP: Ed. Casa do Psicólogo, 1999.

KALIMO, R. et al. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**.

Ginebra: OMS, 1988.

LADEIRA, M. B. Tese de Mestrado. *A dinâmica do estresse no trabalho: um estudo de caso com profissionais de enfermagem*. Minas Gerais, BH. 1996.

LAUTERT, L. O desgaste profissional – uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Rev. Gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, RS, vol 18, nº2, pgs. 83-92. 1997b.

LAUTERT, L. **Tese de Doutorado. O desgaste profissional do enfermeiro**. Universidade Pontifícia de Salamanca. Espanha. 1995.

LEITER, M. P e SCHAUFELI, W. B. Consistency of the Burnout construct across occupations *Anxiety, Stress and Coping*, nº 9. 1996.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 1994.

LEOPARDI, M. T. Significação dos atendentes de enfermagem. Florianópolis, SC. **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**, pgs. 123-136. 1997.

LIKERT, R. **A technique for the measurement of attitudes**. *Archives of Psychology*. n. 140,p. 44-53, 1932.

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

MASLACH, C. e JACKSON, S. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Occupational Behavior**, nº 2, pgs.99-113. 1981.

MASLACH, C. **Burnout - The cost of caring**. New Jersey, EUA: Ed. Prentice Hall, 1982.

MASLACH, C. e LEITER, M. P. **TRABALHO: fonte de prazer ou desgaste?** Campinas, SP: Ed. Papirus, 1999.

MASLACH, C. Job Burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, vol 12 nº 5, pgs.189-194. 2003.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. e LEITER, M. P. **Job Burnout. Annual Reviews**. California, USA, vol 52, pgs. 397-422. 2001.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. e LEITER, M. P. **Job Burnout. Annual Reviews**.

California, USA, vol 52, pgs. 397-422. 2001.

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

MAURO, M. Y. C. Riscos Ocupacionais em Saúde. Rio de Janeiro/RJ. *Rev. Enfermagem Científica*, vol 1, nº 2. 1996.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4ª ed. São Paulo (SP) - Rio de Janeiro (RJ): Hucitec - Abrasco; 1996.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4ª ed. São Paulo (SP) - Rio de Janeiro (RJ): Hucitec - Abrasco; 1996.

MORENO, B ; OLIVER, C.; PASTOR, J. C. e ARAGONESES, A. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. In: ACTAS II CONGRESO SOCIAL DE PSICOLOGÍA, pgs. 291-297. Valencia, Espanha. 1990a.

MORENO, B.; OLIVER, C.; PASTOR, J.C. e ARAGONESES, A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. In: CABALLO V. E. e BUELA. G. Manual de psicología clínica. Madrid, Espanha: Ed. Siglo XXI de Espanha, 1990b.

MORENO-JIMENEZ, B. Olvido y recuperación de los factores psicosociales 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

NAKAYAMA, M. K. Estresse ocupacional relacionado com modos de gestão e cultura organizacional. **Rev. Análise**. Porto Alegre, RS, vol 10, nº 2, pgs. 137-154. 1999/2.

NEVES, V. T. das. O estudo do estresse. *Rev. Momento*. RS, vol 7. 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Saúde mental em profissionais da saúde**. In: BOTEGA, N. J. (org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, pgs. 130-144. 2002.

ORTIZ, G. C. M. e PATIÑO, N. A. M. El estrés y su relación con las condiciones da trabajo del personal de enfermería. *Revista Investigación y Educación en enfermería*. Medellín, COLOMBIA, vol IX, nº 2. 1991.

OTERO, G. J. J. *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. 2ª ed. Madri/ESPANHA: Ed. McGraw-Hill, 1993.

PIAGET, Jean (1970): *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.

PINES, A. e ARONSON, E. *Burnout: from medium to personal growth*. 4a. NY, USA: Ed. The free press, 1988.

PINES, A. A psychoanalytic-existential approach to Burnout: demonstrated in the cases of a nurse, a teacher, and a manager. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training the American Psychological Association*, vol 39, nº 1, pgs. 103-113. 2002.

PITTA, A. **Hospital - dor e morte como ofício**. 5a ed. São Paulo, SP: Ed. Annablume/Hucitec, 2003.

PINHEIRO, M. *Estresse*. [On line] - Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/Oasis/8478/estresse.html>. Rio de Janeiro, RJ. 2000.

POSIG, M. e KICKUL, J. Extending Our Understanding of Burnout: Test of an Integrated Model in Nonservice Occupations. *Journal of Occupational Health Psychology the American Psychological Association*, vol 8, nº 1, pgs. 3-19. 2003.

ROSS, R.; ALTMAYER, E. M. e RUSSELL, D. W. Job stress, social support and Burnout among counseling center staff. *Journal of Counseling Psychology*, vol 36, nº 4, pgs. 464-470. 1989.

RUSSELL, D. W.; ALTMAYER, E. e VAN VELZEN, D. Job-Related Stress, Social Support, and Burnout Among Classroom Teachers. *Journal of Applied Psychology the American Psychological Association*, vol 72, nº 2, pgs. 269-274. 1987 Santos AR. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro:

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.

SELIGMANN-SILVA, E. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo, SP: Ed. Traço, 1986.

SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. e VAN DIERENDONCK, D. The Evaluation of an

SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds). **Professional burnout**: recent

developments in theory and reserch. Washington: Taylor & Francis, pp. 19-32, 1993.

SCHAUFELI, W. e EZMANN, D. The Burnout companion to study e practice.Londres, Inglaterra: Ed. Taylor e Francis, 1998.

SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. e VAN DIERENDONCK, D. The Evaluation of anIndividual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support. Journal of Applied Psychology the American Psychological Association, vol 83, n° 3, pgs. 392-407. 1998.

SELIGMANN-SILVA, E. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo, SP: Ed. Traço, 1986.

SELYE, H. Stress – **A tensão da vida**. São Paulo, SP: Ed. Ibrasa, 1959.

STACCIARINI, J. M. e TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal- estar físico e psicológico em enfermeiros. Nursing, vol 3, n°20. 2000.

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, M. R. e TRÓCCOLI, B. T. **Burnout no trabalho**. Brasília, DF: Ed. UNB, 2002.

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

VASQUES-MENEZES, I. **Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica**. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. Saúde mental e trabalho – Leituras. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002.